

ASUHAN KEPERAWATA KLIEN DENGAN PENYAKIT KRONIS DAN KETIDAK MAMPUAN

A. PENGERTIAN PENYAKIT KRONIK DAN KETIDAKMAMPUAN

1. Penyakit Kronik

Suatu penyakit yang perjalanan penyakit berlangsung lama sampai bertahun-tahun, bertambah berat, menetap dan sering kambuh.

Contoh : penyakit diabetes militus, penyakit cordpulmonaldeases, penyakit arthritis

2. Ketidakmampuan/Ketidakterdayaan

Ketidakterdayaan merupakan persepsi individu bahwa segala tindakannya tidak akan mendapatkan hasil atau suatu keadaan dimana individu kurang dapat mengendalikan kondisi tertentu atau kegiatan yang baru dirasakan.

B. SIFAT PENYAKIT KRONIK

1. Progresi

Penyakit kronik yang semakin lama semakin bertambah parah.

Contoh : penyakit jantung.

2. Menetap

Setelah seseorang terserang penyakit, maka penyakit tersebut akan menetap pada individu.

3. Kambuh

Penyakit kronik yang dapat hilang timbul sewaktu-waktu dengan kondisi yang sama atau berbeda.

C. DAMPAK PENYAKIT KRONIK TERHADAP KLIEN

1. Dampak Psikologis

Dampak ini dimanifestasikan dalam perubahan perilaku:

- a. Klien menjadi pasif
- b. Tergantung
- c. Kekanak-kanakan
- d. Merasa tidak aman
- e. Bingung

- f. Merasa menderita
2. Dampak Somatik
Keluhan somatik sesuai dengan keadaan penyakitnya.
Contoh : DM adanya TRIAS P'
3. Dampak Terhadap Gangguan Seksual
Merupakan akibat dari perubahan fungsi secara fisik (kerusakan organ) dan perubahan secara psikologis (persepsi klien terhadap fungsi seksual).
4. Dampak Gangguan Aktivitas
Dampak ini akan mempengaruhi hubungan sosial sehingga hubungan sosial dapat terganggu baik secara total atau sebagian.

D. FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI PENYAKIT KRONIK DAN KETIDAKMAMPUAN

1. Persepsi klien terhadap situasi
2. Beratnya penyakit
3. Tersedianya support sosial
4. Temperamen dan kepribadian
5. Sikap dan tindakan lingkungan
6. Tersedianya fasilitas kesehatan

E. RESPON KLIEN TERHADAP PENYAKIT KRONIK

Penyakit kronik dan keadaan terminal dapat menimbulkan respon BIO-SIKO-SOSIAL-SPIRITUAL ini akan meliputi respon kehilangan.

1. Kehilangan Kesehatan
Klien merasa takut, cemas dan pandangan tidak realistic, aktifitasnya terbatas.
2. Kehilangan Kemandirian
Ditunjukkan melalui berbagai perilaku, bersifat kekanak-kanakan, ketergantungan.
3. Kehilangan Situasi
Klien merasa kehilangan situasi yang dinikmati sehari-hari bersama keluarga / kelompoknya.
4. Kehilangan Rasa Nyaman
Gangguan rasa nyaman muncul sebagai akibat gangguan fungsi tubuh seperti : panas, nyeri, dll.
5. Kehilangan Fungsi Fisik

Contoh : klien gagal ginjal harus dibantu melalui haoinodialisa.

6. Kehilangan Fungsi Mental

Klien mengalami kecemasan dan depresi, tidak dapat berkonsentrasi dan berfikir efisien sehingga klien tidak dapat berfikir secara rasional.

7. Kehilangan Konsep Diri

Klien dengan penyakit kronik merasa dirinya berubah mencakup bentuk dan fungsi tubuh sehingga klien tidak dapat berfikir secara rasional (body image) peran serta identitasnya.

Hal ini akan mempengaruhi idealisme diri dan harga diri menjadi rendah.

8. KEHILANGAN PERAN DALAM KELOMPOK DAN KELUARGA

F. PSIKODINAMIKA PENYAKIT KRONIK

1. Dinamika Individu

a. Protes dan pengingkaran

Pada fase ini klien mengekspresikan rasa tidak percaya pada kenyataan.

“mengapa kejadian ini menimpa saya?”

Pada fase ini terjadi proses perubahan konsep diri, ini terjadi selama kondisi klien dalam keadaan stress tetapi Setelah keadaan ini berlalu klien mulai masuk kedalam fase berikutnya.

b. Depresi Cemas Dan Marah

Pada fase ini emosi klien mulai meningkat. Depresi, cemas dan marah muncul Kerika klien tidak mampu mengatasi masalahnya dan merasa tidak berdaya.

“bagaimana mengatasi masalah ini?”

Manifestasi depresi ; *sedih, kadang-kadang menangis, bingung ketergantungan, tidak dapat mengambil keputusan, tidak punya harapan.* Kecemasan yang dialami pasien dialihkan menjadi kemarahan yang diproyeksikan pada diri sendiri, keluarga dan petugas.

c. Pelepasan dan reinvestasi

Klien mulai mengidentifikasi peningkatan keadaan cemas, depresi dan perasaan marahnya. Klien mulai mengumpulkan kekuatan yang dimiliki untuk mengurangi respon yang memperberat keadaan stress, apabila penyakit ini terjadi progressif fase ini akan berlangsung siklik. Disini klien mulai ada kerja sama. Klien mulai melepaskan dari obyek yang hilang, mulai membina hubungan dan penyesuaian diri terhadap realita.

2. Dinamika Keluarga

Respon keluarga bersama dengan respon emosi klien ; *peningkaran, marah, cemas dan depresi.*

3. Dinamika Lingkungan

Dengan kesadaran bervariasi menimbulkan dinamika bagi klien STIGMA SOSIAL ketidakmampuan melakukan aktivitas sosial perubahan peran dalam kelompok sosial merupakan hambatan dalam melaksanakan fungsi sosial secara normal.

a. Respon perawat

Dalam memberikan asuhan keperawatan perawat harus menunjukkan sikap profesional dan tulus dengan pendekatan yang baik pada saat pasien mengalami fase peningkaran perawat harus dapat menghadirkan fakta.

b. Analisa diri perawat

Kesadaran diri yang kuat dan perilaku yang ideal diperlukan perawat dalam terapi. Contoh : Bagaimana perasaan saya pada saat melihat orang mengalami kesulitan. Bagaimana perasaan saya tentang penyakit klien dalam keadaan kritis. Apakah keyakinan saya tentang penyakit kronik sama/berbeda dengan klien/keluarga.

G. ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN DENGAN PENYAKIT KRONIK DAN KETIDAKMAMPUAN PENYAKIT KRONIK

PENYAKIT KRONIK

1. Pengkajian

a. Pengkajian terhadap klien

Perlu dikaji bagaimana upaya klien dalam mengatasi kehilangan dan perubahan yang terjadi. Hal-hal yang perlu dikaji antara lain :

- 1) Respon emosi klien terhadap diagnose
- 2) Kemampuan mengekspresikan perasaan sedih terhadap situasi
- 3) Upaya klien dalam mengatasi situasi
- 4) Kemampuan dalam mengambil dan memilik pengobatan
- 5) Persepsi dan harapan klien
- 6) Kemampuan mengingat masa lalu.

b. Pengkajian keluarga

Perawat perlu mengetahui persepsi keluarga terhadap penyakit klien dan sejauh mana pengaruhnya terhadap keluarga, kelebihan dan kekurangan yang memerlukan dukungan dan intervensi. Hal-hal yang perlu dikaji antara lain :

- 1) Respon keluarga terhadap klien
 - 2) Ekspresi emosi keluarga dan toleransinya.
 - 3) Kemampuan dan kekuatan keluarga yang diketahui
 - 4) Kapasitas dan sistem pendukung yang ada.
 - 5) Pengertian oleh pasangan sehubungan dengan gangguan fungsional
 - 6) Proses pengambilan keputusan
 - 7) Identifikasi keluarga terhadap perasaan sedih akibat kehilangan dan perubahan yang terjadi.
- c. Pengkajian Lingkungan
- 1) Sumberdaya yang ada.
 - 2) Stigma masyarakat terhadap keadaan normal dan penyakit
 - 3) Ketersediaan untuk membantu memenuhi kebutuhan
 - 4) Ketersediaan fasilitas partisipasi dalam asuhan keperawatan kesempatan kerja.
2. Diagnosa Keperawatan
- a. Respon pengingkaran yang tidak kuat berhubungan dengan kehilangan dan perubahan.
 - b. Kecemasan yang meningkat berhubungan dengan ketidakmampuan mengekspresikan perasaan.
 - c. Gangguan berhubungan (menarik diri) berhubungan dengan
 - d. Ketidakmampuan melakukan aktivitas hidup sehari-hari (ADL)
 - e. Gangguan body image berhubungan dengan dampak penyakit yang dialami
 - f. Resiko tinggi terjadinya gangguan identitas berhubungan dengan adanya hambatan dalam fungsi seksual.
3. Perencanaan
- 1) Tujuan
 - a) Klien dapat mengidentifikasi respon pengingkaran terhadap kenyataan.
 - b) Klien dapat mengidentifikasi perasaan cemas
 - c) Klien mau membina hubungan dengan keluarga dan petugas
 - d) Klien dapat menerima realitas/keadaan dirinya saat ini.
 - e) Klien tidak mengalami gangguan fungsi seksual.

- 2) Intervensi terhadap klien
 - a) Beri kesempatan pada klien untuk mengungkapkan perasaan cemas, marah, frustrasi dan depresi.
 - b) Bantu klien untuk menggunakan koping yang konstruktif
 - c) Berikan informasi secara benar dan jujur
 - d) Bantu klien untuk menyesuaikan diri dengan lingkungan
 - e) Beri penjelasan mengenai perubahan fungsi seksual yang dialami terhadap penyakitnya.
 - f) Ciptakan lingkungan yang mendukung penyembuhan.
- 3) Intervensi terhadap keluarga
 - a) Bantu keluarga untuk mengidentifikasi kekuatannya.
 - b) Beri informasi tentang klien kepada keluarga secara jelas
 - c) Bantu keluarga untuk mengenali kebutuhan klien
 - d) Berikan motivasi pada keluarga untuk memberikan perhatian kepada klien
 - e) Tingkatkan harapan keluarga terhadap keadaan klien
 - f) Optimalkan sumber daya yang ada
 - g) Beri informasi tentang penyakit yang jelas
 - h) Beri motivasi pada lingkungan untuk membantu klien dalam proses penyembuhan
 - i) Upayakan fasilitas kesehatan yang memadai sesuai dengan kondisi.

KETIDAKBERDAYAAN

1. Pengkajian

Data-data yang biasa ditampilkan pada pasien dengan ketidakberdayaan adalah Mengatakan secara verbal ketidakmampuan mengendalikan atau mempengaruhi situasi.

- a. Mengatakan tidak dapat menghasilkan sesuatu
- b. Mengatakan ketidakmampuan perawatan diri
- c. Tidak berpartisipasi dalam pengambilan keputusan saat kesempatan diberikan
- d. Segan mengekspresikan perasaan yang sebenarnya
- e. Apatik, pasif
- f. Ekspresi muka murung.
- g. Bicara dan gerakan lambat
- h. Nafsu makan tidak ada atau berlebihan

- i. Tidur berlebihan
 - j. Menghindari orang lain.
2. Diagnosa Keperawatan
- Karena ketidakberdayaan dapat menyebabkan gangguan harga diri maka diagnosa keperawatan dapat dirumuskan :
- 1) Gangguan harga diri : harga diri rendah berhubungan dengan ketidakberdayaan.
3. Rencana Tindakan Keperawatan
- a. Tujuan umum :
Pasien dapat melakukan cara pengambilan keputusan yang efektif untuk mengendalikan situasi kehidupannya dengan demikian menurunkan perasaan rendah diri.
 - b. Tujuan khusus :
Pasien dapat membina hubungan terapeutik dengan perawat
4. Tindakan :
- a. Lakukan pendekatan yang hangat, menerima pasien apa adanya dan bersifat empati.
 - b. Mawas diri dan cepat mengendalikan perasaan dan reaksi diri perawat sendiri (misalnya, rasa marah, frustrasi dan simpati).
 - c. Sediakan waktu untuk berdiskusi dan bina hubungan yang sifatnya suportif.
 - d. Beri waktu untuk pasien berespons.
 - 1) Pasien dapat mengenali dan mengekspresikan emosi
 - a) Tunjukkan respon emosional dan menerima pasien
 - b) Gunakan teknik komunikasi terapeutik terbuka, eksplorasi, klarifikasi
 - c) Bantu pasien untuk mengekspresikan perasaannya
 - d) Bantu pasien mengidentifikasi area-area situasi kehidupannya yang tidak berada dalam kemampuannya untuk mengontrol.
 - e) Dorong untuk menyatakan secara verbal perasaan-perasaannya yang berhubungan dengan ketidakmampuan.
 - 2) Pasien dapat memodifikasi pola kognitif negative
 - a) Diskusikan tentang masalah yang dihadapi pasien tanpa memintanya untuk menyimpulkan.
 - b) Identifikasi pemikiran yang negatif dan bantu untuk menurunkannya melalui interupsi atau substitusi.
 - c) Bantu pasien untuk meningkatkan pemikiran yang positif

- d) Evaluasi ketepatan persepsi, logika dan kesimpulan yang dibuat pasien. Identifikasi persepsi pasien yang tidak tepat, penyimpangan dan pendapatnya yang tidak rasional.
 - e) Kurangi penilaian pasien yang negatif terhadap dirinya
 - f) Bantu pasien untuk menyadari nilai yang dimilikinya atau perilakunya dan perubahan yang terjadi.
- 3) Pasien dapat berpartisipasi dalam pengambilan keputusan yang berkenaan dengan perawatannya.
- a) Libatkan pasien dalam menetapkan tujuan-tujuan perawatannya yang ingin dicapai.
 - b) Motivasi pasien untuk membuat jadwal aktifitas perawatan dirinya
 - c) Berikan pasien privasi sesuai kebutuhan yang ditentukan.
 - d) Berikan “reinforcement” positif untuk keputusan yang dibuat.
 - e) Beri pujian jika klien berhasil melakukan kegiatan atau penampilan yang bagus.
 - f) Motivasi pasien untuk mempertahankan penampilan sehari-hari.
- 4) Pasien dapat termotivasi aktif untuk mencapai tujuan yang realistis
- a) Bantu pasien untuk menetapkan tujuan-tujuan yang realistic. Fokuskan kegiatan pada saat ini bukan pada kegiatan masa lalu.
 - b) Bantu pasien mengidentifikasi area-area situasi kehidupan yang dapat dikontrolnya.
 - c) Identifikasi cara-cara yang dapat dicapai oleh pasien. Dorong untuk berpartisipasi dalam aktivitas-aktivitas tersebut dan berikan penilaian positif untuk berpartisipasi dan pencapaiannya.
 - d) Motivasi keluarga untuk berperan aktif dalam membantu pasien menurunkan perasaan ketidakberdayaan.

DAFTAR PUSTAKA

Videbeck, Sheila L. *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Jakarta: EGC

Suliswati, dkk. *Konsep Dasar Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Jakarta: EGC

Carpenito (2000), *Diagnosa Keperawatan Aplikasi pada Praktik Klinis*, Ed. Ke-6. Jakarta:
EGC

ASUHAN KEPERAWATAN KLIEN DENGAN PENYAKIT KRONIS DAN
KETIDAKBERDAYAAN



DISUSUN OLEH:

AHMAD SHOLEH (11.971)

AJENG NUR HABIBAH (11.972)

ANOM PERMADI R (11.973)

AULIA RIZKA APRIYATI (11.974)

AKADEMI KEPERAWATAN

PEMERINTAH PROVINSI JAWA TENGAH

2013