

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Konsep Dasar Manusia

1) Konsep Kebutuhan Dasar Manusia

Hierarki kebutuhan Maslow merupakan teori interdisiplin yang berguna untuk membuat prioritas asuhan keperawatan. Kebutuhan fisiologi dan keamanan biasanya merupakan prioritas pertama, terutama pada klien dengan ketergantungan fisik berat.

Adapun kebutuhan dasar manusia menurut Maslow

a. Kebutuhan Fisiologis

Merupakan kebutuhan paling mendasar, yaitu kebutuhan dasar fisiologis seperti oksigen, cairan (minuman), nutrisi (makanan), keseimbangan suhu tubuh, eliminasi, tempat tinggal, istirahat dan tidur, serta kebutuhan seksual.

b. Kebutuhan Rasa aman dan perlindungan

Dibagi menjadi perlindungan fisik dan perlindungan psikologis

1) Perlindungan fisik meliputi perlindungan atas ancaman terhadap tubuh atau hidup. Ancaman tersebut dapat berupa penyakit, kecelakaan, bahaya dari lingkungan, dan sebagainya.

2) Perlindungan psikologis yaitu perlindungan atas ancaman dari pengalaman yang baru dan asing. Misalnya, kekhawatiran yang dialami seseorang ketika masuk sekolah pertama kali karena terasa terancam oleh keharusan untuk berinteraksi dengan orang lain, dan sebagainya.

c. Kebutuhan Rasa cinta, memiliki dan dimiliki.

Kebutuhan rasa cinta antara lain kasih sayang, mendapatkan kehangatan keluarga, memiliki sahabat, diterima oleh kelompok sosial, dan sebagainya.

d. **Kebutuhan Harga diri**

Kebutuhan harga diri ini terkait dengan keinginan untuk mendapatkan kekuatan, meraih prestasi, rasa percaya diri, dan kemerdekaan diri. Selain itu orang juga memerlukan pengakuan dari orang lain.

e. **Kebutuhan aktualisasi diri**

Merupakan kebutuhan tertinggi dalam hierarki Maslow, berupa kebutuhan untuk berkontribusi pada orang lain/lingkungan serta mencapai potensi diri sepenuhnya.

2) Konsep Dasar Keamanan dan Perlindungan

Keamanan di definisikan sebagai keadaan bebas dari cedera fisik dan psikologis atau bisa juga keadaan yang aman dan tenang adalah salah satu kebutuhan dasar manusia yang harus dipenuhi. Lingkungan layanan kesehatan dan komunitas yang aman merupakan hal yang penting untuk kelangsungan hidup klien. Perawat harus mengkaji keamanan klien dan lingkungan, dengan melakukan intervensi yang diperlukan, dengan melakukan hal ini, maka perawat adalah orang yang berperan penting dalam usaha pencegahan dan pemeliharaan dan peningkatan kesehatan (Potter & Perry, 2006)

3) Klasifikasi Kebutuhan dan Keselamatan atau Keamanan

Adapun klasifikasi kebutuhan keselamatan atau keamanan menurut Potter & Perry (2005) yaitu:

a. **Keselamatan fisik**

Mempertahankan keselamatan fisik melibatkan keadaan mengurangi atau mengeluarkan ancaman pada tubuh atau kehidupan.

Ancaman tersebut mungkin penyakit, kecelakaan, bahaya, atau pemajanan pada lingkungan. Pada saat sakit. Seseorang klien mungkin rentan terhadap komplikasi seperti infeksi, oleh karena itu bergantung pada profesional dalam sistem pelayanan kesehatan untuk perlindungan.

b. Keselamatan Psikologis

Untuk keselamatan dan keamanan secara psikologis, seorang manusia harus memahami apa yang diharapkan dari orang lain, termasuk anggota keluarga dan profesional pemberi perawatan kesehatan. Seseorang harus mengetahui apa yang diharapkan dari prosedur, pengalaman yang baru, dan hal-hal yang jumpai dalam lingkungan. Setiap orang merasakan beberapa ancaman keselamatan psikologis pada pengalaman yang baru dan yang tidak di kenal

c. Lingkup kebutuhan dan keamanan dan keselamatan

Lingkup klien mencakup semua faktor fisik dan psikologis yang mempengaruhi atau berakibat terhadap kehidupan dan kelangsungan hidup klien.

d. Macam-macam bahaya dan kecelakaan

1) Di rumah

- a) Tersedak
- b) Jatuh
- c) Tertelan alat-alat rumah tangga
- d) Tersiram air panas
- e) Jatuh dari jendela atau tangga
- f) Terpotong
- g) Luka tusuk
- h) Luka bakar
- i) Tenggelam
- j) Terkena pecahan kaca
- k) Terkunci dalam kamar
- l) Jatuh dari sepeda
- m) Keracunan

2) Di rumah sakit

- a) mikroorganisme
- b) Cahaya
- c) Kebisingan

- d) Cedera
 - e) Kesalahan prosedur
 - f) Peralatan medic, dan lain-lain
- e. Cara meningkatkan keamanan
- 1) Mengkaji tingkat kemampuan
 - 2) Menjaga keselamatan pasien yang gelisah
 - 3) Mengunci kereta dorong yang berhenti
 - 4) Penghalang sisi tempat tidur
 - 5) Bel yang mudah di jangkau
 - 6) Meja yang mudah di jangkau
 - 7) Kereta dorong ada penghalangnya
 - 8) Kebersihan lantai
 - 9) Prosedur tindakan

4) Gangguan Kebutuhan Dasar Keamanan dan Perlindungan

Berikut ini adalah masalah-masalah keperawatan dalam sub kategori keamanan dan perlindungan yang hanya berfokus pada pasien dewasa (SDKI,2016)

a. Gangguan integritas kulit

Gangguan integritas kulit merupakan kerusakan kulit pada dermis atau epidermis. Adapun penyebab dari gangguan integritas kulit adalah perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, kekurangan/kelebihan volume cairan, penurunan mobilitas, bahan kimia iritasi, suhu lingkungan yang ekstrem, faktor mekanis (misal. Penekanan pada tonjolan tulang, gesekan) atau faktor elektrik (elektrodiatermi, energi listrik bertegangan tinggi), efek samping terapi radiasi, kelembapan, proses penuaan neuropati perifer, perubahan pigmentasi, perubahan hormonal dan kurang terpapar informasi tentang upaya memperhatikan/melindungi integritas jaringan.

Gejala yang sering muncul (tanda mayor) yaitu kerusakan jaringan atau lapisan kulit dan gejala tanda minor yaitu nyeri, pendarahan,

kemerahan, hematoma. Kondisi klinis terkait yaitu imobilisasi, gagal jantung kongesti, gagal ginjal, diabetes melitus, dan immunodefisiensi (missal, AIDS).

b. Hipertermia

Hipertermia merupakan suhu tubuh meningkat terhadap rentang normal tubuh. Adapun penyebabnya yaitu dehidrasi, terpapar lingkungan panas, proses penyakit (misal, infeksi, kanker), ketidaksesuaian pakaian dengan suhu lingkungan, peningkatan laju metabolisme, respon trauma, aktivitas berlebih dan penggunaan incubator.

Gejala yang sering muncul (tanda mayor) yaitu suhu tubuh di atas nilai normal dan gejala minor yaitu kulit merah, kejang, takikardi, takipnea, kulit terasa hangat. Kondisi klinis yang terkait proses penyakit, hipertiroid, stroke, dehidrasi, trauma, dan prematurasi.

c. Hipotermia

Hipotermia adalah suhu berada di bawah rentang normal tubuh. Adapun penyebabnya yaitu kerusakan hipotalamus, konsumsi alkohol, berat badan ekstrem, kekurangan lemak subkutan, terpapar suhu lingkungan rendah, malnutrisi, pemakaian pakaian tipis, penurunan laju metabolisme, tidak beraktivitas, transfer panas, trauma, proses penuaan, efek agen farmakologis, dan kurang terpapar informasi tentang pencegahan hipotermia.

Gejala yang sering terjadi (tanda mayor) yaitu kulit teraba dingin, menggigil, suhu tubuh di bawah nilai normal. Gejala tanda minor, pengisian kapiler < 3 detik, konsumsi oksigen meningkat, ventilasi menurun, piloreksi, takikardia, vasokonstriksi perifer dan kutis memorata (pada neonates). Kondisi klinis terkait *hipotiroidisme*, *anoreksia nervosa*, cedera batang otak, prematurasi, berat badan lahir rendah (BBLR) dan tenggelam.

d. Perilaku kekerasan

Perilaku kekerasan merupakan kemarahan yang di ekspresikan secara berlebih dan tidak terkendali secara verbal sampai dengan mencederai orang lain atau merusak lingkungan. Adapun faktor penyebab antara lain ketidakmampuan mengendalikan dorongan marah, stimulus lingkungan, konflik interpersonal, perubahan status mental, putus obat, dan penyalahgunaan zat atau alkohol.

Gejala tanda mayor, subjektif yang sering di temui yaitu mengancam, mengumpat kata-kata kasar, suara keras, berbicara ketus. Tanda objektif yang bisa di lihat menyerang orang lain, melukai diri sendiri tau orang lain, merusak lingkungan, perilaku agresif atau amuk. Gejala tanda minor yang ditemui yaitu mata melotot atau pandangan tajam, tangan mengepal, rahang mengatup, wajah merah, postur tubuh kaku. diisi klinis yang terkait *attention deficit/hyperactivity disorder* (ADHD), gangguan perilaku, *oppositional defiant disorder*, gangguan *tourette*, delirium, demensia dan gangguan amnesik.

e. Perlambatan Pemulihan Pascabedah

Perlambatan pemulihan pasca bedah merupakan jumlah hari pasca bedah untuk memulai dan melakukan aktifitas sehari-hari. Adapun penyebab yaitu sector klasifikasi status fisik *americansociety of anesthesiologist (ASA)* >3, hiperglikemia. Edema pada lokasi pembedahan, prosedur pembedahan ekstensif (luas), usia ekstrem, riwayat perlambatan penyembuhan luka, gangguan mobilita, malnutrisi, obesitas, infeksi luka prioperatif, mual/muntah persisten, respon emosional pasca operasi, kontaminasi bedah, trauma pada luka operasi, efek agen farmakologis.

Gejala dan tanda mayor, subjektif yaitu mengeluh tidak nyaman. Tanda objektif yang biasa dilihat yaitu area luka operasi terbuka, waktu penyembuhan yang memanjang. Gejala dan tanda minor, subjektif

yaitu selera makan hilang. Tanda objektif yang biasa dilihat yaitu gangguan mobilitas, tidak mampu melanjutkan pekerjaan, memulai pekerjaan tertunda, membutuhkan bantuan untuk perawatan diri. kondisi klinis terkait tindakan operasi besar, trauma yang memerlukan intervensi bedah.

f. Resiko Alergi

Beresiko mengalami stimulasi respon imunitas yang berlebihan akibat terpapar allergen. Dengan faktor resiko yaitu makanan (misal. Alpukat, pisang, kiwi, kacang, makanan olahan laut, buah tropis, jamur). Terpapar zat allergen (misal. Zat kimia, agen farmakologis). Terpapar allergen lingkungan (misal. Debu, serbuk sari). Dan serangan serangga. Adapun kondisi klinis terkait kondisi penurunan imunitas, riwayat pembedahan, riwayat alergi sebelumnya, dan asma.

g. Resiko Bunuh Diri

Beresiko melakukan upaya menyakiti diri sendiri untuk mengakhiri kehidupan. Dengan faktor resiko gangguan perilaku (misal *euphoria* mendadak setelah depresi, perilaku mencari senjata berbahaya, membeli obat dalam jumlah banyak, membuat surat warisan), demografi (misal lansia, status perceraian, janda atau duda, ekonomi rendah, dan pengangguran), gangguan fisik (misal nyeri kronis, penyakit terminal), masalah sosial (misal berduka, tidak berdaya, putus asa, kesepian, kehilangan hubungan yang penting, dan isolasi sosial), gangguan psikologis (misal penganiayaan masa kanak-kanak, riwayat bunuh diri sebelumnya, remaja homoseksual, gangguan psikiatrik, penyakit psikiatrik, dan penyalahgunaan zat). Adapun kondisi klinis terkait yaitu sindrom otak akut atau kronis, ketidak seimbangan hormone (misal *premenstrual syndrome*, *postpartum psychosis*), penyalahgunaan zat, posttraumatic stress disorder (PTSD) dan penyakit kronis/terminal (misal kanker).

h. Resiko Cedera

Beresiko mengalami bahaya atau kerusakan fisik yang menyebabkan seseorang tidak lagi sepenuhnya sehat atau dalam kondisi baik. Dengan faktor beresiko eksternal yaitu terpapar patogen, terpapar zat kimia toksik, terpapar agen nosokomial, dan ketidakamanan transportasi. Untuk faktor eksternal yaitu ketidaknormalan profil darah, perubahan orientasi afektif, perubahan sensasi, disfungsi autoimun, disfungsi biokimia, hipoksia jaringan, kegagalan mekanisme pertahanan tubuh, malnutrisi, perubahan fungsi psikomotor dan perubahan fungsi kognitif. Adapun kondisi klinis terkait seperti kejang, sinkop, vertigo, gangguan penglihatan, gangguan pendengaran, penyakit Parkinson, hipotensi, kelainan nervus vestibularis dan retardasi mental.

i. Risiko Hipotermia

Beresiko mengalami kegagalan termoregulasi yang dapat mengakibatkan suhu tubuh berada dibawah rentang normal. Dengan faktor resiko yaitu berat badan ekstrem, kerusakan hipotalamus, konsumsi alkohol, kurangnya lapisan lemak subkutan, suhu lingkungan rendah, malnutrisi, pemakaian pakaian tipis, penurunan laju metabolisme, terapi radiasi, tidak beraktifitas, transper pana (misal konduksi, konveksi, evaporasi, radiasi), trauma, prematurasi, penuaan, bayi baru lahir, berat badan lahir rendah, kurang terpapar informasi tentang pencegahan hipotermi dan efek agen farmakologis. Adapun kondisi terkait meliputi berat badan ekstrem, dehidrasi dan kurang mobilitas fisik.

j. Risiko Infeksi

Luka terjadi sejak awal bulan 2, klien mengatakan terdapat luka dibagian kaki kanan bagian bawah karena lecet memakai sepatu boot, Klien mengatakan nyeri pada luka dan merasa kesemutan. Nyeri dirasakan dibagian kanan bawah . Skala nyeri 4, nyeri bertambah

ketika digerakkan dan berkurang pada saat istirahat. Jenis luka : luka akut, Penampilan klinis luka merah granulasi, Ukuran luka : panjang 20cm, lebar 9cm, kedalaman 0,2cm

k. Risiko Jatuh

Beresiko mengalami kerusakan fisik dan gangguan kesehatan akibat terjatuh. Dengan faktor risiko usia ≥ 65 tahun (pada dewasa) atau ≤ 2 tahun (pada anak), riwayat jatuh, anggota gerak bawah protesis (buatan), penggunaan alat bantu berjalan, penurunan tingkat kesadaran, perubahan fungsi kognitif, lingkungan tidak aman (misal licin, gelap, lingkungan asing), kondisi pasca operasi, hipotensi ortostatik, perubahan kadar glukosa darah, anemia, kekuatan otot menurun, gangguan pendengaran, gangguan keseimbangan, gangguan pengelihatatan (misal glaukoma, katarak, ablasio retina, neuritis optikus), neuropati dan efek agen farmakologis (misal sedari, alkohol, anastesi umum). Adapun kondisi terkait meliputi osteoporosis, kejang, penyakit sebrovaskuler, katarak, glaukoma, demensia, hipotensi, amputasi, intoksikasi dan preeklampsi.

B. Tinjauan Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian adalah pengumpulan, pengaturan, validasi, dan dokumentasi data (informasi) yang sistematis dan berkesinambungan. (Kozier, 2011).

a. Anamnesa

1) Identitas pasien

Pengkajian identitas pasien meliputi nama, alamat, usia, jenis kelamin, status perkawinan, pekerjaan, agama, pembiayaan layanan kesehatan, dan sumber perawatan medis yang biasa. (Kozier, 2011).

2) Keluhan utama

Keluhan utama merupakan gejala penyakit yang dirasakan pada saat masuk rumah sakit atau saat dilakukan pengkajian. Keluhan utama pada pasien gangguan respirasi diantaranya yaitu dispnea. (Kozier, 2011).

3) Riwayat penyakit sekarang

Pengkajian riwayat penyakit sekarang yang mendukung keluhan utama dengan melakukan serangkaian pertanyaan tentang kronologis keluhan utama meliputi kapan gejala muncul, apakah awitan gejala mendadak atau bertahap, berapakah masalah terjadi, lokasi gangguan yang pasti, karakteristik keluhan, aktivitas yang klien lakukan ketika masalah terjadi, fenomena atau gejala yang berhubungan dengan keluhan utama, faktor yang meningkatkan atau mengurangi masalah. (Kozier, 2011).

4) Riwayat penyakit dahulu

Riwayat penyakit dahulu yang mendukung dengan mengkaji apakah pernah menderita gangguan kebutuhan respirasi sebelumnya. Jika pernah, disebabkan oleh penyakit apa misalnya seperti penyakit diabetes melitus. (Kozier, 2011).

5) Riwayat kesehatan keluarga

Riwayat kesehatan keluarga yang perlu dikaji adalah memastikan faktor resiko penyakit tertentu, usia saudara kandung, orang tua, dan kakek-nenek serta status kesehatan mereka saat ini, atau jika mereka telah meninggal, penyebab kematian mereka jika perlu dikaji. (Kozier, 2011).

6) Data psikososial

Aspek psikologis yang perlu dikaji diantaranya adalah bagaimana respons psikologis klien terhadap masalah gangguan aktivitas yang dialaminya, mekanisme koping yang digunakan klien dalam menghadapi gangguan aktivitas. (Kozier, 2011).

7) Gaya hidup

Pengkajian pada aspek gaya hidup ini meliputi kebiasaan personal, diet, pola tidur/istirahat, aktivitas kehidupan sehari-hari, rekreasi/hobi. (Kozier, 2011).

8) Data sosial

Pengkajian pada data sosial ini meliputi hubungan keluarga/persahabatan, persatuan etnik, riwayat pendidikan, riwayat pekerjaan, status ekonomi, kondisi rumah dan lingkungan. (Kozier, 2011).

9) Data psikologik

Pengkajian pada data psikologik ini meliputi stressor utama, pola koping yang biasa terhadap masalah serius atau stress tingkat tinggi, gaya komunikasi. (Kozier, 2011).

10) Pola perawatan kesehatan

Hal yang perlu dikaji pada aspek ini adalah semua sumber perawatan kesehatan yang digunakan saat ini dan dimasa lalu. (Kozier, 2011).

b. Pola Kesehatan Fungsional

1) Pola persepsi-manajemen kesehatan

Menggambarkan penjelasan pribadi klien mengenai kesehatan dan kesejahteraan; bagaimana klien mengelola kesehatannya (seperti frekuensi kunjungan ke penyedia layanan kesehatan dan kepatuhan terapi dirumah); pengetahuan tentang praktik pencegahan.

2) Pola metabolisme-nutrisi

Menggambarkan pola makan dan minum klien sehari-hari atau dalam jangka seminggu (seperti pilihan makan tertentu atau makanan yang harus dihindari, diet tertentu, nafsu makan); berat badan, hilang atau bertambahnya berat badan.

- 3) Pola eliminasi
Menggambarkan pola eksresi (usus, kandung kemih dan kulit).
- 4) Pola aktivitas-latihan
Menggambarkan pola latihan, aktivitas, liburan, dan rekreasi; kemampuan untuk dapat menjalankan aktivitas sehari-hari.
- 5) Pola istirahat tidur
Menggambarkan pola tidur, istirahat, dan relaksasi.
- 6) Pola kognitif-persepsi
Menggambarkan pola persepsi sensorik; kemampuan berbahasa, ingatan, dan pembuatan keputusan.
- 7) Pola persepsi diri-konsep diri
Menggambarkan pola konsep dan persepsi diri klien (seperti konsep diri/penghargaan, pola emosional, gambaran diri).
- 8) Pola aturan-berhubungan
Menggambarkan pola klien yang berhubungan dengan ikatan atau hubungan.
- 9) Pola seksual-reproduksi
Menggambarkan pola kepuasan dan ketidakpuasan seksual klien; pola reproduksi klien; masalah pre dan post menopause.
- 10) Pola koping-toleransi terhadap stress
Menggambarkan pola koping klien dalam menangani stress; sumber dukungan; efektivitas pola koping yang klien miliki dalam menoleransi stress.
- 11) Pola nilai-kepercayaan
Menggambarkan pola nilai, kepercayaan (termasuk aktivitas keagamaan), dan tujuan yang memengaruhi pilihan dan keputusan klien. (Potter & Perry, 2009).

c. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik dilakukan dengan memeriksa fisik secara umum seperti keadaan umum klien dan tanda-tanda vital (Potter & Perry,2009)

1) Kepala dan leher

Kaji bentuk kepala, keadaan rambut, adakah pembesaran pada leher, kaji keadaan telinga, adakah gangguan pendengaran, kaji keadaan lidah dan fungsi pengecap, kaji kondisi gigi apakah mudah goyah, bengkak, atau berdarah. apakah penglihatan kabur/ganda, dipopsia .

2) Sistem integument

Sistem integument terdiri dari tiga lapis yaitu epidermis, dermis, dan subkutan. Secara umum kulit berfungsi sebagai proteksi, pengatur suhu tubuh, sensasi, ekskresi, metabolisme , vitamin D dan komunikasi.

Adapun pemeriksaan integument meliputi :

- a. Warna kulit
- b. Kelembapan kulit
- c. Teksur kulit
- d. Kaji sirkulasi pada daerah kulit
- e. Edema
- f. Kebersihan kulit

Untuk luka yang terdapat pada kulit dapat dilakukan pemeriksaan sebagai berikut :

- a. Panjang luka
- b. Lebar luka
- c. Kedalaman luka
- d. Jumlah eksudate
- e. Bau
- f. Kaji permukaan kulit
- g. Warna luka

h. Kondisi tepi luka

Berikut klasifikasi luka diabetic wagner (1983) di dalam maghfuri (2015) membagi derajat luka menjadi enam tingkatan :

- a. Derajat 0 : tidak ada lesi terbuka, kulit masih utuh dengan kemungkinan disertai kelainan bentuk kaki.
- b. Derajat 1 : ulkus superficial terbatas pada kulit kaki
- c. Derajat 2 : abses dalam, dengan atau tanpa osteomyelitis
- d. Derajat 4 : ganggren jari kaki atau bagian distal kaki dengan atau tanpa selulitis
- e. Derajat 5 : ganggren seluruh kaki atau sebagian tungkai

3) Sistem pernapasan

Adakah sesak nafas, batuk, sputum, nyeri dada. Serta pengkaji perubahan pola nafas

4) Sistem kardiovaskuler

Kaji adakah penurunan Perfusi jaringan, kekuatan nadi, serta ada tidaknya hipertensi/hipotensi

5) Sistem gastrointestinal

Kaji pola makan, gangguan sistem pencernaan seperti mual, muntah dan perubahan berat badan.

6) Sistem urinari

Kaji frekuensi urine, kaji hambatan saat BAK dan gangguan saat berkemih

7) Sistem muskuloskeletal

Kaji adakah hambatan melakukan pergerakan seperti cepat lelah, lemah, dan nyeri, kaji adanya ganggren di ekstremitas serta kelainan bentuk tulang

8) Sistem neurologi

Kaji penurunan sensori, paraesthesia, anastesia, letargi, mengantuk, reflek lambat, kacau mental, disorientasi, penurunan sensasi, dan neuropati pada ekstermitas

2. Diagnosa keperawatan

Diagnosa pada klien dengan gangguan kebutuhan keamanan dan perlindungan yang sering muncul yaitu gangguan integritas kulit, resiko infeksi dan devisit nutrisi (SDKI,2016)

3. Rencana Asuhan Keperawatan

Tindakan keperawatan dengan pasien gangguan integritas kulit yaitu

a. Gangguan Integritas Kulit

Definisi adalah kerusakan kulit pada bagian dermis dan epidermis

Tabel 2.1 Rencana Keperawatan Gangguan Integritas Kulit

Diagnosa Keperawatan	Rencana Keperawatan	
	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
<p>Gangguan integritas kulit</p> <p>Definisi adalah kerusakan kulit pada bagian dermis atau epidermis</p> <p>Penyebab:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Perubahan sirkulasi 2. Perubahan status nutrisi 3. Kekurangan atau kelebihan volume cairan 4. Penurunan mobilitas 5. Suhu lingkungan yang ekstrem 6. Factor mekanis (mis.penekanan pada tonjolan tulang, gesekan) atau faktor elektrik (elektrodiatermi, energy listrik, bertengangan tinggi) 7. Kelembapan 	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan terjadinya meningkatnya integritas kulit ditandai dengan kriteria hasil sebagai berikut :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kerusakan jaringan menurun - Kerusakan lapisan kulit menurun - Nyeri menurun 	<p>Intervensi utama</p> <p>- Perawatan integritas kulit</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mis.perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, penurunan kelembapan, suhu lingkungan ekstrem, penurunan monilitas) <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ubah posisi tiap 2 jam jika tirah baring 2. Gunakan produk berbahan ringan atau alami 3. Hindari produk berbahan dasar alkohol pada kulit

<p>8. Proses penuaan 9. Neuropati perifer 10. Perubahan pigmentasi 11. Kurang terpapar informasi tentang upaya mempertahankan atau melindungi integritas jaringan</p> <p>Karakteristik</p> <ul style="list-style-type: none">• Tanda mayor<ol style="list-style-type: none">1. Kerusakan jaringan/lapisan kulit• Tanda minor<ol style="list-style-type: none">1. Nyeri2. Pendarahan3. Kemerahan4. Hematoma		<p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none">1. Anjurkan menggunakan pelembab(mis.lotion, serum)2. Anjurkan minum air yang cukup3. Anjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur4. Anjurkan hindari terpapar suhu ekstrem <p>- Perawatan luka</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none">1. Monitor karakteristik luka (mis.drainase. warna, ukuran, bau)2. Monitor tanda-tanda infeksi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none">1. Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih non toksik2. Bersihkan jaringan nekrotik3. Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase
---	--	---

<p>Sumber : Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia . (2016). Dewan Pengurus Pusat PPNI.</p>	<p>Sumber : Standar Luaran Keperawatan Indonesia. (2018). Dewan Pengurus Pusat PPNI .</p>	<p>4. Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam</p> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none">1. Anjurkan konsumsi makanan tinggi kalori dan protein2. Kolaborasi pemberian antibiotik jika perlu <p>Sumber : Standar Intervensi Keperawatan Indonesia. (2018). Dewan Pengurus Pusat PPNI.</p>
---	--	---

b. Resiko Infeksi

Definisi beresiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik

Tabel 2.2 Rencana asuhan keperawatan resiko infeksi

Diagnosa Keperawatan	Rencana Keperawatan	
	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
<p>Resiko infeksi berhubungan</p> <p>Definisi beresiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik</p> <p>Penyebab:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Penyakit kronis (misal.diabetes mellitus) 2. Efek prosedur invasive 3. Malnutsisi 4. Ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer <ul style="list-style-type: none"> - Kerusakan integritas kulit 5. Ketidakadekuatan pertahanan tubuh 	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil sebagai berikut :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Demam menurun - Kemerahan menurun - Nyeri menurun - Bengkak menurun 	<p>Intervensi utama</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pencegahan infeksi <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Batasi jumlah pengunjung 2. Berikan perawatan kulit pada area edema 3. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 4. Pertahankan teknik aseptik pada

<p>sekunder</p> <ul style="list-style-type: none">- Penurunan hemoglobin- Imununosuperesi- Vaksinasi tidak adekuat <p>Sumber : Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia . (2016). Dewan Pengurus Pusat PPNI.</p>	<p>Sumber : Standar Luaran Keperawatan Indonesia. (2018). Dewan Pengurus Pusat PPNI .</p>	<p>pasien yang beresiko tinggi</p> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none">1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi2. Ajarkan cuci tangan dengan benar3. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi <p>Anjurkan meningkatkan asupan cairan</p> <p>Sumber : Standar Intervensi Keperawatan Indonesia. (2018). Dewan Pengurus Pusat PPNI.</p>
--	--	---

4. Implementasi

Menurut Kozier, (2011) Implementasi adalah fase ketika perawat mengimplementasikan intervensi keperawatan. Berdasarkan terminologi NIC, implementasi terdiri atas melakukan dan mendokumentasikan tindakan yang merupakan tindakan keperawatan khusus yang diperlukan untuk melaksanakan intervensi (atau program keperawatan).

Implementasi keperawatan dilakukan sesuai dengan Standar Operasional Prosedur, Standar Operasional Prosedur Terlampir.

5. Evaluasi

Menurut Kozier, (2011) evaluasi adalah aktivitas yang direncanakan, berkelanjutan, dan terarah ketika klien dan profesional kesehatan menentukan:

- a. Kemajuan klien dalam mencapai tujuan/hasil dan keefektifan rencana asuhan keperawatan.
- b. Keefektifan rencana asuhan keperawatan.

Evaluasi adalah aspek penting proses keperawatan karena kesimpulan yang ditarik dari evaluasi menentukan apakah intervensi keperawatan harus diakhiri, dilanjutkan atau diubah.

C. Tinjauan Konsep Penyakit.

Adapun gangguan kebutuhan keamanan dan perlindungan (SDKI,2016)

Kondisi klinis terkait yaitu:

1. Imobilisasi
2. Gagal Jantung Kongesti
3. Gagal Ginjal
4. Diabetes Melitus
5. Immunodefisiensi (missal, AIDS).
6. Hipertiroid
7. Stroke
8. Dehidrasi

9. Trauma
10. Hipotiroidisme
11. Anoreksia Nervosa
12. Cedera Batang Otak
13. Luka Bakar
14. Penyakit Paru Obstruktif Kronis
15. Penyalahgunaan Obat
16. Kanker
17. Gagal Ginjal
18. Leukositopenia
19. Osteoporosis
20. Katarak
21. Kejang
22. Anemia
23. Ketidak Adekuatan Nutrisi
24. Malnutrisi
25. Tindakan Operasi Besar
26. Dehidrasi
27. Tbc