

# ASUHAN KEPERAWATAN DI ERA AKREDITASI RUMAH SAKIT

(Mata kuliah: Konsep Dasar Keperawatan II)

Penulis

HERRY SETIAWAN, S.KEP., NERS, M.KEP.

AGIANTO, S.KEP., NERS, M.N.S., PH.D

NOVI MUSTAHDIATI NASRI, S.KEP., NERS, M.KEP.

## **Hak cipta dilindungi oleh Undang-undang**

Dilarang memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini tanpa izin tertulis dari Penerbit, kecuali untuk kutipan singkat demi penelitian ilmiah atau resensi

Asuhan Keperawatan di Era Akreditasi Rumah Sakit

Penerbit : CV.IRDH

i-xviii + 284 hlm, 17,6 cm x 25 cm

Cetakan Pertama, Juli 2020

ISBN: 978-623-7718-55-0

CV. IRDH

## TINJAUAN MATA KULIAH

Asuhan keperawatan yang menjadi tugas dan tanggung jawab utama perawat terus berkembang mengikuti *evidence based practice* dan *evidence based nursing practice*. Perkembangan ini perlu diperhatikan oleh semua perawat maupun calon perawat di institusi pendidikan. Perhatian besar terhadap *evidence based practice* dan *evidence based nursing practice* dimaksudkan guna memberikan landasan perawat dalam pengambilan keputusan klinis dalam pelaksanaan asuhan keperawatan. Asuhan keperawatan dalam pelaksanaannya juga selalu terintegrasi dengan asuhan professional pemberi asuhan (PPA) lainnya pada era akreditasi rumah sakit saat ini.

Era akreditasi rumah sesuai SNARS 1.1 menuntut perawat menjadi professional dikeseharian praktiknya. Hal ini cukup beralasan karena perawat merupakan disiplin ilmu paling lama berada disisi pasien selama asuhan terintegrasi. Penting untuk perawat memahami peran dan fungsinya di tatanan klinik karena di rumah sakit yang merupakan suatu institusi padat karya, padat tanggung jawab, perawat selalu berinteraksi dengan professional pemberi asuhan (PPA) lainnya dalam asuhan yang menempatkan pasien di tengah atau sering disebut *Patient Center Care* (PCC).

Pelaksanaan *Patient Center Care* (PCC) oleh perawat sebagai bagian integral professional pemberi asuhan (PPA) tentunya menuntut profesionalitas perawat, profesionalitas dalam asuhan keperawatan yang diberikan kepada pasien sebagai pusat asuhan. Pada pelaksanaannya, pemberian asuhan keperawatan pada pasienpun haruslah dilandasi dengan kemampuan perawat berpikir kritis dalam mengambil keputusan klinis.

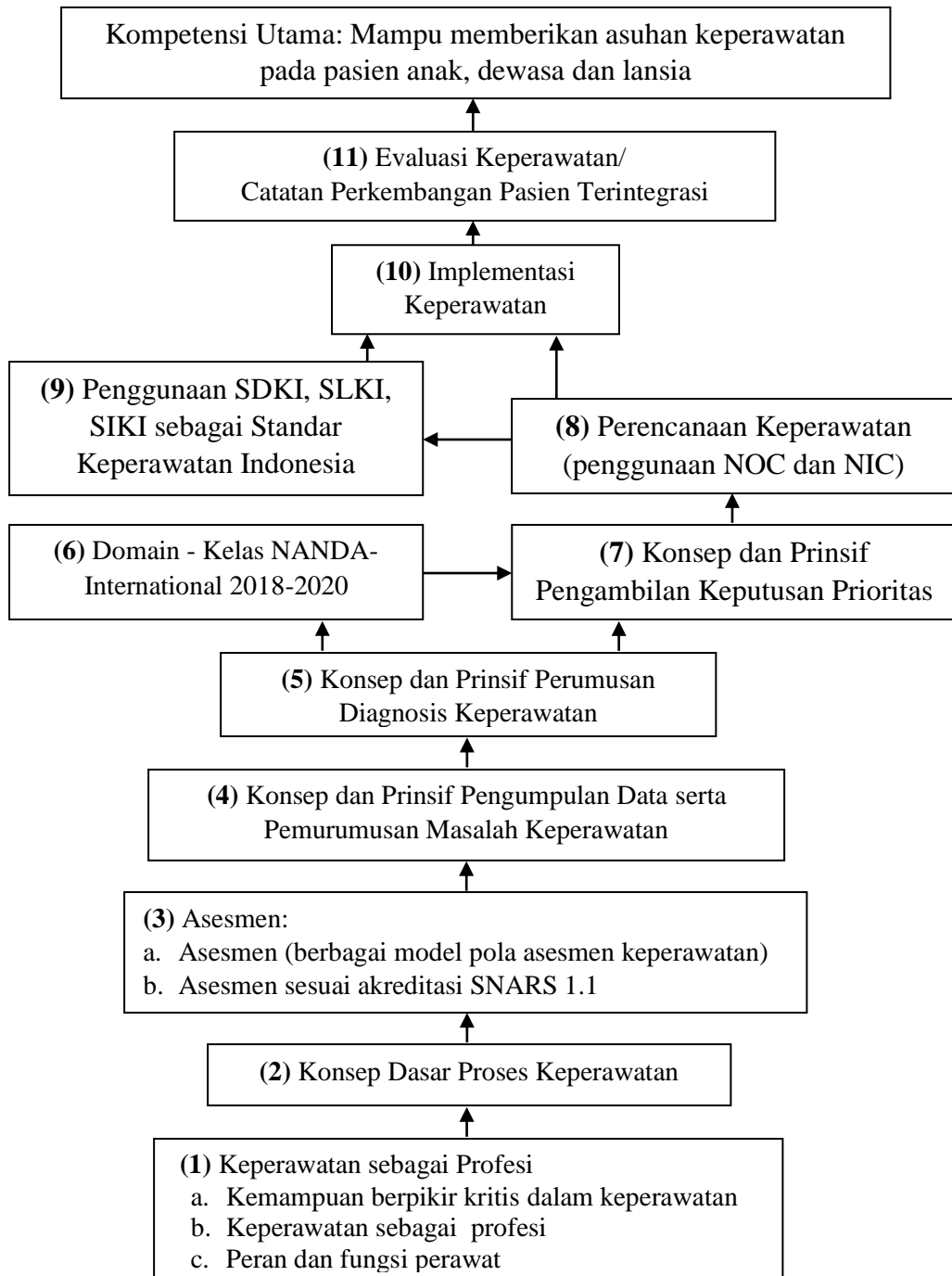
Mata kuliah Konsep Dasar Keperawatan II (KDK II) mencoba menjelaskan bagaimana pentingnya profesionalitas perawat dalam asuhan yang mengedepankan kemampuan berpikir kritis, professional dalam profesi serta memahami peran dan fungsinya. Mata kuliah ini berisi 11 modul. Dimana tiap modulnya selain terdapat pembahasan berupa konsep dan teori, juga disajikan rangkuman, latihan dan tes formatif. Sehingga dengan kelengkapan yang ada pada tiap-tiap modul

dapat mempermudah Anda dalam memahami mata kuliah Konsep Dasar Keperawatan II (KDK II).

Dalam modul 1, Anda diajak memahami terkait kemampuan berpikir kritis dalam keperawatan, keperawatan sebagai profesi, peran dan fungsi perawat. Dalam modul 2, Anda diajak memahami terkait konsep dasar proses keperawatan. Dalam modul 3, Anda diajak memahami terkait asesmen (berbagai model pola asesmen keperawatan) dan asesmen sesuai akreditasi SNARS 1.1. Dalam modul 4, Anda diajak memahami terkait konsep dan prinsip pengumpulan data serta pemurumusan masalah keperawatan. Dalam modul 5, Anda diajak memahami terkait konsep dan prinsip perumusan diagnosis keperawatan. Dalam modul 6, Anda diajak memahami terkait Domain - Kelas NANDA-International 2018-2020. Dalam modul 7, Anda diajak memahami terkait konsep dan prinsip pengambilan keputusan prioritas. Dalam modul 8, Anda diajak memahami terkait perencanaan keperawatan (penggunaan NOC dan NIC). Dalam modul 9, Anda diajak memahami terkait penggunaan SDKI, SLKI, SIKI sebagai Standar Keperawatan Indonesia. Dalam modul 10, Anda diajak memahami terkait implementasi keperawatan. Dalam modul 11, Anda diajak memahami terkait Evaluasi Keperawatan/Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi.

Demikian penjelasan singkat terkait mata kuliah Konsep Dasar Keperawatan II (KDK II), semoga bisa membantu Anda dalam mempersiapkan diri menjadi perawat professional.

**PETA KOMPETENSI**  
**Konsep Dasar Keperawatan II / 3 SKS / IKB1606**



# DAFTAR ISI

**Daftar isi akan secara otomatis ditarik dari konten tulisan**

<b>TINJAUAN MATA KULIAH.....</b>	<b>2</b>
<b>DAFTAR ISI.....</b>	<b>5</b>
<b>DAFTAR GAMBAR .....</b>	<b>6</b>
<b>DAFTAR TABEL .....</b>	<b>7</b>
<b>MODUL 1 JUDUL MODUL.....</b>	<b>8</b>
A.    PENDAHULUAN .....	8
B.    KEGIATAN BELAJAR 1 (KLIK HEADING 2) .....	8
C.    LATIHAN .....	9
D.    RANGKUMAN .....	14
E.    TES FORMATIF 1 .....	14
F.    JUDUL SUB BAB 2 (KLIK HEADING 2) .....	<b>ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.</b>
<b>BAB 2 JUDUL BAB .....</b>	<b>ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.</b>
A.    JUDUL SUB BAB 1 (KLIK HEADING 2) .....	<b>ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.</b>
B.    JUDUL SUB BAB 2 (KLIK HEADING 2) .....	<b>ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.</b>
<b>BAB 3 JUDUL BAB .....</b>	<b>ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.</b>
A.    JUDUL SUB BAB 1 (KLIK HEADING 2) .....	<b>ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.</b>
B.    JUDUL SUB BAB 2 (KLIK HEADING 2) .....	<b>ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.</b>
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>36</b>
<b>GLOSARIUM.....</b>	<b>ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.</b>
<b>INDEKS .....</b>	<b>85</b>
<b>TENTANG PENULIS .....</b>	<b>257</b>

## **DAFTAR GAMBAR**

Daftar gambar dapat dibuatkan oleh editor

## **DAFTAR TABEL**

Daftar tabel dapat dibuatkan oleh editor

# MODUL 1

## Konsep Berpikir Kritis, Keperawatan sebagai Profesi, Peran dan Fungsi Perawat

### PENDAHULUAN

Upaya memecahkan masalah dan menemukan jalan keluar yang terbaik untuk kebutuhan klien memerlukan kemampuan berpikir kritis yang baik dimiliki seorang perawat. Berpikir kritis merupakan suatu proses yang menantang seorang individu untuk menginterpretasi dan mengevaluasi informasi untuk membuat penilaian (*clinical judgment*) dalam pelaksanaan praktik perawat. Bagaimana gambaran berpikir kritis sesungguhnya? Dalam hal ini perawat menggunakan informasi sebagai pertimbangan, membuat kesimpulan dan membentuk gambaran mental tentang apa yang terjadi dengan klien. Perawat menggunakan kemampuan untuk mengolah dan memanipulasikan informasi untuk memenuhi kebutuhan atau memberikan respons terhadap keluhan yang disampaikan pasien. Perawat menunjukkan berbagai kegiatan yang melibatkan penggunaan konsep dan lambang sebagai pengganti objek dan peristiwa yang terjadi. Hal ini dilakukan untuk menetapkan keputusan (*decision making*), memecahkan persoalan (*problem solving*) dan berpikir kreatif (*creative thinking*).



# Kegiatan Belajar 1

## Konsep Berpikir Kritis dalam Keperawatan

### 1. Definisi

Berpikir kritis merupakan kemampuan untuk menganalisis fakta, mencetuskan dan menata gagasan, mempertahankan pendapat, membuat perbandingan, menarik kesimpulan, mengevaluasi argumen dan memecahkan masalah (Chance, 1986). Berpikir kritis merupakan sebuah proses yang sadar dan sengaja yang digunakan untuk menafsirkan dan mengevaluasi informasi dan pengalaman dengan sejumlah sikap reflektif dan kemampuan yang memandu keyakinan dan tindakan (Mertes, 1991). Proses intelektual yang dengan aktif dan terampil mengkonseptualisasi, menerapkan, menganalisis, mensintesis dan mengevaluasi informasi yang dikumpulkan atau dihasilkan dari pengamatan, pengalaman, refleksi, penalaran atau komunikasi untuk memandu keyakinan dan tindakan (Scriven & Paul, 1992). Skill processed that conceptualizes and applies information from observation, expression, reflection and communication (See, Lee, Ha and Kim, 2006).

Sehingga dapat disimpulkan berpikir kritis merupakan kemampuan perawat untuk berpikir jernih, memfokuskan perhatian dan menggunakan rasionalitas yang meliputi kemampuan untuk berpikir reflektif dan independen oleh seorang perawat dalam melaksanakan hubungan interpersonal dengan pasien. Hal ini berguna untuk memberikan gambaran akurat mengenai *problem solving* yang mungkin akan diberikan pada masalah yang dihadapi pasien.

## 2. Model Berpikir Kritis

Berikut adalah model berpikir kritis yang dikemukakan oleh Kataoka-Yahiro dan Sailor (1994):



Gambar 1.1. Model Berpikir Kritis

## 3. Komponen Berpikir Kritis

Komponen berpikir kritis menurut DeLaune dan Ladner (2010), yaitu sebagai berikut:

### a. *Mental Operations*

- 1) Pemilihan aktivitas yang melibatkan pengambilan keputusan dan alasannya yang paling tepat
- 2) Menentukan solusi berdasarkan rasional yang ada dan beralasan ilmiah
- 3) Hasil yang didapatkan pada tahap ini adalah melatih kreatifitas terkait dengan pengambilan keputusan

- 4) Mengambil keputusan berdasarkan analisis informasi dan aplikasi pengetahuan perawat

b. *Knowledge*

- 1) Terdiri dari declarative knowledge (informasi yang spesifik) dan operative knowledge (memahami dasar dari pengetahuan)
- 2) Pengetahuan yang harus dipahami setiap perawat terkait dengan kualitas perawatan yang akan diberikan
- 3) Perawat harus menguasai beberapa bidang ilmu antara lain ilmu fisik (anatomi, fisiologi, biologi), psikologi dan filosofi, hal ini yang mendasari mengapa dalam proses asuhan keperawatan terkini teori-teori keperawatan serta ilmu kesehatan lainnya penting dikuasai terlebih dahulu sebelum melakukan aktivitas awal interaksi kepada pasien yaitu tahapan asesmen keperawatan.

c. *Attitudes*

- 1) *Tolerance, open-mindedness, nonjudgmental mind-set*
- 2) *Curiosity*
- 3) *Persistence, intellectual courage*
- 4) *Respect for others' perspectives*
- 5) *Comfort dealing with ambiguity, uncertainty*
- 6) *Intellectual humility (knowing that one does not have all the answers)*
- 7) *Self-confidence (belief in own ability to think things through and make appropriate decisions)*
- 8) *Flexibility*
- 9) *Organization (Alfaro-LeFevre, 2008; Forehand, 2005)*

#### 4. Tahapan Perkembangan Kognitif

Berikut adalah tahapan perkembangan kognitif yang dapat dilihat pada gambar di bawah ini:



TABLE 5-1 Stages of Cognitive Development

STAGE	DESCRIPTION
Stage 1: Dualism	View the world in dichotomous (polarized) terms Look to authority figures for the right answers
Stage 2: Multiplicity	Acknowledge that uncertainty or different perspectives exist Believe differences are in effect only until the right answer is discovered by the experts
Stage 3: Relativism	Ability to form opinions and values based on weighing information in situations
Stage 4: Commitment	Able to develop own truth after evaluating information from several sources and integrating this with what is already known Validity of right answers depends on situation and context

Data from Perry, W. G. (1972). *Forms of intellectual and ethical development in the college years*. New York: Holt, Rinehart & Winston.

Gambar 1.2. Tahapan Perkembangan Kognitif

#### 5. Kemampuan Berpikir Kritis

Berikut adalah kemampuan berpikir kritis yang dapat dilihat pada gambar di bawah ini:

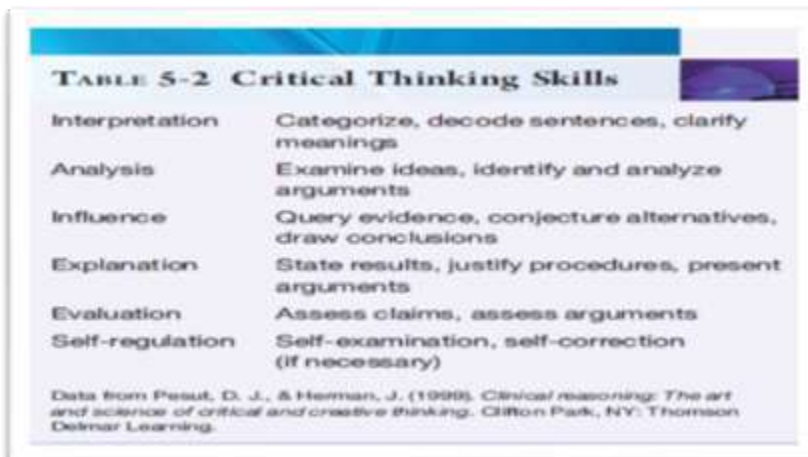


TABLE 5-2 Critical Thinking Skills

Interpretation	Categorize, decode sentences, clarify meanings
Analysis	Examine ideas, identify and analyze arguments
Influence	Query evidence, conjecture alternatives, draw conclusions
Explanation	State results, justify procedures, present arguments
Evaluation	Assess claims, assess arguments
Self-regulation	Self-examination, self-correction (if necessary)

Data from Presut, D. J., & Herman, J. (1999). *Critical reasoning: The art and science of critical and creative thinking*. Clifton Park, NY: Thomson Delmar Learning.

Gambar 1.3. Kemampuan Berpikir Kritis

## **6. Langkah-langkah untuk Mengembangkan Kemampuan Berfikir Kritis**

Berikut merupakan langkah-langkah yang diperlukan untuk perawat agar mampu mengembangkan kemampuan berpikir kritis dalam kesehariannya:

- a. Mengidentifikasi tujuan
- b. Menentukan pengetahuan yang harus dimiliki
- c. Mengkaji tingkat kesalahan
- d. Menentukan waktu yang tepat untuk mengambil keputusan
- e. Mengidentifikasi kemampuan sumber
- f. Mengenali faktor yang dapat menghambat pengambilan keputusan

Dapat diartikan disini bahwa berfikir kritis dalam keperawatan adalah komponen dasar dalam pertanggungjawaban profesional dan kualitas asuhan keperawatan yang diberikan kepada individu pasien atau keluarga. Ciri-ciri perawat yang mampu berfikir kritis yakni mempunyai kepercayaan diri, kontekstual perspektif, mempunyai kreatifitas, mempunyai fleksibilitas, selalu ingin tahu, mempunyai intuisi, sikap keterbukaan, tekun dan selalu melakukan refleksi diri.

Menurut Badman and Badman (1988), terdapat beberapa argumentasi terkait berfikir kritis dalam dalam keperawatan yang sering terjadi di tatanan klinik, antara lain:

- a. Berhubungan dengan situasi perdebatan/pertengkar.
- b. Perdebatan tentang suatu isu antara kepala ruang dengan pimpinan rumah sakit tentang kebijakan layanan keperawatan bermutu.
- c. Upaya mempengaruhi individu/kelompok untuk berbuat sesuatu dalam rangka merubah perilaku sehat, misalnya iklan layanan

kesehatan tentang pemberantasan sarang nyamuk untuk mencegah demam berdarah.

- d. Berhubungan dengan bentuk penjelasan yang rasional yang memerlukan serangkaian alasan perlunya keyakinan dan pengambilan keputusan misalnya. Memonitor kadar gula darah setiap hari pada seorang klien.

## 7. Latihan

Untuk memperdalam pemahaman Anda mengenai materi di atas, kerjakanlah latihan berikut !

- 1) Jelaskan bagaimana perawat professional yang seharusnya selalu mengedepankan berpikir kritis dalam bertindak !
- 2) Jelaskan komponen berpikir kritis yang harus dimiliki perawat professional!
- 3) Jelaskan tahapan perkembangan kognitif yang dilewati seorang perawat!
- 4) Jelaskan mengapa kemampuan berpikir kritis penting bagi perawat!
- 5) Jelaskan langkah-langkah mengembangkan berpikir kritis pada perawat!

## 8. Rangkuman

Kemampuan perawat dalam berpikir kritis dalam pengambilan keputusan klinis merupakan suatu keniscayaan yang harus dimiliki di era sekarang ini. Perhatian besar kepada *evidence based practice* dan *evidence based nursing practice* dalam praktik asuhan memberikan pegangan perawat dalam pengambilan keputusan klinis dalam asuhan keperawatan. Tiga komponen berpikir kritis menurut yang harus dimiliki perawat yaitu sebagai berikut *Mental Operations, Knowledge* dan *Attitudes*. Semua ini dimaksudkan agar perawat dalam praktiknya mempunyai kecakapan dalam hubungan interpersonal baik antar perawat dengan pasien atau antar perawat dengan perawat serta antar perawat dengan profesional pemberi asuhan (PPA) lainnya.

## 9. Tes Formatif 1

**Untuk memperdalam materi di atas maka kerjakanlah soal di bawah ini:**

Petunjuk: untuk soal nomor 1 – 8, pilihlah salah satu jawaban yang paling tepat!

1. Hasil yang didapatkan pada tahap *mental operations* adalah...
  - a. Kualitas pelayanan yang baik
  - b. Memahami dasar pengetahuan perawat
  - c. Melatih kreatifitas pengambilan keputusan
  - d. Perawat memiliki sikap yang toleran, percaya diri, fleksibel, dll
  - e. Kemampuan perawat dalam aplikasi keperawatan lebih mumpuni
2. Kualitas perawatan yang dilakukan dipengaruhi oleh ...
  - a. Kemampuan perawat memahami komponen berpikir kritis
  - b. Kemampuan perawat dalam mengambil keputusan yang terbaik
  - c. Kemampuan perawat memiliki kreatifitas dalam pelayanan keperawatan
  - d. Kemampuan perawat mengambil keputusan berdasarkan pengetahuan dan sikapnya
  - e. Kemampuan perawat dalam menyikapi suatu permasalahan
3. Salah satu upaya untuk meningkatkan kemampuan berfikir kritis adalah...
  - a. Mengembangkan kemampuan kognitif perawat
  - b. Mengembangkan kemampuan mengambil keputusan
  - c. Melatih kreatifitas individu
  - d. Belajar dengan prinsip "*life long learner*"
  - e. Melatih psikomotor/kompetensi dengan intens

4. Seseorang yang berfikir kritis dan kreatif dapat ditunjukkan dengan perilaku ...
  - a. Selalu menganalisa dulu baru melakukan tindakan
  - b. Selalu belajar untuk meningkatkan kognitifnya sendiri
  - c. Selalu belajar dari setiap kesalahan yang dilakukan
  - d. Selalu bertanggung jawab dengan kegiatan yang dia lakukan
  - e. Selalu bingung dalam mengambil setiap keputusan
5. Keputusan klinis berbanding lurus dengan kemampuan perawat dalam ...
  - a. Menentukan diagnosis keperawatan
  - b. Pengetahuan dasar dan pengalaman perawat dalam memberi asuhan
  - c. berfikir kritis dan kreatif
  - d. Mengambil keputusan dan memberikan solusi suatu permasalahan
  - e. Meningkatkan pelayanan asuhan keperawatan
6. Kemampuan berpikir kritis dengan ciri perawat menguji coba ide, mengidentifikasi dan menganalisis pendapat termasuk ciri dalam kemampuan berpikir...
  - a. Menginterpretasi
  - b. Menganalisis
  - c. Mempengaruhi
  - d. Menjelaskan
  - e. Mengevaluasi
7. Kemampuan berpikir kritis dengan ciri perawat menyatakan hasil, membenarkan prosedur, mempresentasikan argument termasuk ciri dalam kemampuan berpikir...
  - a. Menginterpretasi
  - b. Menganalisis
  - c. Mempengaruhi
  - d. Menjelaskan
  - e. Mengevaluasi



8. Kemampuan berpikir kritis dengan ciri perawat mengkategorikan, mendekode kalimat, memperjelas makna termasuk ciri dalam kemampuan berpikir...
- Menginterpretasi
  - Menganalisis
  - Mempengaruhi
  - Menjelaskan
  - Mengevaluasi

Petunjuk: jawaban (A) jika 1,2,3 benar; (B) jika 1 dan 3 benar; (C) jika 2 dan 4 benar; (D) jika 4 benar/salah; (E) jika semua benar/salah

9. Komponen dari berfikir kritis adalah...

- Mental operations*
- Knowledge*
- Attitude*
- Psikomotor*

10. Ciri perawat yang mampu berpikir kritis adalah ...

- Percaya diri
- Berfikiran terbuka
- Memiliki rasa ingin tahu
- Bertanggung jawab

## **Kegiatan Belajar 2**

### **Keperawatan sebagai Profesi**

#### **1. Definisi**

Menurut Peter Jarvis (1983:21), pengertian profesi adalah suatu pekerjaan yang sesuai dengan studi intelektual atau pelatihan khusus dimana tujuannya untuk menyediakan pelayanan keterampilan bagi orang lain dengan mendapatkan upah tertentu atas kerja kerasnya. Menurut Hughes E.C (1963), pengertian profesi adalah suatu pekerjaan di bidang tertentu yang dimana seorang profesional memiliki pengetahuan lebih baik dari kliennya mengenai sesuatu yang terjadi pada klien tersebut dalam pelaksanaannya. Menurut Cogan (1983:21), pengertian profesi adalah suatu keterampilan khusus yang dalam prakteknya didasarkan atas suatu struktur teoritis tertentu dari beberapa bagian ilmu pengetahuan. Menurut Schein E.H (1962), pengertian profesi adalah suatu set pekerjaan yang membangun suatu set norma yang sangat khusus yang berasal dari peran khusus di masyarakat.

Sehingga dapat diartikan profesi yaitu suatu pekerjaan yang mengharuskan seseorang terlebih dahulu menempuh suatu pendidikan formal dan atau pelatihan sehingga seseorang tersebut dapat memberikan pelayanan atau praktik tertentu yang pada akhirnya akan menerima jasa sebagai buah kerja secara professional. Profesi merupakan sebuah kegiatan yang merupakan bagian utama dari pekerjaan, berdasarkan penguasaan ilmu dan skills. Profesi biasanya terkait dengan pekerjaan yang dilakukan pada departemen khusus atau bidang keahlian tertentu.

Para profesional berkomitmen pada kompetensi, mempunyai integritas, moral, altruisme dan kontribusi terhadap masyarakatnya. Bentuk komitmen berdasarkan pada kontrak sosial antara profesi dan masyarakat, yang dikembalikan lagi kepada pengakuan profesi secara otonomi baik dalam hal praktik dan hak berdasarkan sistem

regulasi. Profesional dan semua anggotanya bertanggung jawab terhadap pelayanan dan lingkungannya (masyarakat) dalam menjalankan praktik profesinya.

## **2. Karakteristik Profesionalisme**

Berikut ini karakteristik profesionalisme oleh seorang perawat antara lain:

- a. Praktisi perawat mengaplikasikan keterampilan yang mereka dapatkan selama pendidikan pada pelayanan khusus;
- b. Keterampilan yang didapatkan melalui proses intelektual di dunia pendidikan keperawatan dan praktik pada area tertentu;
- c. Pelayanan terbaik diberikan hanya untuk kepentingan klien dalam pelaksanaannya serta selalu mengedepankan asuhan yang selalu berfokus pada pasien;
- d. Pelayanan keperawatan diberikan secara langsung, personal dan membina hubungan yang baik dengan klien serta masyarakat secara umum;
- e. Praktisi keperawatan harus bertanggungjawab untuk menjaga kompetensi dan integritasnya dalam pelayanan dengan cara pendidikan keperawatan berkelanjutan;
- f. Berorganisasi dengan atau tanpa campur tangan pemerintah dan menjadi bagian dari sistem regulasi untuk meningkatkan kompetensi profesinya.

## **3. Ciri Profesi Keperawatan**

Pada pelaksanaannya profesi keperawatan mempunyai ciri spesifik seperti hal berikut ini:

- a. Penetapan standar pendidikan keperawatan yang diterapkan di semua institusi pendidikan keperawatan;
- b. Teori keperawatan sebagai dasar ilmiah praktik keperawatan yang akan dijalankan;

- c. Komponen yang sangat diperlukan bagi sistem pelayanan kesehatan karena keperawatan mempunyai peran sentral;
- d. Perawat mempunyai otonomi dalam pengembangan perannya dalam pelayanan kesehatan;
- e. Bertanggungjawab dan bertanggung gugat dengan profesinya dalam tatanan praktik pelayanan kesehatan.

#### **4. Ciri-ciri perawat Profesional**

Ciri-ciri perawat profesional dapat dilihat pada penjelasan seperti di bawah ini:

- a. Lulusan suatu pendidikan tinggi keperawatan;
- b. Mampu melaksanakan asuhan keperawatan berdasarkan pendekatan proses keperawatan;
- c. Melaksanakan asuhan keperawatan secara mandiri;
- d. Mentaati kode etik keperawatan yang berlaku;
- e. Mampu berkomunikasi dengan klien secara baik dalam rangka pendidikan kesehatan agar masyarakat berperilaku sehat dalam kesehariannya;
- f. Memanfaatkan sarana kesehatan yang tersedia secara berdaya guna dan berhasil guna;
- g. Mampu berperan sebagai agen pembaharu dan mengembangkan IPTEK keperawatan.

#### **5. Inti Profesi Keperawatan**

Dalam pelaksanaannya profesi keperawatan memberikan pelayanan kepada manusia sebagai individu yang mempunyai keunikan masing-masing. Pelaksanaan pelayanan kepada klien oleh seorang perawat haruslah mempertimbangkan aspek tanggung jawab, moral, etik dan hak asasi manusia. Penjelasan dapat dilihat pada gambar di bawah ini:



Gambar 1.4. Pelayanan Keperawatan

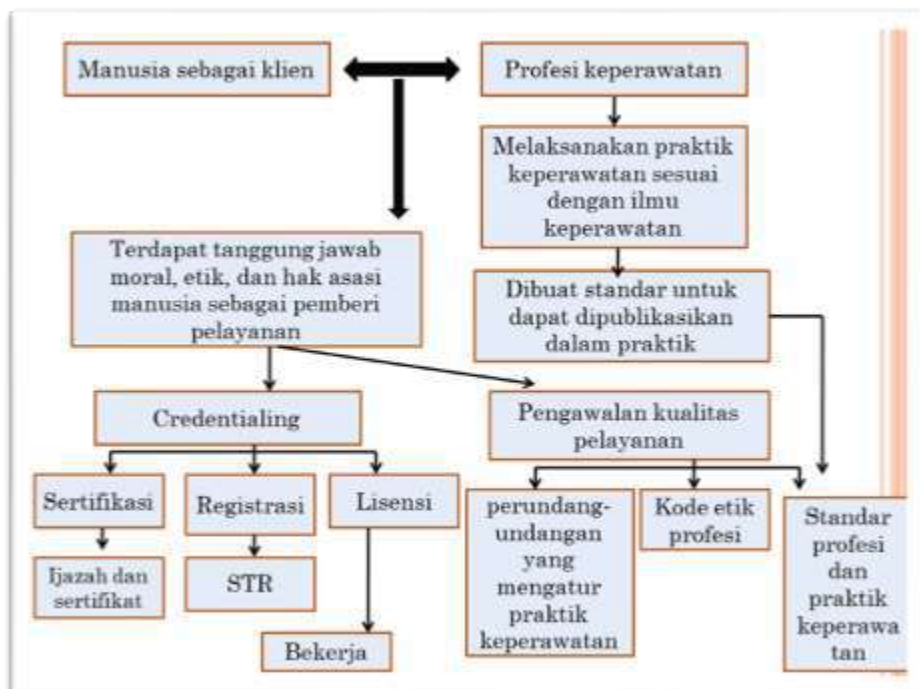
## 6. Memberikan Jaminan Pelayanan yang Bermutu dan Aman

Perawat dalam melakukan pemberian asuhan keperawatan haruslah memberikan jaminan pelayanan yang bermutu dan aman sesuai dengan amanah akreditasi yaitu pelayanan yang bermutu dan memperhatikan keselamatan pasien. Perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan selalu dikawal oleh kode etik keperawatan, standar profesi dan praktik serta perundang-undangan yang mengatur praktik keperawatan. Untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada gambar di bawah ini:



Gambar 1.5. Pelayanan yang Memperhatikan Mutu dan Keamanan

Dalam pelaksanaannya perlu dicermati hal-hal terkait praktik profesi keperawatan yang tergambar pada alur dibawah ini:



Gambar 1.6. Praktik Profesi Keperawatan

## 7. Dimensi Praktik Profesi Keperawatan

Berikut adalah dimensi praktik profesi keperawatan, dapat dilihat pada gambar di bawah ini:



Gambar 1.7. Dimensi Praktik Profesi Keperawatan

## 8. Latihan

Untuk memperdalam pemahaman Anda mengenai materi di atas, kerjakanlah latihan berikut !

- 1) Jelaskan bagaimana ciri perawat yang mempunyai profesionalisme tinggi!
- 2) Jelaskan bagaimana seorang perawat professional bertanggung jawab dengan profesinya!
- 3) Jelaskan bagaimana seharusnya perawat professional menjaga mutu dan keselamatan pasien!
- 4) Jelaskan mengenai kewajiban perawat professional dalam melakukan sertifikasi, registrasi dan listensi !
- 5) Jelaskan kiprah profesi keperawatan dalam pelayanan kepada masyarakat yang memperhatikan aspek disiplin, etik dan hukum!

## 9. Rangkuman

Perawat merupakan seorang yang telah dinyatakan suatu pendidikan tinggi keperawatan. Pada pelaksanaannya perawat dalam pemberian asuhan keperawatan harus selalu memperhatikan kode etik, standar profesi dan praktik serta perundang-undangan yang mengatur praktik keperawatan. Kesadaran profesionalitas profesi sangatlah penting mengingat peran perawat yang sangat dekat dengan pasien melalui praktik profesi keperawatan. Sebelum memulai praktik keperawatan sebuah keharusan perawat melakukan kewajiban perawat professional dalam melakukan sertifikasi, registrasi dan listensi.

## 10. Tes Formatif 2

**Untuk memperdalam materi di atas maka kerjakanlah soal di bawah ini:**

Petunjuk: untuk soal nomor 1 – 10, pilihlah salah satu jawaban yang paling tepat!

1. Di bawah ini merupakan pernyataan yang benar tentang profesi ...
  - a. Organisasi merupakan bagian penting dari profesi
  - b. Profesi mempunyai sistem regulasi
  - c. Keperawatan merupakan bagian penting dari pelayanan kesehatan
  - d. Mempunyai dasar ilmu dan kompetensi (keperawatan)
  - e. Praktisi berkewajiban untuk bergabung dalam organisasi keprofesian
2. Profesi harus berdasarkan kemampuan profesional yang sesuai dengan ...
  - a. Kompetensi
  - b. Standar praktik
  - c. Kode etik
  - d. Janji perawat
  - e. Undang-undang



3. Bentuk dari proteksi publik, yaitu ...
  - a. Mengawasi kompetensi dan moral dalam memberikan pelayanan
  - b. Ikut serta mempengaruhi sistem regulasi
  - c. Melaporkan adanya penyimpangan etik dalam pelayanan
  - d. Memberikan support kepada pemberi pelayanan
  - e. Menguji kompetensi dalam pelayanan
4. Keterampilan komunikasi yang harus dimiliki oleh seorang Ners agar mampu melakukan proses keperawatan adalah...
  - a. Patofisiologi
  - b. Sistem budaya dan spiritual
  - c. Teknik wawancara dan menulis
  - d. Komunikasi terapeutik
  - e. Pemahaman dan organisasi alat
5. Tahap kredensialing dimana perawat harus melewati pendidikan formal dan informal demi memperoleh pengakuan akan kompetensinya disebut...
  - a. Sertifikasi
  - b. Registrasi
  - c. Lisensi
  - d. Akreditasi
  - e. Kalibrasi
6. Tahap kredensialing dimana perawat harus melewati proses pembuktian kompetensi mereka dalam persiapan bekerja disebut...
  - a. Sertifikasi
  - b. Registrasi
  - c. Lisensi
  - d. Akreditasi
  - e. Kalibrasi
7. Tahap kredensialing dimana perawat harus mengurus Surat Tanda Registrasi (STR) guna pembuktian kompetensi mereka dalam persiapan bekerja disebut...
  - a. Sertifikasi
  - b. Registrasi

- c. Lisensi
  - d. Akreditasi
  - a. Kalibrasi
8. Dalam pelayanan keperawatan yang diberikan pada manusia, perawat memperhatikan bagaimana baik buruknya hubungan dalam pelaksanaan, perawat disini berarti memperhatikan...
- a. Disiplin
  - b. Etik
  - c. Hukum
  - d. Norma
  - e. Standar
9. Dalam pelayanan keperawatan yang diberikan pada manusia, perawat memperhatikan ketepatan waktu dan keakuratan tindakan keperawatan, perawat disini berarti memperhatikan...
- a. Disiplin
  - b. Etik
  - c. Hukum
  - d. Norma
  - e. Standar
10. Dalam pelayanan keperawatan yang diberikan pada manusia, perawat memperhatikan aturan-aturan yang mengatur bagaimana hubungan antar manusia, perawat disini berarti memperhatikan...
- a. Disiplin
  - b. Etik
  - c. Hukum
  - d. Norma
  - e. Standar

## Kegiatan Belajar 3

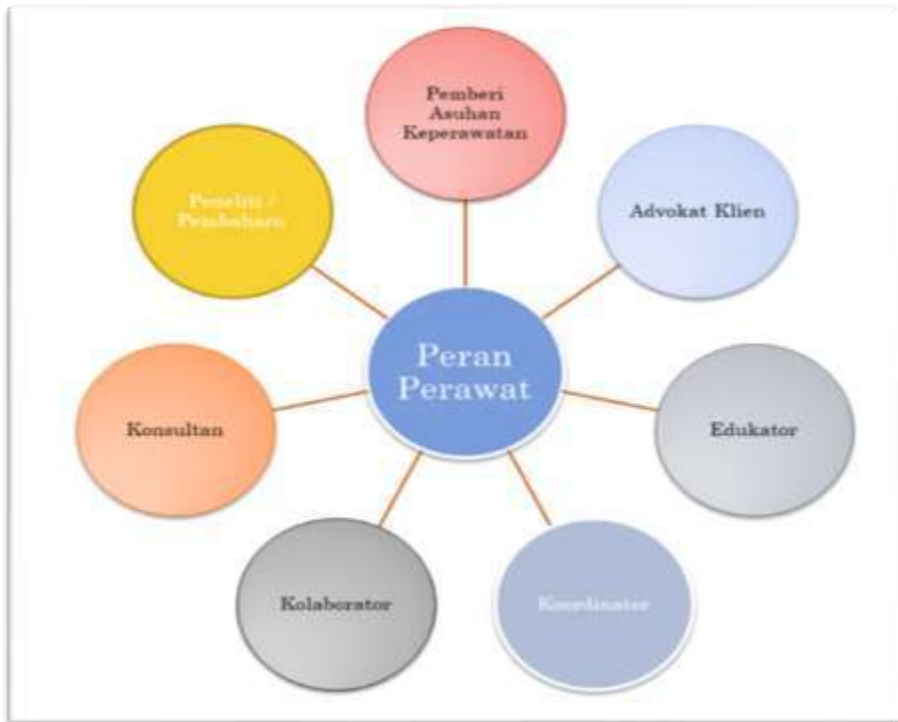
### Peran dan Fungsi Perawat

#### 1. Definisi

Peran diartikan sebagai tingkah laku yang diharapkan oleh orang lain terhadap seseorang sesuai dengan kedudukan dalam sistem, dimana dapat dipengaruhi oleh keadaan sosial baik dari dalam internal profesi maupun luar profesi. Hal ini juga terjadi di dalam profesi perawat maupun dari luar profesi keperawatan yang bersipat konstan.

#### 2. Peran Perawat

Dalam pelaksanaannya peran perawat dibagi menjadi beberapa peran diantaranya seperti pada gambar di bawah ini:



Gambar 1.8. Peran perawat dalam pelayanan

Lebih jauh mengenai peran perawat dalam pelayanan kesehatan akan diterangkan dalam penjelasan di bawah ini:

#### **a. Pemberi Asuhan Keperawatan**

Peran sebagai pemberi asuhan keperawatan ini dapat dilakukan perawat dengan memperhatikan keadaan kebutuhan dasar manusia yang dibutuhkan melalui pemberian pelayanan keperawatan dengan menggunakan proses keperawatan sehingga dapat ditentukan diagnosis keperawatan agar bisa direncanakan dan dilaksanakan tindakan yang tepat sesuai dengan tingkat kebutuhan dasar manusia, kemudian dapat dievaluasi tingkat perkembangannya. Pemberian asuhan keperawatan ini dilakukan dari yang sederhana sampai dengan kompleks.

#### **b. Advokat Klien**

Peran ini dilakukan perawat dalam membantu klien dan keluarga dalam menginterpretasikan berbagai informasi dari pemberi pelayanan atau informasi lain khususnya dalam pengambilan persetujuan atas tindakan keperawatan yang diberikan kepada pasien, juga dapat berperan mempertahankan dan melindungi hak-hak pasien yang meliputi hak atas pelayanan sebaik-baiknya, hak atas informasi tentang penyakitnya, hak atas privasi, hak untuk menentukan nasibnya sendiri dan hak untuk menerima ganti rugi akibat kelalaian.

#### **c. Edukator**

Peran ini dilakukan dengan membantu klien dalam meningkatkan tingkat pengetahuan kesehatan, gejala penyakit bahkan tindakan yang diberikannya, sehingga terjadi perubahan perilaku dari klien setelah dilakukan pendidikan kesehatan.

#### **d. Koordinator**

Peran ini dilaksanakan dengan mengarahkan, merencanakan serta mengorganisasi pelayanan kesehatan dari

tim kesehatan sehingga pemberian pelayanan kesehatan dapat terarah serta sesuai dengan kebutuhan klien.

**e. Kolaborator**

Peran perawat disini dilakukan karena perawat bekerja melalui tim kesehatan yang terdiri dari dokter, fisioterapis, ahli gizi dan lain-lain dengan berupaya mengidentifikasi pelayanan keperawatan yang diperlukan termasuk diskusi atau tukar pendapat dalam penentuan bentuk pelayanan selanjutnya.

**f. Konsultan**

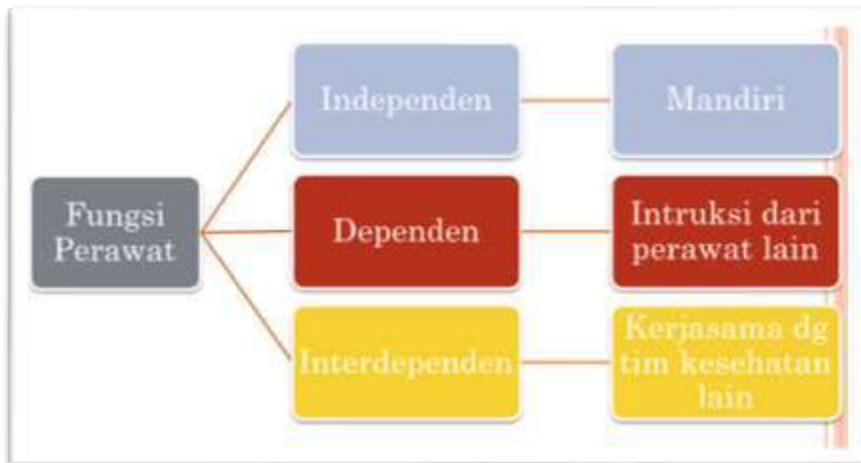
Peran disini adalah sebagai tempat konsultasi terhadap masalah atau tindakan keperawatan yang tepat untuk diberikan. Peran ini dilakukan atas permintaan klien terhadap informasi tentang tujuan pelayanan keperawatan yang diberikan.

**g. Peneliti / Pembaharu**

Peran sebagai pembaharu dapat dilakukan dengan mengadakan perencanaan, kerjasama, perubahan yang sistematis dan terarah sesuai dengan metode pemberian pelayanan keperawatan.

**3. Fungsi Perawat**

Fungsi adalah suatu pekerjaan yang harus dilaksanakan sesuai dengan perannya. Fungsi dapat berubah dari suatu keadaan ke keadaan yang lain menyesuaikan dengan kondisi yang dihadapi. Dalam pelaksanaannya fungsi perawat dibagi menjadi fungsi independen, dependen serta interdependen. Untuk mempelajari lebih jelasnya dapat dijabarkan sesuai dengan gambar di bawah ini:



Gambar 1.9. Fungsi Perawat

#### a. Independen

Fungsi independen merupakan fungsi mandiri dan tidak tergantung pada orang lain, dimana perawat dalam melaksanakan tugasnya dilakukan secara sendiri dengan keputusan sendiri dalam melakukan tindakan dalam rangka memenuhi kebutuhan dasar manusia seperti pemenuhan kebutuhan fisiologis (pemenuhan kebutuhan oksigenasi, pemenuhan kebutuhan cairan dan elektrolit, pemenuhan kebutuhan nutrisi, pemenuhan kebutuhan aktifitas dan lain-lain), pemenuhan kebutuhan keamanan dan kenyamanan, pemenuhan cinta mencintai, pemenuhan kebutuhan harga diri dan aktualisasi diri.

#### b. Dependen

Merupakan fungsi perawat dalam melaksanakan kegiatan atas pesan atau instruksi dari perawat lain. Sehingga sebagian tindakan pelimpahan tugas yang di berikan. Hal ini biasanya dilakukan oleh perawat spesialis kepada perawat umum atau dari perawat penanggung jawab asuhan (PPJA) kepada perawat pelaksana. Dapat juga berasal dari professional pemberi asuhan (PPA) lainnya kepada perawat sebagai bentuk instruksi.

### **c. Interdependen**

Fungsi ini dilakukan dalam kelompok tim yang bersifat saling ketergantungan di antara tim satu dengan yang lainnya. Fungsi ini dapat terjadi apabila bentuk pelayanan membutuhkan kerja sama tim dalam pemberian pelayanan seperti dalam memberikan asuhan keperawatan pada penderita yang mempunyai penyakit kompleks. Keadaan ini tidak dapat diatasi dengan tim perawat saja melainkan juga dari dokter ataupun yang lainnya.

## **4. Latihan**

Untuk memperdalam pemahaman Anda mengenai materi di atas, kerjakanlah latihan berikut !

- 1) Jelaskan bagaimana peran perawat sebagai pemberi asuhan keperawatan pada pasien !
- 2) Jelaskan bagaimana peran perawat sebagai edukator dan konsultan bagi pasien !
- 3) Jelaskan bagaimana peran perawat sebagai koordinator dan kolaborator dalam pelayanan asuhan pasien terintegrasi !
- 4) Jelaskan partisipasi perawat dalam pengembangan keilmuan melalui peran sebagai peneliti !
- 5) Jelaskan posisi perawat dalam asuhan terintegrasi dengan kaitannya dengan fungsi interdepend !

## **5. Rangkuman**

Dalam melaksanakan praktik asuhan keperawatan, penting bagi perawat mengetahui tugas yang dapat dilakukan meliputi pemberi asuhan, advokat klien, edukator, koordinator, kolaborator, konsultan, dan peneliti/pembaharu. Perawat juga dalam praktik asuhan terintegrasi harus memahami tentang fungsi yang melekat pada dirinya meliputi fungsi independen, fungsi dependen dan fungsi interdependen. Hal ini dilakukan semua mengingat perawat dalam praktik asuhan terintegrasi dituntut untuk memahami tugas peran dan fungsinya.

## 6. Tes Formatif 3

**Untuk memperdalam materi di atas maka kerjakanlah soal di bawah ini:**

Petunjuk: untuk soal nomor 1 – 10, pilihlah salah satu jawaban yang paling tepat!

1. Pada pelaksanaannya perawat dalam keseharian sebagai pengelola asuhan keperawatan dan berkewajiban bertanggung jawab kepada pasien kelolaanya disebut...
  - a. Pemberi asuhan
  - b. Advokat klien
  - c. Edukator
  - d. Koordinator
  - e. Kolaborator
2. Pada pelaksanaannya perawat dalam keseharian sebagai pemberi pengetahuan dan berusaha meningkatkan kemampuan pasien dalam berpartisipasi secara aktif dalam pelayanan disebut...
  - a. Pemberi asuhan
  - b. Edukator
  - c. Koordinator
  - d. Kolaborator
  - e. Konsultan
3. Pada pelaksanaannya perawat dalam keseharian menghubungkan antar professional pemberi asuhan (PPA) pada pasien kelolaanya disebut...
  - a. Advokat klien
  - b. Educator
  - c. Koordinator
  - d. Kolaborator
  - e. Konsultan
4. Pada pelaksanaannya perawat dalam keseharian berkewajiban untuk menjadi tempat mendengar dan memberi arahan kepada pasien kelolaanya serta keluarga disebut...
  - a. Pemberi asuhan



- b. Advokat klien
  - c. Educator
  - d. Kolaborator
  - e. Konsultan
5. Pada pelaksanaannya perawat dalam keseharian sebagai pembela atas kepentingan pasien selama prosedur perawatan pasien kelolaanya disebut...
- a. Pemberi asuhan
  - b. Advokat klien
  - c. Educator
  - d. Koordinator
  - e. Konsultan
6. Pada pelaksanaannya perawat dalam keseharian selalu berivonasi untuk mencari sebuah dasar dalam pelaksanaan asuhan pasien kelolaanya disebut...
- a. Educator
  - b. Koordinator
  - c. Kolaborator
  - d. Konsultan
  - e. Peneliti/pembaharu
7. Pada pelaksanaannya perawat dapat berkomunikasi dengan professional pemberi asuhan (PPA) lainnya guna kepentingan asuhan pasien kelolaanya disebut...
- a. Educator
  - b. Koordinator
  - c. Kolaborator
  - d. Konsultan
  - e. Peneliti/pembaharu
8. Pada pelaksanaannya perawat dapat berkomunikasi dengan professional pemberi asuhan (PPA) untuk asuhan keperawatan yang diterikan dengan masalah pasien Diabetes Mellitus dengan kebutuhan gizi tertentu dan terapi insulin dengan dosis tertentu. Hal ini menunjukkan fungsi perawat dalam...
- a. Interprofesionalitas
  - b. Intercolaborator

- c. Interdependen
  - d. Dependen
  - e. Independen
9. Pada pelaksanaannya perawat dapat melakukan intervensi keperawatan dengan memposisikan pasien (*semi fowler*) demi mengurangi sesak nafas yang terjadi pada pasien tanpa harus menunggu instruksi dari professional pemberi asuhan (PPA) lainnya. Hal ini menunjukkan fungsi perawat dalam...
- a. Interprofesionalitas
  - b. Intercolaborator
  - c. Interdependen
  - d. Dependen
  - e. Independen
10. Pada pelaksanaannya perawat melakukan intervensi keperawatan dengan melakukan perawatan luka dekubitus sebagai instruksi dari professional pemberi asuhan (PPA) lainnya. Hal ini menunjukkan fungsi perawat dalam...
- a. Interprofesionalitas
  - b. Intercolaborator
  - c. Interdependen
  - d. Dependen
  - e. Independen

### **KUNCI JAWABAN TES FORMATIF**

Berikut adalah kunci jawaban dari kegiatan tes formatif yang telah dilakukan:

#### **Tes Formatif 1**

- 1) C
- 2) D
- 3) A
- 4) C
- 5) D
- 6) B
- 7) D
- 8) A

- 9) A
- 10) A

### **Tes Formatif 2**

- 1) D
- 2) C
- 3) A
- 4) C
- 5) A
- 6) C
- 7) B
- 8) B
- 9) A
- 10) C

### **Tes Formatif 3**

- 1) A
- 2) B
- 3) C
- 4) E
- 5) B
- 6) E
- 7) C
- 8) C
- 9) E
- 10) D

### **GLOSARIUM**

Luka decubitus	: Luka tekan pada tubuh pasien
PPA	: Semua profesi yang terlibat dalam asuhan terintegrasi pasien
PPJA	: Perawat yang mempunyai tanggung jawab asuhan kepada pasien dalam masa perawatan
<i>Semi fowler</i>	: Posisi bersandar 45 – 90 derajat

## **DAFTAR PUSTAKA**

- Ackley B.J., Ladwig G.B. (2014). *Nursing Diagnosis Handbook: An Evidence-Based Guide to Planning Care*. 10th edition. Mosby: Elsevier Inc.
- Alfaro-LeFevre R. (2013). *Critical Thinking, Clinical Reasoning, and Clinical Judgment*. 5th edition. Saunders: Elsevier Inc.
- Alligood, M.R. (2014). *Nursing Theorists and Their Work*. 8th edition. Mosby: Elsevier Inc.
- Bulechek G.M., Butcher H.K., Dochterman J.M., Wagner C. (2013). *Nursing Interventions Classifications (NIC)*. 6th edition. Mosby: Elsevier Inc.
- Kozier, B., Erb, G., Berwan, A.J., & Burke, K. (2008). *Fundamentals of Nursing: Concepts, Process, and Practice*. New Jersey: Prentice Hall Health.
- Ladwig G.B., Ackley B.J. (2014). *Mosby's Guide to Nursing Diagnosis*. 10th edition. Mosby: Elsevier Inc.
- Moorhead S., Johnson M., Maas M.L., Swanson E. (2013). *Nursing Outcomes Classifications (NOC): Measurement of Health Outcomes*. 5th edition. Mosby: Elsevier
- Potter, P.A. & Perry, A.G. (2010). *Fundamental Keperawatan (3-vot set)*. Edisi Bahasa Indonesia 7. Elsevier (Singapore) Pte.Ltd.
- Rubinfeld, M.G. & Scheffer, B.K. (2010). *Critical Thinking Tactics for nurses*, 2nd Ed. Jones and Bartlett Publishers.
- Rubinfeld, M.G. & Scheffer, B.K. (1999). *Critical Thinking in Nursing: An Alternative Approach*, 2nd Ed. Philadelphia: Lippincott.

## MODUL 2

### Konsep Dasar Proses Keperawatan

#### PENDAHULUAN

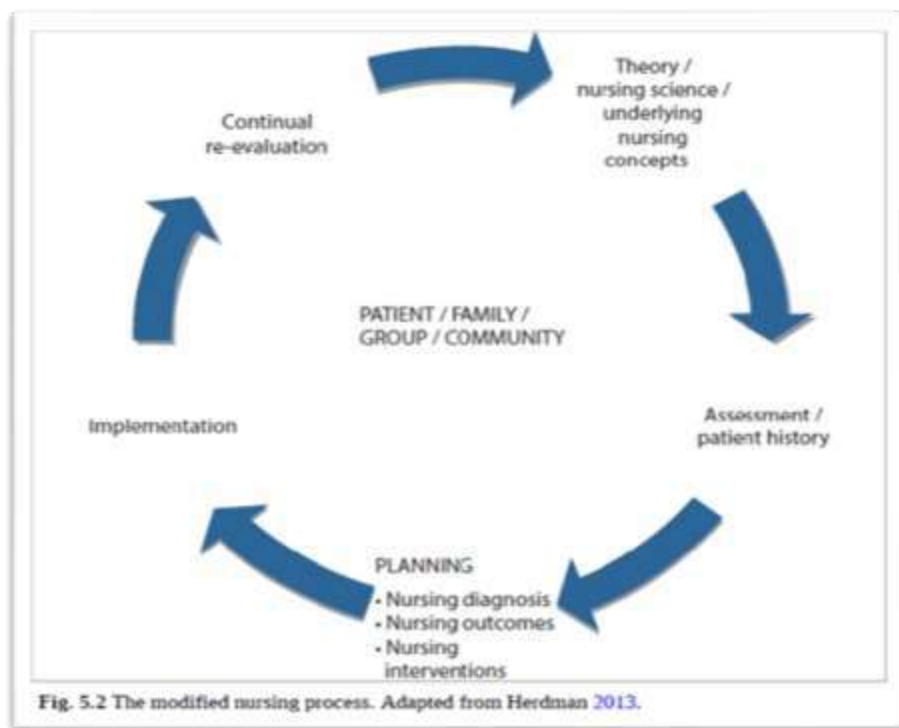
Dalam pelaksanaan proses asuhan keperawatan terbaru terdapat perubahan paradigma berpikir seorang perawat profesional. Dahulu kita atau pendahulu keperawatan mengenal bahwa proses keperawatan dimulai dari asesmen atau asesmen, penegakan diagnosis, pemilihan intervensi, pelaksanaan asuhan atau implementasi dan diakhiri oleh pelaksanaan evaluasi. Hal ini pun telah berpuluh-puluh tahun diajarkan di kampus-kampus keperawatan di Indonesia khususnya. Hal ini bisa terlihat seperti yang terlihat di gambar berikut ini:



Gambar 2.1. Proses keperawatan dengan paradigma lama

Pada gambar di atas terlihat 5 tahapan proses keperawatan yang biasanya dimulai dari asesmen dan diakhir oleh evaluasi keperawatan. Hal ini menurut beberapa ahli kurang menggambarkan proses

keperawatan yang utuh dimana latar belakang keperawatan sebenarnya mempunyai batang tubuh pengetahuan yang kuat, didasari ilmu-ilmu keperawatan, ilmu kesehatan serta kedokteran, serta teori-teori keperawatan yang banyak sehingga dapat menjadi bekal awal bagi perawat dalam proses asuhan keperawatan. Siklus proses keperawatan yang menempatkan pasien/keluarga/kelompok/komunitas di tengah sebagai perwujudan *Patient Center Care* (PCC) mengalami pergeseran paradigma seperti yang terlihat di gambar berikut ini:



Gambar 2.2. Proses keperawatan dengan paradigma baru

Gambar di atas memperlihatkan bahwa seiring perkembangan ilmu pengetahuan dan banyak ahli serta tokoh keperawatan yang menyatakan pentingnya seorang perawat mengenal teori-teori, ilmu pengetahuan keperawatan, serta hal-hal yang melatar belakangi konsep keperawatan sebagai landasan dalam pelaksanaan proses keperawatan. Mengapa teori atau ilmu pengetahuan terkait keperawatan penting? Hal

ini dengan mudah bisa dijelaskan kepada perawat. Ketika perawat menghadapi pasien dengan keluhan nyeri, maka terlebih dahulu sebagai perawat profesional harusnya terlebih dahulu menguasai konsep nyeri sehingga dalam melakukan asesmen pada pasien akan semakin banyak data yang terkumpul (holistik dan komprehensif) serta bisa fokus dengan keluhan yang diperlihatkan pasien sehingga akan memperkaya data yang dapat menunjang sebuah perumusan masalah keperawatan yang ke depannya akan menjadi landasan dalam melakukan asuhan keperawatan kepada pasien.

Bersesuaian dengan era akreditasi rumah sakit sekarang, perencanaan asuhan keperawatan haruslah dengan menetapkan diagnosisnya terlebih dahulu, kemudian menentukan luaran serta dilengkapi dengan memilih intervensi yang bersesuaian dengan kondisi pasien. Hal ini juga selaras dengan referensi dunia melalui NANDA-I yang merupakan referensi untuk penegakan diagnosis keperawatan, NOC sebagai referensi untuk menetapkan luaran keperawatan serta NIC sebagai referensi dalam pemilihan intervensi untuk pasien. Jika berbicara di Indonesia maka terdapat pula referensi proses asuhan keperawatan yaitu SDKI untuk penegakan diagnosis, SLKI untuk menetapkan luaran keperawatan dan SIKI untuk pemilihan intervensi.

# Kegiatan Belajar 1

## Teori Keperawatan

### 1. Definisi Teori

Teori merupakan hubungan beberapa konsep atau suatu kerangka konsep, atau definisi yang memberikan suatu pandangan sistematis terhadap gejala-gejala atau fenomena-fenomena dengan menentukan hubungan spesifik antara konsep-konsep tersebut dengan maksud untuk menguraikan, menerangkan, meramalkan dan atau mengendalikan suatu fenomena. Teori dapat diuji, diubah atau digunakan sebagai suatu pedoman dalam penelitian.

### 2. Definisi Teori Keperawatan

Teori keperawatan didefinisikan oleh Steven (1984), sebagai usaha untuk menguraikan dan menjelaskan berbagai fenomena dalam keperawatan. Teori keperawatan berperan dalam membedakan keperawatan dengan disiplin ilmu lain dan bertujuan untuk menggambarkan, menjelaskan, memperkirakan dan mengontrol hasil asuhan atau pelayanan keperawatan yang dilakukan.

Teori keperawatan sebagai salah satu bagian kunci perkembangan ilmu keperawatan dan pengembangan profesi keperawatan memiliki tujuan yang ingin dicapai diantaranya:

- a. Adanya teori keperawatan diharapkan dapat memberikan alasan-alasan tentang kenyataan-kenyataan yang dihadapi dalam pelayanan keperawatan, baik bentuk tindakan atau bentuk model praktek keperawatan sehingga berbagai permasalahan dapat teratasi.
- b. Adanya teori keperawatan membantu para anggota profesi perawat untuk memahami berbagai pengetahuan dalam pemberian asuhan keperawatan kemudian dapat memberikan dasar dalam penyelesaian berbagai masalah keperawatan.



- c. Adanya teori keperawatan membantu proses penyelesaian masalah dalam keperawatan dengan memberikan arah yang jelas bagi tujuan tindakan keperawatan sehingga segala bentuk dan tindakan dapat dipertimbangkan.
- d. Adanya teori keperawatan juga dapat memberikan dasar dari asumsi dan filosofi keperawatan sehingga pengetahuan dan pemahaman dalam tindakan keperawatan dapat terus bertambah dan berkembang.

### **3. Karakteristik Dasar Teori Keperawatan**

Torre (1985) dan Chin dan Ycob (1983), secara jelas menegaskan karakteristik dasar teori keperawatan. Menurut mereka, ada lima karakteristik dasar teori keperawatan, yaitu:

- a. Teori keperawatan mengidentifikasi dan didefinisikan sebagai hubungan yang spesifik dari konsep keperawatan seperti hubungan antara konsep manusia, konsep sehat-sakit, keperawatan dan konsep lingkungan.
- b. Teori keperawatan harus bersifat ilmiah. Artinya teori keperawatan digunakan dengan alasan atau rasional yang jelas dan dikembangkan dengan menggunakan cara berpikir yang logis.
- c. Teori keperawatan bersifat sederhana dan umum. Artinya teori keperawatan dapat digunakan pada masalah yang sederhana maupun masalah kesehatan yang kompleks sesuai dengan situasi praktik keperawatan.
- d. Teori keperawatan berperan dalam memperkaya *body of knowledge* keperawatan yang dilakukan melalui penelitian.
- e. Teori keperawatan menjadi pedoman dan berperan dalam memperbaiki kualitas praktik keperawatan.

### **4. Latihan**

Untuk memperdalam pemahaman Anda mengenai materi di atas, kerjakanlah latihan berikut !

- 1) Jelaskan kepentingan teori keperawatan dalam pelaksanaan asuhan keperawatan !
- 2) Jelaskan karakteristik dasar teori keperawatan !
- 3) Jelaskan mengapa perawat harus menguasai teori keperawatan sebelum melakukan tindakan asuhan keperawatan !

## 5. Rangkuman

Pemahaman perawat mengenai teori keperawatan sangatlah penting karena dengan teori yang cukup seorang perawat dapat melakukan asesmen secara holistik dan komprehensif. Dasar-dasar ilmu atau teori keperawatan memberikan gambaran kepada perawat mengenai apa dan bagaimana harus melakukan asesmen pada kondisi tertentu pada pasien. Perawat yang menguasai dasar-dasar ilmu atau teori keperawatan akan sangat mudah mengumpulkan data pada tahap asesmen.

## 6. Tes Formatif 1

**Untuk memperdalam materi di atas maka kerjakanlah soal di bawah ini:**

Petunjuk: untuk soal nomor 1 – 4, pilihlah salah satu jawaban yang paling tepat!

1. Teori keperawatan dapat digunakan pada masalah yang sederhana maupun masalah kesehatan yang kompleks sesuai dengan situasi praktik keperawatan, artinya...
  - a. Memperkaya *body of knowledge* keperawatan
  - b. Teori keperawatan harus bersifat ilmiah
  - c. Teori keperawatan bersifat sederhana dan umum
  - d. Menjadi pedoman dan berperan memperbaiki kualitas praktik keperawatan
  - e. Didefinisikan sebagai hubungan yang spesifik
2. Teori keperawatan digunakan dengan alasan atau rasional yang jelas dan dikembangkan dengan menggunakan cara berpikir yang logis, artinya...
  - a. Memperkaya *body of knowledge* keperawatan

- b. Teori keperawatan harus bersifat ilmiah
  - c. Teori keperawatan bersifat sederhana dan umum
  - d. Menjadi pedoman dan berperan memperbaiki kualitas praktik keperawatan
  - e. Didefenisikan sebagai hubungan yang spesifik
3. Teori keperawatan dapat digunakan untuk mengembangkan pelaksanaan asuhan keperawatan ke arah yang lebih baik, artinya...
- a. Memperkaya *body of knowledge* keperawatan
  - b. Teori keperawatan harus bersifat ilmiah
  - c. Teori keperawatan bersifat sederhana dan umum
  - d. Menjadi pedoman dan berperan memperbaiki kualitas praktik keperawatan
  - e. Didefenisikan sebagai hubungan yang spesifik
4. Teori keperawatan selalu memperkaya dan memberikan pengembangan keilmuan guna membentuk struktur yang utuh dalam keilmuan keperawatan, artinya...
- a. Memperkaya *body of knowledge* keperawatan
  - b. Teori keperawatan harus bersifat ilmiah
  - c. Teori keperawatan bersifat sederhana dan umum
  - d. Menjadi pedoman dan berperan memperbaiki kualitas praktik keperawatan
  - e. Didefenisikan sebagai hubungan yang spesifik

Petunjuk: jawaban (A) jika 1,2,3 benar; (B) jika 1 dan 3 benar; (C) jika 2 dan 4 benar; (D) jika 4 benar/salah; (E) jika semua benar/salah

5. Pentingnya memahami teori keperawatan dalam sebuah asuhan keperawatan dimaksudkan untuk...
- 1. Dasar dalam pelaksanaan asesmen
  - 2. Pertimbangan dalam penegakan diagnosis
  - 3. Wawasan dalam mengeksplor data pasien
  - 4. Bukti eksistensi perawat

## **Kegiatan Belajar 2**

### **Asesmen Keperawatan**

#### **1. Definisi**

Asesmen adalah pemikiran dasar dari proses keperawatan yang bertujuan untuk mengumpulkan informasi atau data tentang klien, agar dapat mengidentifikasi, mengenali masalah-masalah, kebutuhan kesehatan dan keperawatan klien, baik fisik, mental, sosial dan lingkungan. Tahap asesmen merupakan pemikiran dasar dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan kebutuhan individu. Asesmen yang lengkap, akurat, sesuai kenyataan, kebenaran data sangat penting untuk merumuskan suatu diagnosis keperawatan dan dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan respon individu.

Asesmen yang sistematis dalam keperawatan dibagi dalam empat tahap kegiatan, yang meliputi; pengumpulan data, analisis data, sistematika data dan penentuan masalah. Adapula yang menambahkannya dengan kegiatan dokumentasi data. Pengumpulan dan pengorganisasian data harus menggambarkan dua hal, yaitu: status kesehatan klien dan kekuatan – masalah kesehatan yang dialami oleh klien.

Asesmen yang sistematis dalam keperawatan dibagi dalam empat tahap kegiatan, yang meliputi; pengumpulan data, analisis data, sistematika data dan penentuan masalah. Adapula yang menambahkannya dengan kegiatan dokumentasi data. Pengumpulan dan pengorganisasian data harus menggambarkan dua hal, yaitu: status kesehatan klien dan kekuatan – masalah kesehatan yang dialami oleh klien.

Asesmen keperawatan tidak sama dengan asesmen medis. Asesmen medis difokuskan pada keadaan patologis, sedangkan asesmen keperawatan ditujukan pada respon klien terhadap masalah-masalah kesehatan yang berhubungan dengan pemenuhan

kebutuhan dasar manusia. Misalnya dapatkah klien melakukan aktivitas sehari-hari, sehingga fokus asesmen klien adalah respon klien yang nyata maupun potensial terhadap masalah-masalah aktifitas harian.

Data dasar adalah kumpulan data yang berisikan status kesehatan klien, kemampuan klien untuk mengelola kesehatan dan keperawatannya terhadap dirinya sendiri dan hasil konsultasi dari medis atau profesi kesehatan lainnya. Data fokus keperawatan adalah data tentang perubahan-perubahan atau respon klien terhadap kesehatan dan masalah kesehatannya, serta hal-hal yang mencakup tindakan yang dilaksanakan kepada klien.

## **2. Arti Penting Asesmen Keperawatan**

- a. Awal hubungan perawat dan pasien, dapat diartikan bahwa tahap asesmen keperawatan merupakan kesempatan pertama adanya hubungan interpersonal pasien dan perawat. Maka dari itu pentingnya perawat membangun kesan pertama yang baik dan terapeutik guna menghindari kondisi *blocking* dari pasien dan keluarga. Kondisi *blocking* pada pasien dan keluarga akan menyulitkan perawat dalam mengumpulkan data sebagai pertimbangan untuk menemukan masalah keperawatan yang nantinya akan diberikan perencanaan keperawatan dalam proses asuhan yang akan diberikan.
- b. Pengumpulan data, pelaksanaan asesmen keperawatan yang mana merupakan kesempatan perawat guna mengumpulkan sebanyak mungkin data dari pasien dan keluarga. Data dapat berupa data objektif maupun subjektif yang nantinya menjadi dasar untuk menemukan masalah keperawatan.
- c. Pilihan dan organisasi data, perawat harus dapat melakukan pemilihan dan pengorganisasian data dari semua data yang dikumpulkan selama proses asesmen pasien dan keluarga. Mengapa demikian? Pada pelaksanaannya, asesmen keperawatan akan mendapatkan beberapa data penting dan terdapat pula data

yang sebenarnya tidak cukup kuat mendukung pengangkatan masalah keperawatan.

- d. Validasi data, perawat dalam pelaksanaannya harus mempertimbangkan bahwa tidak semua yang disampaikan secara verbal oleh pasien dan keluarga menjadi dasar penentuan masalah keperawatan. Berpikir kritis dalam memvalidasi data yang tampak tidak relevan merupakan suatu keharusan yang harus dilakukan perawat.
- e. Pengenalan pola data, perawat dalam pelaksanaan asesmen keperawatan harus mempertimbangkan pola data yang dipakai. Misal dalam melakukan asesmen bisa memakai pola asesmen 11 fungsional Gordon, pola *review of system* (ROS) ataupun pola *head to toe*. Sebenarnya masih banyak pola asesmen yang dapat digunakan namun ketiga pola tersebut yang cukup dikenal oleh perawat di klinik.
- f. Laporan data, setelah asesmen selesai dilakukan maka tahap terakhir adalah membuat laporan atau mendokumentasikan data tersebut yang mana akan sangat berguna dalam penegakan masalah keperawatan yang terjadi pada pasien. Pendokumentasian atau pelaporan data dapat dilakukan dengan menggunakan format yang ada (akan dibahas dalam Bab selanjutnya mengenai pola asesmen keperawatan).

### **3. Latihan**

Untuk memperdalam pemahaman Anda mengenai materi di atas, kerjakanlah latihan berikut !

- 1) Jelaskan pentingnya asesmen dalam pelaksanaan asuhan keperawatan !
- 2) Jelaskan bagaimana perawat seharusnya bersikap dalam kondisi kontak pertama dengan pasien dalam asesmen keperawatan !
- 3) Jelaskan mengapa perawat harus memahami pola asesmen keperawatan !

#### 4. Rangkuman

Pada pelaksanaannya asesmen keperawatan merupakan tahap awal untuk perawat melakukan interaksi dengan pasien dan keluarga dengan tujuan mengumpulkan data guna menentukan masalah keperawatan yang menjadi dasar proses asuhan keperawatan. Perawat harus memperhatikan kontak pertama ini karena tahap asesmen merupakan tahap yang sangat vital, kegagalan di tahap asesmen menyebabkan data yang dikumpulkan tidak maksimal dan kurang mendukung terkait asuhan keperawatan yang diberikan.

#### 5. Tes Formatif 2

**Untuk memperdalam materi di atas maka kerjakanlah soal di bawah ini:**

Petunjuk: untuk soal nomor 1 – 5, pilihlah salah satu jawaban yang paling tepat!

1. Dalam proses keperawatan, selalu dimulai dengan asesmen yang merupakan ...
  - a. Tahap awal dari proses keperawatan
  - b. Dasar pertama dalam memberikan asuhan keperawatan
  - c. Kontrak kerja perawat dengan pasien
  - d. Kontak terakhir perawat dengan pasien
  - e. Situasi pengenalan bergantung pada keadaan perawat
2. Kegiatan yang harus dilakukan seorang Ners pada tahap asesmen adalah ...
  - a. Melakukan pencatatan terhadap data yang sudah dikumpulkan
  - b. Melakukan validasi terhadap data yang sudah teridentifikasi
  - c. Mengidentifikasi kriteria hasil untuk merencanakan tindakan pada pasien
  - d. Memformulasikan daftar masalah keperawatan
  - e. Melakukan observasi dan evaluasi terhadap kegiatan yang sudah dilakukan
3. Asesmen keperawatan diartikan sebagai kesempatan perawat guna mengumpulkan data sebanyak mungkin dari pasien dan

keluarga. Data dapat berupa data objektif maupun subjektif yang nantinya menjadi dasar untuk menemukan masalah keperawatan, hal ini mengandung arti penting yaitu...

- a. Awal hubungan pasien-perawat
  - b. Pengumpulan data
  - c. Validasi data
  - d. Pengenalan pola data
  - e. Laporan data
4. Asesmen keperawatan diartikan sebagai kesempatan pertama adanya hubungan interpersonal pasien dan perawat, hal ini mengandung arti penting yaitu...
- a. Awal hubungan pasien-perawat
  - b. Pengumpulan data
  - c. Validasi data
  - d. Pengenalan pola data
  - e. Laporan data
5. Asesmen keperawatan mempertimbangkan bahwa tidak semua yang disampaikan secara verbal oleh pasien dan keluarga menjadi dasar penentuan masalah keperawatan, hal ini mengandung arti penting yaitu...
- a. Awal hubungan pasien-perawat
  - b. Pengumpulan data
  - c. Validasi data
  - d. Pengenalan pola data
  - e. Laporan data



## **Kegiatan Belajar 3**

### **Perencanaan Keperawatan**

#### **1. Definisi**

Perencanaan keperawatan merupakan suatu proses penyusunan berbagai intervensi keperawatan yang dibutuhkan untuk mencegah, menurunkan, atau mengurangi masalah-masalah klien. Perencanaan ini merupakan langkah kedua dalam membuat suatu proses keperawatan. Dimana di dalam perencanaan mempunyai tiga sub bagian yaitu penegakan diagnosis keperawatan, penentuan luaran serta pemilihan intervensi yang bersesuaian dengan diagnosis yang ada. Perencanaan adalah merupakan bagian dari fase pengorganisasian dalam proses keperawatan sebagai pedoman untuk mengarahkan tindakan keperawatan dalam usaha membantu, meringankan, memecahkan masalah atau untuk memenuhi kebutuhan klien.

Suatu perencanaan yang tertulis dengan baik akan memberi petunjuk dan arti pada asuhan keperawatan karena perencanaan adalah sumber informasi bagi semua perawat yang terlibat dalam asuhan keperawatan klien yang menjadi tanggung jawab bersama. Perencanaan merupakan suatu petunjuk tertulis yang menggambarkan secara tepat rencana tindakan keperawatan yang dilakukan terhadap klien sesuai dengan kebutuhannya berdasarkan diagnosis keperawatan yang ditegakkan sebelumnya.

Perencanaan keperawatan terdiri dari 3 tahapan yaitu penegakan diagnosis keperawatan, penentuan luaran dan pemilihan intervensi keperawatan. Ketiganya akan dipaparkan pada bagian setelah pembahasan ini.

#### **2. Penegakan Diagnosis Keperawatan**

Dalam penegakan diagnosis keperawatan, perlu diperhatikan hal-hal berikut ini:

- a. Pemrosesan data, merupakan hal sangat penting mengingat hasil asesmen keperawatan akan mendapatkan data-data penting yang nantinya akan ditransformasikan ke dalam informasi-informasi yang bersesuaian dengan batasan karakteristik yang merupakan hal penting untuk mencirikan suatu diagnosis tertentu sesuai kasus yang ada.
- b. Analisis dan interpretasi, seorang perawat memerlukan daya analisis yang baik sehingga bisa melanjutkan pada tahapan interpretasi hasil asesmen keperawatan yang nantinya akan menimbulkan sintesis terhadap masalah keperawatan yang mencirikan kondisi tertentu pada pasien.
- c. Sintesis, dalam pelaksanaannya perawat melakukan sintesis guna mencocokkan apa yang didapat pada tahap asesmen keperawatan. Data-data mentah kemudian mentransformasikan ke dalam informasi yang terkait dengan ciri tertentu melalui daya sintesis dan analisis yang baik.
- d. Rumusan diagnosis keperawatan, masalah keperawatan yang bersesuaian hasil dari tahapan sintesis akan menjadi masalah keperawatan. Masalah keperawatan yang ada jika ditambahkan etiologi serta tanda gejala maupun faktor risiko akan menghasilkan rumusan diagnosis yang sesuai dengan kondisi pasien.

### **3. Penentuan Luaran**

Luaran atau biasa disebut dengan kriteria hasil merupakan hasil yang ingin dicapai untuk mengatasi masalah diagnosis keperawatan yang ada. Kata lain luaran merupakan sinonim dari kriteria hasil yang mempunyai komponen sebagai berikut:

- a. S (subjek) : Perilaku pasien yang diamati.
- b. P (predikat) : Kondisi yang melengkapi pasien.
- c. K (kriteria) : Kata kerja yang dapat diukur atau untuk menentukan tercapainya tujuan.
- d. K (kondisi) : Sesuatu yang menyebabkan asuhan diberikan.

e. W (waktu) : Waktu yang ingin dicapai.

Kriteria hasil (hasil yang diharapkan) merupakan standar evaluasi yang merupakan gambaran tentang faktor-faktor yang dapat memberikan petunjuk kepada perawat bahwa tujuan telah dicapai dan digunakan dalam membuat pertimbangan dengan ciri-ciri sebagai berikut: setiap kriteria hasil berhubungan dengan tujuan yang telah ditetapkan, hasil yang telah ditetapkan dalam kriteria hasil memungkinkan untuk dicapai, setiap kriteria hasil adalah pernyataan satu hal yang spesifik, harus sekongkrit mungkin untuk memudahkan pengukuran dalam pelaksanaan asuhan, kriteria cukup besar atau dapat diukur, hasilnya dapat dilihat, didengar dan kriteria menggunakan kata-kata positif bukan menggunakan kata negatif.

#### **4. Pemilihan Intervensi**

Dalam pelaksanaan pemilihan intervensi keperawatan perlu diperhatikan hal-hal berikut ini:

- a. Menyusun pencanaan, setelah melalui proses penentuan luaran atau kriteria hasil, tahapan selanjutnya adalah menyusun perencanaan untuk menyelesaikan masalah klien.
- b. Menentukan prioritas, perencanaan yang dibuat tentulah sangat beragam bahkan cukup banyak sehingga perawat perlu menentukan prioritas mana yang dikerjakan terlebih dahulu. Hal ini dikarenakan ada perencanaan keperawatan yang akan menyelesaikan beberapa permasalahan langsung jika kondisinya saling berkaitan.
- c. Merumuskan tujuan, pada pelaksanaanya perencanaan keperawatan dapat berupa tindakan mandiri, monitoring, edukasi bahkan kolaborasi. Setiap tindakan tersebut haruslah mempunyai tujuan untuk menyelesaikan permasalahan yang ada pada pasien.

- d. Memilih tindakan, pada tahap ini perawat harus mampu memilih mana tindakan yang berupa tindakan independen, dependen maupun interdependen. Hal ini juga terkait dengan fungsi perawat dalam pelaksana asuhan terintegrasi.
- e. Merumuskan tugas, hampir relevan dengan pemilihan tindakan dalam pelaksanaannya, perawat juga harus menentukan apakah perencanaan ini merupakan tugas atau kewenangan mandiri atau kolaboratif antar professional pemberi asuhan lainnya.
- f. Mendokumentasikan, tahapan ini dimaksudkan dimana perencanaan yang disusun dapat didokumentasikan sebagai bukti autentik dalam sebuah proses keperawatan. Biasanya pendokumentasian dilakukan pada sebuah format yang tersedia bahkan di dalam format yang berbentuk *checklist* sehingga perawat bisa melakukan perencanaan secara mudah dan efisien waktu.

## **5. Latihan**

Untuk memperdalam pemahaman Anda mengenai materi di atas, kerjakanlah latihan berikut !

- 1) Jelaskan bagaimana tanggung jawab perawat merencanakan asuhan keperawatan !
- 2) Jelaskan bagaimana penegakan diagnosis keperawatan dalam proses perencanaan asuhan keperawatan !
- 3) Jelaskan bagaimana penentuan luaran keperawatan dalam proses perencanaan asuhan keperawatan !
- 4) Jelaskan bagaimana pemilihan intervensi keperawatan dalam proses perencanaan asuhan keperawatan !
- 5) Jelaskan pertimbangan perawat dalam memilih intervensi keperawatan !

## **6. Rangkuman**

Pada pelaksanaannya perencanaan keperawatan merupakan bagian utuh dari 3 tahapan penting yaitu penegakan diagnosis,

penentuan luaran dan pemilihan intervensi yang akan diberikan kepada pasien. Perencanaan keperawatan akan menjadi dasar implementasi keperawatan yang dilakukan. Perencanaan keperawatan akan mudah dilakukan jika asesmen keperawatan yang telah dilakukan dapat cukup menggambarkan masalah yang ada pada pasien.

## 7. Tes Formatif 3

**Untuk memperdalam materi di atas maka kerjakanlah soal di bawah ini:**

Petunjuk: untuk soal nomor 1 – 5, pilihlah salah satu jawaban yang paling tepat!

1. Tahap dimana keputusan mengenai masalah keperawatan telah ditetapkan yang selanjutnya akan dilanjutkan dengan tahap berikutnya adalah...
  - a. Analisis data dan interpretasi
  - b. Pemrosesan data
  - c. Penegakan Diagnosis
  - d. Penentuan Luaran
  - e. Pemilihan Intervensi
2. Tahap dimana tindakan keperawatan ditetapkan guna mengatasi masalah keperawatan yang ada merupakan...
  - a. Analisis data dan interpretasi
  - b. Pemrosesan data
  - c. Penegakan Diagnosis
  - d. Penentuan Luaran
  - e. Pemilihan Intervensi
3. Tahap dimana tujuan dan kriteria hasil ditetapkan sebagai ukuran atau target yang harus dicapai dalam tahap evaluasi nantinya disebut...
  - a. Analisis data dan interpretasi
  - b. Pemrosesan data
  - c. Penegakan Diagnosis
  - d. Penentuan Luaran
  - e. Pemilihan Intervensi

4. Tahap dimana perawat mentransformasikan informasi-informasi yang bersesuaian dengan batasan karakteristik yang merupakan hal penting untuk mencirikan suatu diagnosis tertentu sesuai kasus yang ada disebut...
  - a. Analisis data dan interpretasi
  - b. Pemrosesan data
  - c. Penegakan Diagnosis
  - d. Penentuan Luaran
  - e. Pemilihan Intervensi
5. Tahap dimana perawat memerlukan kemampuan berpikir kritis dalam menimbulkan sintesis terhadap masalah keperawatan yang mencirikan kondisi tertentu pada pasien disebut...
  - a. Analisis data dan interpretasi
  - b. Pemrosesan data
  - c. Penegakan Diagnosis
  - d. Penentuan Luaran
  - e. Pemilihan Intervensi

## **Kegiatan Belajar 4**

### **Implementasi Keperawatan**

#### **1. Definisi**

Implementasi keperawatan merupakan serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien atau keluarga dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan (Gordon, 1994, dalam Potter & Perry, 2011).

#### **2. Arti Penting Implementasi Keperawatan**

Terdapat hal-hal yang menjadi arti penting pada pelaksanaan implementasi keperawatan yang dilakukan, antara lain:

- a. Melanjutkan pengumpulan data, selama pelaksanaan tindakan atau implementasi keperawatan perawat selalu mengumpulkan data terbaru baik itu dengan inspeksi, palpasi, perkusi maupun auskultasi. Hal ini karena pada proses implementasi keperawatan terjadi kesempatan bertemu, berhadapan dan saling berkomunikasi dengan pasien. Kesempatan inilah yang menjadi alasan mengapa dalam implementasi perawat juga selalu mengumpulkan data terbaru. Misal saja pada pemeriksaan fisik sederhana, pemeriksaan tanda vital, observasi risiko jatuh dan kejadian nyeri pada pasien.
- b. Menentukan ulang prioritas, pelaksanaan implementasi keperawatan menghasilkan data-data baru yang mungkin merupakan masalah yang belum pernah muncul sebelumnya. Jika hal ini terjadi dan masalah yang ada merupakan suatu yang sangat serius maka dapat saja mempengaruhi prioritas keperawatan yang telah ditetapkan sebelumnya, sehingga terjadilah penentuan prioritas ulang perencanaan serta implementasi keperawatannya.

- c. Implementasi tindakan, merupakan tahapan dimana perencanaan yang telah disusun diaplikasikan ke pasien atau keluarga. Dapat berupa tindakan observasi, edukasi, terapeutik dan kolaborasi.
- d. Melaporkan perawatan yang diberikan, maksudnya disini adalah perencanaan yang telah dibuat harus dilaporkan dalam bentuk catatan tertulis atau didokumentasikan sehingga perawatan yang telah diberikan dapat diketahui sesama perawat, sesama professional pemberi asuhan (PPA) bahkan diketahui pasien atau keluarga pasien sendiri.

### **3. Latihan**

Untuk memperdalam pemahaman Anda mengenai materi di atas, kerjakanlah latihan berikut !

- 1) Jelaskan hubungan pelaksanaan implementasi keperawatan dengan melanjutkan pengumpulan data, berikan contoh !
- 2) Jelaskan hubungan pelaksanaan implementasi keperawatan dengan menentukan ulang prioritas, berikan contoh !
- 3) Jelaskan hubungan pelaksanaan implementasi keperawatan dengan implementasi tindakan, berikan contoh !
- 4) Jelaskan hubungan pelaksanaan implementasi keperawatan dengan melaporkan perawatan yang diberikan, berikan contoh !
- 5) Jelaskan dasar perawat melakukan implementasi keperawatan !

### **4. Rangkuman**

Pada pelaksanaannya implementasi keperawatan diartikan sebagai tindakan keperawatan yang dilakukan perawat berdasarkan perencanaan keperawatan yang telah dibuat sebelumnya. Pelaksanaan implementasi keperawatan yang dilakukan dapat sekalian diartikan sebagai melanjutkan pengumpulan data, menentukan ulang prioritas masalah, implementasi tindakan berdasarkan perencanaan, serta melaporkan perawatan yang diberikan.



## 5. Tes Formatif 4

**Untuk memperdalam materi di atas maka kerjakanlah soal di bawah ini:**

Petunjuk: untuk soal nomor 1 – 5, pilihlah salah satu jawaban yang paling tepat!

1. Tahapan dimana terjadi serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien atau keluarga dari masalah status kesehatan yang dihadapi merupakan pengertian dari...
  - a. Asesmen keperawatan
  - b. Perencanaan keperawatan
  - c. Implementasi keperawatan
  - d. Evaluasi keperawatan
2. Tahapan dimana perencanaan yang telah disusun diaplikasikan ke pasien atau keluarga. Dapat berupa tindakan observasi, edukasi, terapeutik dan kolaborasi disebut dengan...
  - a. Melanjutkan pengumpulan data
  - b. Menentukan ulang prioritas
  - c. Implementasi tindakan
  - d. Melaporkan perawatan yang diberikan
3. Tahapan dimana perawat mengumpulkan data terbaru baik itu dengan inspeksi, palpasi, perkusi maupun auskultasi, tahapan ini disebut dengan...
  - a. Melanjutkan pengumpulan data
  - b. Menentukan ulang prioritas
  - c. Implementasi tindakan
  - d. Melaporkan perawatan yang diberikan
4. Tahapan dimana pelaksanaan implementasi keperawatan menghasilkan data-data baru yang mungkin merupakan masalah yang belum pernah muncul sebelumnya dan penting untuk diselesaikan, tahapan ini disebut dengan...
  - a. Melanjutkan pengumpulan data
  - b. Menentukan ulang prioritas
  - c. Implementasi tindakan

- d. Melaporkan perawatan yang diberikan
5. Tahapan dimana perencanaan yang telah dibuat harus dilaporkan dalam bentuk catatan tertulis atau didokumentasikan sehingga perawatan yang telah diberikan dapat diketahui sesama perawat, sesama professional pemberi asuhan (PPA) bahkan diketahui pasien atau keluarga pasien sendiri, tahapan ini disebut...
- a. Melanjutkan pengumpulan data
  - b. Menentukan ulang prioritas
  - c. Implementasi tindakan
  - d. Melaporkan perawatan yang diberikan

## **Kegiatan Belajar 5**

### **Evaluasi Keperawatan/Catatan Perkembangan**

#### **1. Definisi**

Evaluasi adalah tindakan intelektual untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan seberapa jauh diagnosis keperawatan, perencanaan keperawatan, dan pelaksanaannya sudah berhasil dicapai. Evaluasi dilakukan berdasarkan kriteria yang telah ditetapkan sebelumnya dalam perencanaan, membandingkan hasil tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan dengan luaran yang telah ditetapkan sebelumnya dan menilai efektivitas proses keperawatan mulai dari tahap asesmen keperawatan, perencanaan keperawatan dan pelaksanaan implementasi keperawatan. (Mubarak, dkk., 2011).

Catatan perkembangan berisikan perkembangan/kemajuan dari tiap masalah keperawatan yang telah dilakukan implementasi dari perencanaan keperawatan yang dibuat atau disusun oleh semua professional pemberi asuhan (PPA) yang terlibat dengan menambahkan catatan perkembangan pada lembar yang sama. Catatan perkembangan membentuk rangkaian informasi dalam sistem pendekatan berorientasi masalah serta terintegrasi. Catatan ini menyediakan suatu rekaman kemajuan pasien dalam mengatasi masalah khusus, perencanaan dan evaluasi.

#### **2. Arti Penting Evaluasi Keperawatan**

a. Evaluasi proses, tahapan setelah implementasi keperawatan yaitu evaluasi keperawatan yang dalam pelaksanaannya mengandung evaluasi proses keperawatan yang telah diberikan. Pada pelaksanaan evaluasi ini masalah keperawatan yang muncul di awal dapat dinilai apakah telah terselesaikan atau masih ada dan menjadi masalah yang masih dirasakan pasien. Jika masalah terselesaikan maka perawat dapat mengakhiri implementasi yang telah dicanangkan pada proses perencanaan,

jika masih belum teratasi maka dapat dilanjutkan atau dimodifikasi perencanaan yang akan diimplementasikan tersebut.

- b. Tindakan untuk menyesuaikan rencana, pada proses asuhan keperawatan penting adanya kesesuaian antara tindakan dengan perencanaan yang telah disusun. Jika dalam tahapan evaluasi keperawatan terdapat implementasi yang dirasakan tidak sesuai perencanaan awal maka dapat diperbaiki dan disesuaikan dengan rencana yang seharusnya.
- c. Terminasi hubungan perawatan, masalah keperawatan yang terselesaikan buah dari implementasi yang sebelumnya direncanakan dapat diakhiri pada tahapan evaluasi ini, perawat harus dengan penilaian klinis menyatakan masalah teratasi sepenuhnya sebagai justifikasi melakukan terminasi hubungan perawatan dengan pasien serta keluarga.

### **3. Latihan**

Untuk memperdalam pemahaman Anda mengenai materi di atas, kerjakanlah latihan berikut !

- 1) Jelaskan hubungan pelaksanaan evaluasi keperawatan dengan evaluasi proses, berikan contoh !
- 2) Jelaskan hubungan pelaksanaan evaluasi keperawatan dengan tindakan untuk menyesuaikan rencana, berikan contoh !
- 3) Jelaskan hubungan pelaksanaan evaluasi keperawatan dengan terminasi hubungan perawatan, berikan contoh !
- 4) Jelaskan bagaimana seharusnya kompetensi perawat dalam melaksanakan evaluasi keperawatan pada pasien !

### **4. Rangkuman**

Pada pelaksanaannya evaluasi keperawatan merupakan bagian terpenting dalam proses asuhan keperawatan. Hal ini dikarenakan pada tahap evaluasi seorang perawat akan melakukan penilaian dan penentuan keputusan klinis terkait kondisi pasien yang terkini

apakah sudah sesuai dengan luaran yang ditetapkan ataukah belum. Jika hasil evaluasi keperawatan mendapatkan data bahwa kondisi terkini sesuai dengan luaran keperawatan yang telah ditetapkan maka dapat dinyatakan masalah selesai dan jika belum sesuai dengan luaran keperawatan maka dapat diartikan bahwa masalah belum teratasi sepenuhnya atau bisa juga sebagian masalah teratasi dan sebagian belum teratasi.

## 5. Tes Formatif 5

**Untuk memperdalam materi di atas maka kerjakanlah soal di bawah ini:**

Petunjuk: untuk soal nomor 1 – 5, pilihlah salah satu jawaban yang paling tepat!

1. Tahapan tindakan intelektual untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan seberapa jauh diagnosis keperawatan, perencanaan keperawatan, dan pelaksanaannya sudah berhasil dicapai merupakan pengertian dari...
  - a. Asesmen keperawatan
  - b. Perencanaan keperawatan
  - c. Implementasi keperawatan
  - d. Evaluasi keperawatan
2. Jika dalam tahapan evaluasi keperawatan terdapat implementasi yang dirasakan tidak sesuai perencanaan awal maka dapat diperbaiki, tujuan dari pelaksanaannya adalah...
  - a. Evaluasi proses
  - b. Evaluasi keperawatan
  - c. Tindakan untuk menyesuaikan rencana
  - d. Terminasi hubungan perawatan
3. Jika dalam tahapan evaluasi keperawatan didapatkan kondisi bahwa masalah pasien telah teratasi dan proses keperawatan akan diakhiri, tujuan dari pelaksanaannya adalah...
  - a. Evaluasi proses
  - b. Evaluasi keperawatan
  - c. Tindakan untuk menyesuaikan rencana
  - d. Terminasi hubungan perawatan

4. Tahapan dimana dilakukan evaluasi terhadap masalah keperawatan yang muncul di awal dapat dinilai apakah telah terselesaikan atau masih ada dan menjadi masalah yang masih dirasakan pasien, tujuan dari pelaksanaannya adalah...
  - a. Evaluasi proses
  - b. Evaluasi keperawatan
  - c. Tindakan untuk menyesuaikan rencana
  - d. Terminasi hubungan perawatan
5. Dokumentasi terkait perkembangan/kemajuan dari tiap masalah keperawatan yang telah dilakukan implementasi dari perencanaan keperawatan yang dibuat atau disusun oleh perawat disebut...
  - a. Catatan evaluasi keperawatan
  - b. Catatan Perkembangan perawatan
  - c. Catatan Perkembangan pasien terintegrasi
  - d. Catatan kemajuan pasien

### **KUNCI JAWABAN TES FORMATIF**

Berikut adalah kunci jawaban dari kegiatan tes formatif yang telah dilakukan:

#### **Tes Formatif 1**

- 1) C
- 2) B
- 3) D
- 4) A
- 5) A

#### **Tes Formatif 2**

- 1) A
- 2) B
- 3) B
- 4) A
- 5) C

### **Tes Formatif 3**

- 1) C
- 2) E
- 3) D
- 4) B
- 5) A

### **Tes Formatif 4**

- 1) C
- 2) C
- 3) A
- 4) B
- 5) D

### **Tes Formatif 5**

- 1) D
- 2) C
- 3) D
- 4) A
- 5) B

### **GLOSARIUM**

*Patient Center Care (PCC)* : Penempatan pasien dan keluarga di tengah-tengah professional pemberi asuhan (PPA) dalam asuhan terintegrasi

*Blocking* : Kondisi pasien menutup diri dari perawat dan professional pemberi asuhan (PPA) lainnya

### **DAFTAR PUSTAKA**

Ackley B.J., Ladwig G.B. (2014). *Nursing Diagnosis Handbook: An Evidence-Based Guide to Planning Care*. 10th edition. Mosby: Elsevier Inc.

Alfaro-LeFevre R. (2013). *Critical Thinking, Clinical Reasoning, and Clinical Judgment*. 5th edition. Saunders: Elsevier Inc.

- Alligood, M.R. (2014). *Nursing Theorists and Their Work*. 8th edition. Mosby: Elsevier Inc.
- Bulechek G.M., Butcher H.K., Dochterman J.M., Wagner C. (2013). *Nursing Interventions Classifications (NIC)*. 6th edition. Mosby: Elsevier Inc.
- Kozier, B., Erb, G., Berwan, A.J., & Burke, K. (2008). *Fundamentals of Nursing: Concepts, Process, and Practice*. New Jersey: Prentice Hall Health.
- Ladwig G.B., Ackley B.J. (2014). *Mosby's Guide to Nursing Diagnosis*. 10th edition. Mosby: Elsevier Inc.
- Moorhead S., Johnson M., Maas M.L., Swanson E. (2013). *Nursing Outcomes Classifications (NOC): Measurement of Health Outcomes*. 5th edition. Mosby: Elsevier
- Potter, P.A. & Perry, A.G. (2010). *Fundamental Keperawatan (3-vot set)*. Edisi Bahasa Indonesia 7. Elsevier (Singapore) Pte.Ltd.
- Rubinfeld, M.G. & Scheffer, B.K. (2010). *Critical Thinking Tactics for nurses*, 2nd Ed. Jones and Bartlett Publishers.
- Rubinfeld, M.G. & Scheffer, B.K. (1999). *Critical Thinking in Nursing: An Alternative Approach*, 2nd Ed. Philadelphia: Lippincott.



## **MODUL 3**

### **Asesmen Keperawatan**

#### **PENDAHULUAN**

Asesmen keperawatan dapat diartikan sebagai langkah pembuka dalam usaha perawat untuk mendapatkan data-data terkait pasien. Data-data inilah yang diperlukan untuk membuat sebuah perencanaan keperawatan berdasarkan masalah keperawatan yang ada. Asesmen keperawatan merupakan tahapan awal dari proses keperawatan yang mana dapat mengidentifikasi dan mengevaluasi status kesehatan klien. Asesmen keperawatan juga merupakan kontak pertama perawat dengan pasien sehingga perawat harus dengan detail mempersiapkan diri baik itu fisik maupun psikologis. Kontak pertama harus meyakinkan sehingga pasienpun akan mudah memberikan informasi penting terkait dirinya. Situasi perkenalan yang bervariasi dalam proses asesmen sangat bergantung pada keparahan serta sifat masalah yang dihadapi pasien. Asesmen keperawatan merupakan dasar utama dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan kebutuhan individu. Asesmen keperawatan harus akurat, lengkap dan sesuai kenyataan atau relevan. Pada pelaksanaan asesmen perawat dituntut untuk selalu empati pada setiap kondisi pasien yang ditemui.

# **Kegiatan Belajar 1**

## **Konsep Asesmen Keperawatan**

### **1. Definisi**

Asesmen keperawatan merupakan tahap awal proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi serta mengidentifikasi status kesehatan klien. Tahap asesmen keperawatan merupakan pemikiran dasar dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan kebutuhan individu yang berbeda satu dengan yang lainnya. Asesmen yang lengkap, akurat, sesuai kenyataan, kebenaran data sangat penting untuk merumuskan suatu diagnosis keperawatan dan dalam merencanakan pemberian asuhan keperawatan sesuai dengan respon individu pasien.

Asesmen keperawatan akan mendapatkan data dasar dan data fokus. Data dasar merupakan kumpulan data yang berisikan mengenai status kesehatan klien, kemampuan klien untuk mengelola kesehatan terhadap dirinya sendiri, dan hasil konsultasi dari professional pemberi asuhan lainnya. Sedangkan data fokus merupakan data tentang perubahan-perubahan atau respon klien terhadap kesehatan dan masalah kesehatannya serta hal-hal yang mencakup tindakan yang harus dilaksanakan terhadap klien.

### **2. Fokus Asesmen Keperawatan**

Asesmen keperawatan tidak sama dengan asesmen medis. Asesmen medis difokuskan pada keadaan patologis, sedangkan asesmen keperawatan ditujukan pada respon klien terhadap masalah-masalah kesehatan yang berhubungan dengan pemenuhan kebutuhan dasar manusia. Misalnya dapatkah klien melakukan aktivitas sehari-hari dalam kondisinya sekarang, sehingga fokus asesmen klien adalah respon klien yang nyata maupun potensial terhadap masalah-masalah aktifitas harian. Pengumpulan data

adalah pengumpulan informasi tentang klien yang dilakukan secara sistematis untuk menentukan masalah-masalah, serta kebutuhan-kebutuhan keperawatan dan kesehatan klien. Pengumpulan informasi merupakan tahap awal dalam proses keperawatan. Dari informasi yang terkumpul, didapatkan data dasar tentang masalah-masalah yang dihadapi klien. Selanjutnya data dasar tersebut digunakan untuk menentukan diagnosis keperawatan, merencanakan asuhan keperawatan, serta tindakan keperawatan untuk mengatasi masalah-masalah klien. Pengumpulan data dimulai sejak klien masuk ke rumah sakit (*initial assessment*), selama klien dirawat secara terus-menerus (*ongoing assessment*), serta asesmen ulang untuk menambah/melengkapi data (*re-assessment*).

### **3. Tujuan Pengumpulan Data**

Adapun tujuan dari pengumpulan data pada pelaksanaan asesmen keperawatan, antara lain:

- a. Dilakukan untuk memperoleh informasi tentang keadaan kesehatan klien.
- b. Dilakukan untuk menentukan masalah keperawatan dan kesehatan klien.
- c. Dilakukan untuk menilai keadaan kesehatan klien.
- d. Dilakukan untuk membuat keputusan yang tepat dalam menentukan langkah-langkah berikutnya yaitu perencanaan asuhan keperawatan.

### **4. Asesmen Fokus**

Merupakan suatu pemilihan data spesifik yang ditentukan berdasarkan keadaan atau kondisi klien serta penilaian klinis perawat profesional. Asesmen fokus dapat dilaksanakan selama wawancara berlangsung. Asesmen fokus dapat dilanjutkan dengan pemeriksaan fisik untuk memastikan data yang mendukung terhadap diagnosis keperawatan yang timbul. Misal dalam

pelaksanaan wawancara pasien mengeluhkan sesak nafas, perawat dapat mengejar data fokus terkait pernafasan pasien dengan menanyakan kapan mulai terjadi sesak, saat kapan nafas menjadi sesak, bagaimana cara pasien mengatasi sesak selama ini, posisi apa yang pasien rasakan lebih meringankan sesak nafas, dapat juga perawat melakukan pemeriksaan fisik terkait adanya retraksi interkosta sebagai tanda adanya sesak nafas, temuan penggunaan otot bantu pernafasan juga menunjukkan sesak nafas pada pasien disamping pemeriksaan tanda vital yaitu frekuensi pernafasan pasien.

## **5. Latihan**

Untuk memperdalam pemahaman Anda mengenai materi di atas, kerjakanlah latihan berikut !

- 1) Jelaskan mengenai asesmen keperawatan yang dilakukan perawat profesional !
- 2) Jelaskan mengenai tujuan pengumpulan data yang dilakukan perawat profesional !
- 3) Jelaskan mengenai asesmen fokus yang dilakukan perawat profesional dan penerapannya !

## **6. Rangkuman**

Asesmen kepearwatan merupakan awal kontak perawat dengan pasien dengan tujuan melakukan pengumpulan data guna mendukung pengambilan keputusan klinis mengenai masalah kepearwatan pasien. Jika asesmen medis berbicara mengenai kondisi patofisiologis, di lain sisi asesmen keperawatan berbicara bagaimana respon pasien atau tanda gejala yang ditimpulkan dari suatu kondisi klinis yang dapat diamati, diukur dan dilakukan pemeriksaan fisik oleh perawat. Asesmen yang dilakukan dapat berupa asesmen fokus yang langsung tertuju dan mengarah pada kondisi yang abnormal untuk didalami dan digali lebih dalam mengenai apa saja yang menjadi masalah, apa saja yang menjadi tanda gejala dari kondisi sakit pasien.

## 7. Tes Formatif 1

**Untuk memperdalam materi di atas maka kerjakanlah soal di bawah ini:**

Petunjuk: untuk soal nomor 1 – 10, pilihlah salah satu jawaban yang paling tepat!

1. Suatu pemilihan data spesifik yang ditentukan berdasarkan keadaan atau kondisi klien serta penilaian klinis perawat professional dinamakan...
  - a. *Assessment*
  - b. *Focus assessment*
  - c. *Ongoing assessment*
  - d. *Initial assessment*
  - e. *Reassessment*
2. Interaksi pada tahap awal proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis dalam pengumpulan data dinamakan...
  - a. *Assessment*
  - b. *Focus assessment*
  - c. *Ongoing assessment*
  - d. *Initial assessment*
  - e. *Reassessment*
3. Pengumpulan data dimulai sejak klien masuk ke rumah sakit dinamakan...
  - a. *Assessment*
  - b. *Focus assessment*
  - c. *Ongoing assessment*
  - d. *Initial assessment*
  - e. *Reassessment*
4. Pengumpulan data melewati asesmen ulang untuk menambah/melengkapi data dinamakan...
  - a. *Assessment*
  - b. *Focus assessment*
  - c. *Ongoing assessment*
  - d. *Initial assessment*

- e. *Reassessment*
- 5. Pengumpulan data selama klien dirawat secara terus-menerus dinamakan...
  - a. *Assessment*
  - b. *Focus assessment*
  - c. *Ongoing assessment*
  - d. *Initial assessment*
  - e. *Reassessment*

## **Kegiatan Belajar 2**

### **Berbagai Pola Asesmen Keperawatan**

#### **1. Definisi**

Pola asesmen keperawatan dapat diartikan sebagai suatu konsep dimana asesmen akan dilakukan dengan berbagai macam pendekatan yang memudahkan perawat mengidentifikasi data-data yang mungkin akan didapatkan sewaktu melakukan asesmen keperawatan.

#### **2. Asesmen Keperawatan dengan Pendekatan Pemeriksaan Fisik *Head-To-Toe***

Pada pelaksanaannya perawat dapat melakukan asesmen sistem tubuh secara keseluruhan. Informasi dari wawancara dan observasi menentukan sistem tubuh yang perlu mendapat perhatian khusus, mungkin dapat dilanjutkan dengan asesmen fokus (seperti yang telah dibahas di sub bab sebelumnya). Asesmen dengan pendekatan *head to toe* dilakukan mulai dari kepala dan secara berurutan sampai dengan ke ujung jari kaki. Penting juga diperhatikan terkait keadaan umum, tanda vital, disamping perawat menelusuri dari bagian kepala, wajah, kedua mata, kedua telinga, bagian hidung, sekitaran mulut dan tenggorokan, bagian leher, seluruh lapang dada yang juga meliputi pemeriksaan fisik paru dan jantung, seluruh bagian abdomen, bagian genitalia dan keempat bagian ekstremitas pasien.

#### **3. Asesmen Keperawatan dengan Pendekatan Pemeriksaan Fisik ROS (*Review of System*)**

Pada pelaksanaannya dapat dilakukan asesmen meliputi lingkup mayor 'body systems':

- a. Keadaan umum,
- b. Tanda vital,

- c. Sistem pernafasan,
- d. Sistem kardiovaskuler,
- e. Sistem persarafan,
- f. Sistem perkemihan,
- g. Sistem pencernaan,
- h. Sistem muskuloskeletal,
- i. Sistem integumen,
- j. Sistem reproduksi

#### **4. Asesmen Keperawatan dengan Pendekatan Pola Fungsi Kesehatan (Gordon, 1982)**

Pada pelaksanaannya perawat sering mendengar istilah 11 pola fungsional Gordon, hal ini sangat beralasan karena pola fungsional Gordon ini dianggap paling cocok dengan 13 Domain pada NANDA, penjelasan mengenai 11 pola dapat dilihat seperti penjelasan di bawah ini:

- a. Pola penatalaksanaan kesehatan / persepsi sehat
  - 1) Pola sehat – sejahtera yang dirasakan
  - 2) Pengetahuan tentang gaya hidup dan berhubungan dengan sehat
  - 3) Pengetahuan tentang praktik kesehatan preventif
  - 4) Ketaatan pada ketentuan media dan keperawatan
- b. Pola nutrisi – metabolik
  - 1) Pola makan biasa dan masukan cairan
  - 2) Tipe makanan dan cairan
  - 3) Peningkatan / penurunan berat badan
  - 4) Nafsu makan, pilihan makanan



- c. Pola eliminasi
  - 1) Defekasi, berkemih
  - 2) Penggunaan alat bantu
  - 3) Penggunaan obat-obatan
- d. Pola aktivitas – latihan
  - 1) Pola aktivitas, latihan dan rekreasi
  - 2) Kemampuan untuk mengusahakan aktivitas sehari-hari
- e. Pola tidur dan istirahat
  - 1) Pola tidur – istirahat dalam 24 jam
  - 2) Kualitas dan kuantitas tidur
- f. Pola kognitif – perseptual – keadekuatan alat sensori
  - 1) Penglihatan, perasa, pembau
  - 2) Kemampuan bahasa, belajar, ingatan dan pembuatan keputusan
- g. Pola persepsi-konsep diri
  - 1) Sikap klien mengenai dirinya
  - 2) Persepsi klien tentang kemampuannya
  - 3) Pola emosional
  - 4) Citra diri, identitas diri, ideal diri, harga diri dan peran diri
- h. Pola peran dan tanggung jawab
  - 1) Persepsi klien tentang pola hubungan
  - 2) Persepsi klien tentang peran dan tanggung jawab
- i. Pola seksual – reproduksi

- 1) Kepuasan dan ketidakpuasan yang dirasakan klien terhadap seksualitasnya
  - 2) Tahap dan pola reproduksi
- j. Pola koping dan toleransi stress
- 1) Kemampuan mengendalikan stress
  - 2) Sumber pendukung
- k. Pola nilai dan keyakinan
- 1) Nilai, tujuan dan keyakinan
  - 2) Spiritual
  - 3) Konflik

## **5. Latihan**

Untuk memperdalam pemahaman Anda mengenai materi di atas, kerjakanlah latihan berikut !

- 1) Jelaskan mengenai pola asesmen keperawatan yang dapat mempengaruhi data yang dikumpulkan
- 2) Jelaskan mengenai asesmen dengan menggunakan pola *review of system* !
- 3) Jelaskan mengenai asesmen dengan menggunakan pola *head to toe* !
- 4) Jelaskan mengenai asesmen dengan menggunakan pola fungsional Gordon !
- 5) Jelaskan pola asesmen mana yang paling cocok diterapkan dalam keperawatan !

## **6. Rangkuman**

Terdapat 3 pola asesmen yang menjadi dasar dalam asesmen keperawatan diantaranya adalah 11 pola fungsional Gordon, pola *Review of System*, dan pola *Head to toe*. Pola fungsional Gordon

yang dianggap cocok dengan 13 Domain NANDA karena tiap pola hamper bersesuaian dengan tiap Domain yang ada di NANDA.

## 7. Tes Formatif 2

**Untuk memperdalam materi di atas maka kerjakanlah soal di bawah ini:**

Petunjuk: untuk soal nomor 1 – 10, pilihlah salah satu jawaban yang paling tepat!

1. Pola asesmen keperawatan yang mengedepankan urutan dari kepala sampai dengan ujung jari kaki disebut...
  - a. *Head to toe*
  - b. Pola fungsional Gordon
  - c. *Review of System*
  - d. *Focus assessment*
2. Pola asesmen keperawatan yang mengedepankan asesmen berdasarkan system tubuh disebut...
  - a. *Head to toe*
  - b. Pola fungsional Gordon
  - c. *Review of System*
  - d. *Focus assessment*
3. Pola asesmen keperawatan yang sangat bersesuaian dengan Domain NANDA karena memuat pola-pola yang sangat identic dengan NANDA disebut...
  - a. *Head to toe*
  - b. Pola fungsional Gordon
  - c. *Review of System*
  - d. *Focus assessment*
4. Asesmen terkait kondisi pasien yang mengalami gangguan pada fungsi menelannya sehingga mengganggu kesehatan secara umum dapat dicari pada pola...
  - a. Pola penatalaksanaan kesehatan / persepsi sehat
  - b. Pola nutrisi – metabolik
  - c. Pola eliminasi
  - d. Pola aktivitas – latihan
  - e. Pola tidur dan istirahat

5. Asesmen terkait kondisi pasien yang mengalami gangguan pada kemampuan untuk mengusahakan aktivitas sehari-hari dapat dicari pada pola...
  - a. Pola penatalaksanaan kesehatan / persepsi sehat
  - b. Pola nutrisi – metabolik
  - c. Pola eliminasi
  - d. Pola aktivitas – latihan
  - e. Pola tidur dan istirahat

## Kegiatan Belajar 3

### Asesmen sesuai Akreditasi SNARS 1.1

#### 1. Definisi

Asesmen sesuai Akreditasi SNARS 1.1 pada Bab Asesmen Pasien (AP) dapat diartikan sebagai suatu pelaksanaan asesmen dimana asesmen akan dilakukan dengan pendekatan bagaimana asesmen di tatanan rumah sakit dilakukan sesuai dengan era akreditasi rumah sakit terkini. Asesmen keperawatan di tatanan rumah sakit tidak berdiri sendiri namun terintegrasi dengan Professional Pemberi Asuhan (PPA) lainnya.

#### 2. Gambaran Umum Asesmen

Tujuan asesmen pasien yang efektif akan menghasilkan keputusan tentang kebutuhan asuhan, pengobatan pasien yang harus segera dilakukan dan pengobatan berkelanjutan untuk emergensi, elektif atau pelayanan terencana, bahkan ketika kondisi pasien berubah. Proses asesmen pasien adalah proses yang terus menerus dan dinamis yang digunakan pada sebagian besar unit kerja rawat inap dan rawat jalan.

Asuhan pasien di rumah sakit diberikan dan dilaksanakan berdasarkan konsep Pelayanan berfokus pada pasien (*Patient/Person Centered Care*). Pola ini dipayungi oleh konsep WHO: *Conceptual framework integrated peoplecentred health services. (WHO global strategy on integrated people-centred health services 2016-2026, July 2015).*

#### 3. Proses Utama dalam Asesmen Pasien

Asesmen pasien terdiri atas 3 proses utama dengan metode IAR:

- a. Mengumpulkan informasi dari data keadaan fisik, psikologis, sosial, kultur, spiritual dan riwayat kesehatan pasien (I - informasi dikumpulkan).

- b. Analisis informasi dan data, termasuk hasil laboratorium dan radiologi diagnostik imaging untuk mengidentifikasi kebutuhan pelayanan kesehatan pasien. (A - analisis data dan informasi)
- c. Membuat rencana pelayanan untuk memenuhi semua kebutuhan pasien yang telah diidentifikasi. (R - rencana disusun) .

Asesmen harus memperhatikan kondisi pasien, umur, kebutuhan kesehatan, dan permintaan atau preferensinya. Kegiatan asesmen pasien dapat bervariasi sesuai dengan tempat pelayanan. Asesmen ulang harus dilakukan selama asuhan, pengobatan dan pelayanan untuk mengidentifikasi kebutuhan pasien. Asesmen ulang adalah penting untuk memahami respons pasien terhadap pemberian asuhan, pengobatan dan pelayanan, serta juga penting untuk menetapkan apakah keputusan asuhan memadai dan efektif. Proses-proses ini paling efektif dilaksanakan bila berbagai profesional kesehatan yang bertanggung jawab atas pasien bekerja sama.

#### **4. Jenis Asesmen**

##### **a. Asesmen Awal**

Asesmen awal merupakan kesempatan pertama Professional Pemberi Asuhan (PPA) dimana dalam hal ini perawat dan dokter yang berkewajiban melakukan asesmen awal. Asesmen awal dapat dilakukan di pendekatan rawat inap, rawat jalan maupun gawat darurat. Asesmen awal wajib diselesaikan maksimal 24 jam oleh Professional Pemberi Asuhan (PPA) yang bertanggung jawab.

Asesmen yang efektif menghasilkan keputusan tentang tindakan segera dan berkelanjutan yang dibutuhkan pasien untuk tindakan darurat, asuhan terencana, bahkan jika kondisi pasien berubah. Asesmen pasien merupakan proses berkelanjutan, dinamis dan dikerjakan di instalasi / unit gawat darurat, rawat jalan, rawat inap, dan unit pelayanan lainnya. Asesmen pasien terdiri dari 3 proses utama dengan metode IAR:

- a. Mengumpulkan data dan informasi (huruf I) tentang hal-hal sesuai dengan, tersebut dibawah. Pada SOAP adalah S– Subyektif dan O–Obyektif.
- b. Analisis data dan informasi (huruf A), yaitu melakukan analisis terhadap informasi yang menghasilkan diagnosis, masalah, dan kondisi, untuk mengidentifikasi kebutuhan pasien. Pada SOAP adalah A–Asesmen.
- c. Membuat Rencana (huruf R), yaitu menyusun solusi untuk mengatasi / memperbaiki kelainan kesehatan sesuai butir b . Pelaksanaan R adalah untuk memenuhi kebutuhan pasien yang telah teridentifikasi. Pada SOAP adalah P– Plan.

Isi minimal asesmen awal antara lain :

- d. Status fisik,
- e. Psiko-sosio-spiritual,
- f. Ekonomi
- g. Riwayat kesehatan pasien,
- h. Riwayat alergi,
- i. Asesmen nyeri,
- j. Risiko jatuh,
- k. Asesmen fungsional,
- l. Risiko nutrisi,
- m. Kebutuhan edukasi,
- n. Perencanaan pemulangan pasien (*discharge planning*)
- o. Riwayat penggunaan obat-obatan

## **b. Asesmen Lanjutan**

Asesmen lanjutan merupakan kelanjutan dari asesmen awal yang mana belum terselesaikan sewaktu asesmen awal, dapat dilanjutkan untuk melakukan asesmen lanjutan. Asesmen lanjutan sangat penting dilakukan jika ada jeda waktu antara asesmen awal dengan kondisi pasien terkini. Mengingat perubahan kondisi pada pasien dapat berubah dengan drastis dari waktu ke waktu. Terdapat risiko ketika asesmen awal dilakukan namun asesmen lanjutan tidak dilakukan padahal ada

jeda waktu yang mungkin lepas perhatian oleh Professional Pemberi Asuhan (PPA) yang bertanggung jawab.

### **c. Asesmen Ulang**

Asesmen ulang oleh semua profesional pemberi asuhan (PPA) merupakan faktor penting untuk evaluasi terhadap keputusan tentang asuhannya sudah benar dan efektif. Dilakukan asesmen ulang dengan interval waktu yang didasarkan atas kebutuhan dan rencana asuhan, dan digunakan sebagai dasar rencana pulang pasien sesuai dengan regulasi rumah sakit. Hasil asesmen ulang dicatat di rekam medic pasien/CPPT sebagai informasi untuk di gunakan oleh semua profesional pemberi asuhan (PPA) termasuk juga poerawat dalam pelaksanaan asuhan terintegrasi.

Asesmen ulang oleh dokter penanggung jawab pemberi pelayanan (DPJP) memperhitungkan asuhan pasien selanjutnya. Seorang dokter penanggung jawab pemberi pelayanan (DPJP) melakukan asesmen terhadap pasien akut sekurangkurangnya setiap hari, termasuk di akhir minggu/libur, dan jika ada perubahan penting kondisi pasien. Asesmen ulang dilakukan dan dicatat di CPPT berbasis IAR dengan metode SOAP, gizi dapat dengan metode ADIME, dengan memperhatikan:

- a. Interval sepanjang asuhan pasien (contoh, perawat mencatat secara tetap, tanda-tanda vital (TTV), asesmen nyeri, detak jantung dan suara paru, sesuai kondisi pasien)
- b. Setiap hari oleh dokter penanggung jawab pemberi pelayanan (DPJP) terhadap pasien
- c. Sebagai respons terhadap perubahan penting kondisi pasien.
- d. Jika diagnosis pasien berubah dan dibutuhkan perubahan rencana asuhan
- e. Menentukan apakah pengobatan dan tindakan lain berhasil dan pasien dapat dipindah atau pulang

Temuan pada asesmen digunakan sepanjang proses pelayanan untuk mengevaluasi kemajuan pasien dan untuk memahami kebutuhan untuk asesmen ulang. Oleh karena itu



sangat perlu bahwa asesmen medis, keperawatan dan asesmen professional pemberi asuhan (PPA) lain yang berarti, dicatat dan didokumentasikan dengan baik dan dapat dengan cepat dan mudah ditemukan kembali dalam rekam medis atau dari lokasi lain yang ditentukan standar dan digunakan oleh staf yang melayani pasien.

## **5. Latihan**

Untuk memperdalam pemahaman Anda mengenai materi di atas, kerjakanlah latihan berikut !

- 1) Jelaskan mengenai asesmen awal yang dilakukan sesuai amanah akreditasi !
- 2) Jelaskan mengenai asesmen lanjutan yang dilakukan sesuai amanah akreditasi !
- 3) Jelaskan mengenai asesmen ulang yang dilakukan sesuai amanah akreditasi !
- 4) Jelaskan peran dokter dan perawat dalam asesmen awal yang dilakukan sesuai amanah akreditasi !
- 5) Jelaskan mengenai asesmen yang berbasis I-A-R sesuai amanah akreditasi !

## **6. Rangkuman**

Asesmen yang bersesuaian dengan SNARS 1.1 dibedakan menjadi 3 jenis yaitu asesmen awal, asesmen lanjutan dan asesmen ulang. Asesmen awal yang dilakukan saat kontak pertama dengan pasien, tanggung jawab penuh dilakukan oleh perawat dan dokter dalam pelaksanaannya. Asesmen lanjutan dilakukan sebagai lanjutan dari asesmen awal terdahulu untuk menilai kondisi pasien terkini. Asesmen ulang dilakukan oleh professional pemberi asuhan (PPA) setiap kali berinteraksi dengan pasien dan dilakukan pendokumentasian di lembar CPPT sebagai usaha untuk mengintegrasikan asuhan pasien sesuai dengan amanah akreditasi melalui SNARS 1.1.

## 7. Tes Formatif 3

**Untuk memperdalam materi di atas maka kerjakanlah soal di bawah ini:**

Petunjuk: untuk soal nomor 1 – 5, pilihlah salah satu jawaban yang paling tepat!

1. Asesmen pasien yang dilakukan oleh professional pemberi asuhan (PPA) terdapat di Bab...
  - a. Hak Pasien dan Keluarga
  - b. Asesmen Pasien
  - c. Pelayanan Asuhan Pasien
  - d. Pelayanan Asuhan Bedah
2. Asesmen awal wajib diselesaikan maksimal...
  - a. 6 jam
  - b. 12 jam
  - c. 18 jam
  - d. 24 jam
3. Pelaksanaan asesmen yang dilakukan setiap shift perawat serta didokumentasikan pada lembar CPPT pasien disebut...
  - a. Asesmen Awal
  - b. Asesmen Lanjut
  - c. Asesmen Ulang
  - d. Reasesmen
4. Pelaksanaan asesmen yang dilakukan pertama kali bertemu pasien dan tanggung jawab dokter dan perawat disebut...
  - a. Asesmen Awal
  - b. Asesmen Lanjut
  - c. Asesmen Ulang
  - d. Reasesmen
5. Pelaksanaan asesmen yang memberikan data tambahan pada asesmen awal yang telah dilakukan disebut...
  - a. Asesmen Awal
  - b. Asesmen Lanjut
  - c. Asesmen Ulang
  - d. Reasesmen

## **KUNCI JAWABAN TES FORMATIF**

Berikut adalah kunci jawaban dari kegiatan tes formatif yang telah dilakukan:

### **Tes Formatif 1**

- 1) B
- 2) A
- 3) D
- 4) E
- 5) C

### **Tes Formatif 2**

- 1) A
- 2) C
- 3) B
- 4) B
- 5) D

### **Tes Formatif 3**

- 1) B
- 2) D
- 3) C
- 4) A
- 5) B

## **GLOSARIUM**

- CPPT : Format untuk pendokumentasian hasil asesmen ulang yang dilakukan professional pemberi asuhan (PPA) dalam asuhan terintegrasi
- SNARS 1.1 : Standarisasi yang diterapkan pada tatanan Rumah Sakit yang berbasis pada peningkatan mutu dan keselamatan pasien

## **DAFTAR PUSTAKA**

- Ackley B.J., Ladwig G.B. (2014). *Nursing Diagnosis Handbook: An Evidence-Based Guide to Planning Care*. 10th edition. Mosby: Elsevier Inc.
- Alfaro-LeFevre R. (2013). *Critical Thinking, Clinical Reasoning, and Clinical Judgment*. 5th edition. Saunders: Elsevier Inc.
- Alligood, M.R. (2014). *Nursing Theorists and Their Work*. 8th edition. Mosby: Elsevier Inc.
- Bulechek G.M., Butcher H.K., Dochterman J.M., Wagner C. (2013). *Nursing Interventions Classifications (NIC)*. 6th edition. Mosby: Elsevier Inc.
- Kozier, B., Erb, G., Berwan, A.J., & Burke, K. (2008). *Fundamentals of Nursing: Concepts, Process, and Practice*. New Jersey: Prentice Hall Health.
- Ladwig G.B., Ackley B.J. (2014). *Mosby's Guide to Nursing Diagnosis*. 10th edition. Mosby: Elsevier Inc.
- Moorhead S., Johnson M., Maas M.L., Swanson E. (2013). *Nursing Outcomes Classifications (NOC): Measurement of Health Outcomes*. 5th edition. Mosby: Elsevier
- Potter, P.A. & Perry, A.G. (2010). *Fundamental Keperawatan (3-vot set)*. Edisi Bahasa Indonesia 7. Elsevier (Singapore) Pte.Ltd.
- Rubinfeld, M.G. & Scheffer, B.K. (2010). *Critical Thinking Tactics for nurses*, 2nd Ed. Jones and Bartlett Publishers.
- Rubinfeld, M.G. & Scheffer, B.K. (1999). *Critical Thinking in Nursing: An Alternative Approach*, 2nd Ed. Philadelphia: Lippincott.

## **MODUL 4**

### **Konsep dan Prinsip Pengumpulan Data serta Pemurumusan Masalah Keperawatan**

#### **PENDAHULUAN**

Pada pelaksanaanya pengumpulan data dilakukan terhadap pasien yang menjadi tanggung jawab asuhan. Data adalah sesuatu yang belum memiliki arti bagi penerimanya dan masih membutuhkan adanya suatu pengolahan. Data bisa memiliki berbagai wujud, mulai dari gambar, suara, huruf, angka, bahasa, simbol, bahkan keadaan. Semua hal tersebut dapat disebut sebagai data asalkan dapat perawat gunakan sebagai bahan untuk melihat lingkungan, obyek, kejadian, ataupun suatu konsep.

# **Kegiatan Belajar 1**

## **Konsep dan Prinsip Pengumpulan Data**

### **1. Definisi**

Pengumpulan data merupakan proses untuk memperoleh informasi yang dibutuhkan dalam rangka mencapai tujuan asuhan keperawatan. Sebelum melakukan asuhan keperawatan, seorang perawat biasanya telah memiliki dugaan berdasarkan teori yang digunakan, dugaan tersebut disebut dengan hipotesis. Guna membuktikan hipotesis secara empiris, seorang perawat membutuhkan pengumpulan data untuk dilakukan asesmen secara lebih mendalam.

### **2. Tujuan Pengumpulan Data**

Tujuan pengumpulan data yang dilakukan antara lain:

- a. Memperoleh informasi tentang keadaan kesehatan klien yang sesungguhnya terjadi;
- b. Dapat menentukan masalah keperawatan dan kesehatan klien sesuai dengan kondisinya;
- c. Dapat menilai keadaan kesehatan klien sesuai dengan kondisinya;
- d. Dapat membuat keputusan yang tepat dalam menentukan langkah-langkah berikutnya dalam proses asuhan keperawatan yang dilakukan.

### **3. Sumber Data**

Data yang didapatkan berdasarkan sumbernya, dapat dibedakan sebagai berikut:

- a. Data primer, merupakan data-data yang dikumpulkan dari klien, yang dapat memberikan informasi yang lengkap tentang masalah kesehatan dan keperawatan yang dihadapinya guna merumuskan masalah keperawatan yang terjadi.

- b. Data sekunder, merupakan data-data yang dikumpulkan dari orang terdekat klien (keluarga) seperti orang tua, saudara, atau pihak lain yang mengerti dan dekat dengan klien guna mendukung untuk merumuskan masalah keperawatan.
- c. Data lainnya, merupakan catatan klien (perawatan atau rekam medis klien) yang merupakan riwayat penyakit dan perawatan klien di masa lalu. Data lainnya dapat juga berupa hasil pemeriksaan laboratorium, hasil rontgen, hasil USG, hasil MRI, hasil EKG dan lainnya.

#### **4. Data Dasar dan Data Fokus**

Menurut pembagiannya, data dapat dibedakan menjadi data dasar dan data fokus, yaitu sebagai berikut:

##### **a. Data Dasar**

- 1) Data personal (nama, alamat, usia, dll)
- 2) Alasan memerlukan perawatan
- 3) Masalah kesehatan : keluhan, tanda, gejala
- 4) Persepsi klien terhadap masalah kesehatan
- 5) Akibat masalah terhadap perawatan diri dan perawatan volunteer
- 6) Status kesehatan klien (hasil konsultasi dari medis (terapis) atau profesi kesehatan lainnya)

##### **b. Data Fokus**

Data tentang perubahan-perubahan atau respon klien terhadap kesehatan dan masalah kesehatannya serta hal-hal yang mencakup tindakan yang dilaksanakan kepada klien.

#### **5. Tipe Data**

Berdasarkan tipe data yang akan diperoleh pada tahap asesmen, akan dibedakan menjadi:

a. Data subjektif

- 1) Data yang didapatkan dari klien sesuai persepsinya;
- 2) Didapat melalui interaksi/komunikasi;
- 3) Dapat dari sumber lain (keluarga, konsultan, tenaga kesehatan lain).

Contoh dari data subjektif, antara lain:

- 1) “Saya merasa sesak nafas”
- 2) “Saya sangat takut”
- 3) “Saya merasa lelah dan lemah“
- 4) “Saya merasa sakit lagi, obat penghilang nyeri tidak berfungsi lagi“

b. Data Objektif

- 1) Semua informasi yang dikumpulkan perawat melalui observasi
- 2) Hasil pemeriksaan fisik
  - a) Frekuensi pernafasan, tekanan darah, berat badan, edema, dan sebagainya.
  - b) Menggunakan standar yang diterima: Celcius/ Fahrenheit untuk termometer, centimeter pada pita pengukur, dll.  
Misalnya : Respiration Rate (RR) : 32 kali/menit, Tekanan darah (TD) : 90/110 mmHg, Berat Badan (BB) = 87 Kg, Klien menangis 2 kali sehari.

## 6. Karakteristik Data

Pada pelaksanaan asesmen keperawatan, penting untuk perawat memperhatikan karakteristik data yang akan didapatkan, antara lain sebagai berikut:



- a. Lengkap, pada pelaksanaan asesmen haruslah dilakukan dengan lengkap mengingat pengambilan keputusan klinis tidak akan maksimal jika data yang terkumpul tidak lengkap dan tidak saling mendukung. Penting bagi seorang perawat untuk perlahan memastikan kelengkapan data saat melakukan asesmen keperawatan.
- b. Akurat dan nyata, pada pelaksanaan asesmen keakuratan data serta kenyataan yang ada sangatlah penting. Banyaknya data yang keliru, data yang dibuat-buat bahkan data fiktif justru akan menyulitkan perawat dalam melakukan analisis data untuk merumuskan suatu masalah keperawatan.
- c. Relevan, pada pelaksanaan asesmen keakuratan sangatlah berkaitan dengan relevansi kondisi pasien. Data-data yang kurang relevan dengan kondisi pasien akan mengaburkan kondisi nyata pasien yang akan membuat proses analisis data tidak berjalan maksimal.

## **7. Metode Pengumpulan Data**

Cara yang biasa digunakan untuk mengumpulkan data tentang klien antara lain:

### **a. Wawancara (*interview*)**

- 1) Interaksi perawat-klien berdasarkan 'komunikasi'
- 2) Komunikasi terapeutik: teknik untuk mengajak klien & keluarga bertukar pikiran & perasaan
- 3) Teknik: verbal, nonverbal, empati

Tahapan wawancara yang biasanya dilakukan, antara lain:

- 1) Pre Interaksi
- 2) Pembukaan atau perkenalan
- 3) Isi / tahap kerja
- 4) Tahap terminasi

Pada pelaksanaanya jenis wawancara dapat dibedakan menjadi Auto anamnese dan Allo anamnese:

- 1) Auto anamnese : wawancara dengan klien langsung
- 2) Allo anamnese : wawancara dengan keluarga / orang terdekat

Fokus wawancara yang biasanya dilakukan melingkupi hal sebagai berikut:

- 1) Mendengarkan dengan penuh perhatian. Jelaskan bila perlu.
- 2) Menanyakan keluhan yang paling dirasakan oleh klien
- 3) Menggunakan bahasa yang mudah dimengerti oleh klien
- 4) Gunakan pertanyaan terbuka dan tertutup tepat pada waktunya
- 5) Bila perlu diam, untuk memberikan kesempatan kepada klien untuk mengungkapkan perasaannya
- 6) Sentuhan terapeutik, bila diperlukan dan memungkinkan.
- 7) Pergunakan instrumen asesmen

Pada pelaksanaanya cara mendengarkan yang baik penting dilakukan dengan teknik sebagai berikut:

- 1) Jadilah pendengar yang aktif
- 2) Beri kesempatan klien untuk menyelesaikan pembicaraannya
- 3) Bersabarlah jika klien “blocking”
- 4) Berikan perhatian penuh
- 5) Klarifikasi, disimpulkan, dan diulang apa yang telah dikatakan

#### **b. Pengamatan (*observational*)**

Observasi merupakan pekerjaan mengamati perilaku dan keadaan klien untuk memperoleh data tentang masalah

kesehatan dan keperawatan klien. Observasi dilakukan dengan menggunakan penglihatan dan alat indra lainnya, melalui rabaan, sentuhan dan pendengaran. Tujuan dari observasi adalah mengumpulkan data tentang masalah yang dihadapi klien melalui kepekaan alat panca indra. Contoh hasil observasi misalnya *grimace* (+) pada pasien yang mengeluh nyeri, frekuensi nafas pada pasien yang mengeluh sesak nafas.

Dalam melaksanakan observasi, kita mempunyai pedoman yang bisa dijabarkan sebagai berikut:

- 1) Teknik, tidak selalu pemeriksaan yang akan kita lakukan dijelaskan secara terinci kepada klien (meskipun komunikasi terapeutik tetap harus dilakukan), karena terkadang hal ini dapat meningkatkan kecemasan klien atau mengaburkan data (data yang diperoleh menjadi tidak murni). Misalnya: Pak, saya akan menghitung nafas bapak dalam satu menit, kemungkinan besar data yang diperoleh menjadi tidak valid, karena kemungkinan klien akan berusaha untuk mengatur nafasnya.
- 2) Menyangkut aspek fisik, mental, sosial dan spiritual klien.
- 3) Hasilnya dicatat dalam catatan keperawatan, sehingga dapat dibaca dan dimengerti oleh perawat yang lain.

Bagaimana cara observasi yang baik dalam pelaksanaan asesmen keperawatan dapat dijabarkan sebagai berikut:

- 1) Pergunakan panca indera
- 2) Perhatikan penampilan klien
- 3) Tunjukkan sikap yang baik
- 4) Jaga pola interaksi yang baik

Contoh yang biasanya dapat kita amati dalam asesmen keperawatan, misalnya klien tidak dapat istirahat. Penting bagi perawat untuk menginterpretasikan tanda yang belum

diperlihatkan sebelumnya atau telah berubah tipe, intensitas, frekuensi atau durasinya.

**c. Pemeriksaan fisik (*pshysical assessment*)**

Pemeriksaan fisik adalah melakukan pemeriksaan fisik klien untuk menentukan masalah kesehatan klien. Pemeriksaan fisik dapat dilakukan dengan berbagai cara:

- 1) Inspeksi, dapat diartikan sebagai aktivitas melihat kondisi tubuh atau kondisi pasien secara umum.
- 2) Palpasi, dapat diartikan sebagai aktivitas meraba atau menekan bagian tubuh tertentu untuk mendapatkan data yang diinginkan.
- 3) Perkusi, dapat diartikan sebagai aktivitas mengetuk-ngetuk bagian tubuh tertentu yang mana dimaksudkan untuk bisa mendapatkan data.
- 4) Auskultasi, dapat diartikan sebagai aktivitas mendengarkan bunyi yang bisa muncul dari tubuh baik secara langsung atau dengan menggunakan alat bantu tertentu.

Secara Umum pada tubuh dilakukan dengan urutan Inspeksi, Palpasi, Perkusi kemudian Auskultasi. Khusus pada Abdomen dilakukan dengan urutan Inspeksi, Auskultasi, Perkusi, kemudian Palpasi. Mengapa ada perbedaan pada bagian perut? Hal ini dimaksudkan karena pada bagian perut sangat sensitif terhadap tekanan dan ketukan, bisa saja bunyi yang akan didapatkan sewaktu auskultasi akan berubah jika didahului oleh prosedur pemeriksaan fisik lainnya seperti palpasi dan perkusi.

**8. Pedoman Pemeriksaan Fisik**

Pada pelaksanaannya pemeriksanaan fisik harus dilakukan dengan memperhatikan berbagai aspek sebagai berikut:

- a. Selalu dengan komunikasi perawat-klien

- b. Laksanakan dengan baik dan akurat
- c. Pilih metode pengorganisasian data:
  - 1) Pertama, lakukan asesmen sesuai masalah klien
  - 2) Selanjutnya kaji status fisik secara berurutan sesuai sistem: pernafasan, kardiovaskuler, kulit/integumen, persyarafan, muskuloskeletal, pencernaan, seksual dan perkemihan.

## 9. Pendekatan pemeriksaan fisik

Pada pemeriksanaan fisik dapat dilakukan dengan pendekatan *Head-To-Toe* dan ROS (*Review of System*), dapat dijelaskan pada bagian di bawah ini:

- a) Pendekatan *Head-To-Toe*, pada pelaksanaannya perawat dapat melakukan asesmen sistem tubuh secara keseluruhan. Informasi dari wawancara dan observasi menentukan sistem tubuh yang perlu mendapat perhatian khusus, mungkin dapat dilanjutkan dengan asesmen fokus (seperti yang telah dibahas di sub bab sebelumnya). Asesmen dengan pendekatan *head to toe* dilakukan mulai dari kepala dan secara berurutan sampai dengan ke ujung jari kaki. Penting juga diperhatikan terkait keadaan umum, tanda vital, disamping perawat menelusuri dari bagian kepala, wajah, kedua mata, kedua telinga, bagian hidung, sekitaran mulut dan tenggorokan, bagian leher, seluruh lapang dada yang juga meliputi pemeriksaan fisik paru dan jantung, seluruh bagian abdomen, bagian genitalia dan keempat bagian ekstremitas pasien.
- b) Pendekatan ROS (*Review of System*) pada pelaksanaannya dapat dilakukan asesmen meliputi lingkup mayor '*body systems*':
  - 1) Keadaan umum,
  - 2) Tanda vital,
  - 3) Sistem pernafasan,

- 4) Sistem kardiovaskuler,
- 5) Sistem persarafan,
- 6) Sistem perkemihan,
- 7) Sistem pencernaan,
- 8) Sistem muskuloskeletal,
- 9) Sistem integumen,
- 10) Sistem reproduksi

## **10. Latihan**

Untuk memperdalam pemahaman Anda mengenai materi di atas, kerjakanlah latihan berikut !

- 1) Jelaskan mengenai sumber data yang didapatkan perawat selama proses asesmen !
- 2) Jelaskan mengenai jenis wawancara yang dilakukan perawat selama proses asesmen !
- 3) Jelaskan dengan lengkap mengenai karakteristik data yang diharapkan saat melakukan asesmen keperawatan !
- 4) Jelaskan bagaimana pelaksanaan asesmen dengan pendekatan pemeriksaan fisik !
- 5) Jelaskan mengenai tipe data yang didapatkan perawat saat melakukan asesmen keperawatan !

## **11. Rangkuman**

Pengumpulan data yang dilakukan dengan cara wawancara, observasi, pemeriksaan fisik dan studi dokumentasi akan mendapatkan dua tipe data yaitu data objektif yang merupakan hasil pengamatan, pengukuran dan mengandung nilai pasti dari pasien serta data subjektif yang merupakan data kualitatif dari pasien berupa keluhan, ungkapan, harapan, kemauan terkait kondisinya. Data yang terkumpul ini haruslah lengkap, akurat dan nyata dan relevan guna penentuan masalah kepeawatan.

## 12. Tes Formatif 1

**Untuk memperdalam materi di atas maka kerjakanlah soal di bawah ini:**

Petunjuk: untuk soal nomor 1 – 10, pilihlah salah satu jawaban yang paling tepat!

1. “Pasien mengatakan terdapat nyeri pada abdomen bawah, terasa ditusuk-tusuk dan menetap”. Kalimat tersebut di atas merupakan tipe data :
  - a. Primer
  - b. Sekunder
  - c. Subjektif
  - d. Objektif
  - e. Database
2. Ketika seorang Ners melakukan pengkajian kepada pasien didapatkan hasil berupa TD=120/80mmHg, N=88x/m, RR=22x/m dan T=36.7°C, menurut tipenya data tersebut termasuk dalam data...
  - a. Data Primer
  - b. Data Sekunder
  - c. Data Dasar
  - d. Data Fokus
  - e. Data Objektif
3. Ketika seorang Ners hendak melakukan pengkajian ternyata pasien sedang terbaring dalam keadaan koma maka Ners tersebut bermaksud untuk mengumpulkan data dari orang terdekat yaitu orang tua dan saudara pasien. Data yang didapat berdasarkan sumber berupa ...
  - a. Data Primer
  - b. Data Sekunder
  - c. Data Dasar
  - d. Data Fokus
  - e. Data Objektif
4. Seorang Ners sedang melakukan wawancara kepada pasien yang di rawat di ruang bangsal, dari pembicaraan tersebut Ners

mendapatkan beberapa data terkait riwayat penyakit dahulu berupa Hipertensi. Data yang didapat berdasarkan sumber berupa ...

- a. Data Primer
  - b. Data Sekunder
  - c. Data Dasar
  - d. Data Fokus
  - e. Data Objektif
5. Seorang Ners sedang melakukan wawancara kepada pasien yang di rawat di ruang bangsal, dari pembicaraan tersebut Ners mendapatkan beberapa data berupa tanggal lahir, nama orang tua serta alamat pasien. Data yang didapatkan Ners tersebut termasuk dalam data...
- a. Data Primer
  - b. Data Sekunder
  - c. Data Dasar
  - d. Data Fokus
  - e. Data Objektif
6. Ketika seorang Ners melakukan pengkajian. Ners tersebut mendapati bahwa sistem pernafasan pasien yang bermasalah kemudian mengkaji lebih dalam mengenai sistem pernafasannya berupa deviasi trackea, penggunaan otot bantu pernafasan, retraksi intercosta dan juga frekuensi pernafasan. Data yang didapatkan Ners tersebut termasuk dalam data...
- a. Data Primer
  - b. Data Sekunder
  - c. Data Dasar
  - d. Data Fokus
  - e. Data Objektif
7. Terdapat beberapa cara yang bisa digunakan untuk mengumpulkan data tentang pasien diantaranya mewawancarai pasien secara langsung yang disebut ...
- a. Auto anamnese
  - b. Allo anamnese
  - c. Ano anamnese



- d. Aulo anamnese
  - e. Audo anamnese
8. Terdapat beberapa cara yang bisa digunakan untuk mengumpulkan data tentang pasien diantaranya mewawancarai keluarga atau orang terdekat pasien disebut ...
- a. Auto anamnese
  - b. Allo anamnese
  - c. Ano anamnese
  - d. Aulo anamnese
  - e. Audo anamnese
9. Pemeriksaan fisik dengan cara mengetuk-ngetuk bagian tubuh tertentu yang mana dimaksudkan untuk bisa mendapatkan data disebut...
- a. Observasi
  - b. Inspeksi
  - c. Palpasi
  - d. Perkusi
  - e. Auskultasi

Petunjuk: jawaban (A) jika 1,2,3 benar; (B) jika 1 dan 3 benar; (C) jika 2 dan 4 benar; (D) jika 4 benar/salah; (E) jika semua benar/salah

10. Dalam melakukan pengkajian seorang Ners harus menunjukkan cara penerimaan yang baik dengan salah satunya berperan menjadi pendengar yang baik, hal ini dapat tercermin dalam tindakan yaitu...
- 1. Menjadi pendengar yang aktif
  - 2. Memberi kesempatan pasien untuk menyelesaikan pembicaraannya
  - 3. Bersabarlah jika pasien “blocking”
  - 4. Berikan perhatian penuh

## **Kegiatan Belajar 2**

### **Analisis Data dan Perumusan Masalah Keperawatan**

#### **1. Definisi**

Analisis data merupakan kemampuan kognitif dalam pengembangan daya berfikir dan penalaran yang dipengaruhi oleh latar belakang ilmu dan pengetahuan, pengalaman, dan pengertian keperawatan. Dalam melakukan analisis data, diperlukan kemampuan mengkaitkan data dan menghubungkan data tersebut dengan konsep, teori dan prinsip yang relevan untuk membuat kesimpulan dalam menentukan masalah kesehatan dan keperawatan klien.

#### **2. Pedoman Analisis Data**

Dalam melakukan analisis data, perlu adanya pemahaman tentang pedoman yang biasanya dilakukan sebagai berikut:

- a. Menyusun kategorisasi data secara sistematis dan logis
- b. Identifikasi kesenjangan data
- c. Menentukan pola alternatif pemecahan masalah
- d. Menerapkan teori, model, kerangka kerja, norma dan standar, dibandingkan dengan data senjang
- e. Identifikasi kemampuan dan keadaan yang menunjang asuhan keperawatan klien
- f. Membuat hubungan sebab akibat antara data dengan masalah yang timbul.

#### **3. Cara Analisis Data**

Terdapat cara analisis data yang biasanya dilakukan oleh seorang perawat, meliputi:

- a. Validasi data, teliti kembali data yang telah terkumpul.

- b. Mengelompokkan data berdasarkan kebutuhan bio-psiko-sosial dan spiritual.
  - c. Membandingkan dengan standar.
  - d. Membuat kesimpulan tentang kesenjangan (masalah keperawatan) yang ditemukan.
- 4. Perumusan Masalah Keperawatan**
- Perumusan masalah keperawatan diartikan sebagai langkah dimana mencocokkan antara tanda gejala yang terjadi dengan masalah keperawatan yang dirasakan cocok sesuai justifikasi penilaian perawat.
- 5. Dokumentasi Analisis Data**
- Dalam pelaksanaannya dokumentasi analisis data dapat dilakukan seperti contoh berikut:



**Analisa Data**

	Sign/symptom	Etiologi	Problem
<b>DS:</b>			
○ -			
○ -			
○ -			
<b>DO:</b>			
○ -			
○ -			
○ -			

Gambar 4.1. Tabel Analisis Data

## 6. Latihan

Untuk memperdalam pemahaman Anda mengenai materi di atas, kerjakanlah latihan berikut !

- 1) Jelaskan mengapa analisis data penting dilakukan seorang perawat !
- 2) Jelaskan mengenai pedoman pelaksanaan analisis data !
- 3) Jelaskan bagaimana cara analisis data yang dilakukan seorang perawat !
- 4) Jelaskan mengenai pendokumentasian analisis data yang baik untuk perawat !

## 7. Rangkuman

Analisis data merupakan tahapan dimana data yang telah diperoleh melalui tahapan asesmen keperawatan diolah untuk sebuah penilaian klinis dan pengambilan keputusan mengenai masalah apa yang sebenarnya ada pada pasien.

## 8. Tes Formatif 2

**Untuk memperdalam materi di atas maka kerjakanlah soal di bawah ini:**

Petunjuk: untuk soal nomor 1 – 10, pilihlah salah satu jawaban yang paling tepat!

1. Kemampuan kognitif dalam pengembangan daya berfikir dan penalaran yang dipengaruhi oleh latar belakang ilmu dan pengetahuan, pengalaman, dan pengertian keperawatan disebut...
  - a. Asesmen
  - b. Analisis data
  - c. Perumusan masalah
  - d. Prioritas data
2. Dalam pendokumentasian analisis data, keluhan pasien, hasil pemeriksaan fisik yang dilakukan, hasil pemeriksanaan laboratorium diletakkan pada kolom...
  - a. *Sign and symptom*

- b. *Etiology*
  - c. *Problem*
  - d. *Qualifier*
3. Dalam pendokumentasian analisis data, faktor yang mempengaruhi kondisi masalah keperawatan pasien diletakkan pada kolom...
- a. *Sign and symptom*
  - b. *Etiology*
  - c. *Problem*
  - d. *Qualifier*
4. Dalam pendokumentasian analisis data, kondisi/permasalahan yang ada pada pasien diletakkan pada kolom...
- a. *Sign and symptom*
  - b. *Etiology*
  - c. *Problem*
  - d. *Qualifier*

Petunjuk: jawaban (A) jika 1,2,3 benar; (B) jika 1 dan 3 benar; (C) jika 2 dan 4 benar; (D) jika 4 benar/salah; (E) jika semua benar/salah

5. Kemampuan seorang perawat dalam menganalisis data hasil dari pengkajian untuk memperoleh diagnosis keperawatan yang sesuai dengan kondisi pasien antara lain ...
- 1. Kemampuan mengkaitkan data dengan konsep, teori dan prinsip yang relevan untuk membuat kesimpulan
  - 2. Kemampuan menyesuaikan data dengan konsep, teori dan prinsip yang relevan untuk membuat kesimpulan
  - 3. Kemampuan menghubungkan data dengan konsep, teori dan prinsip yang relevan untuk membuat kesimpulan
  - 4. Kemampuan mengklarifikasi data dengan konsep, teori dan prinsip yang relevan untuk membuat kesimpulan

## **KUNCI JAWABAN TES FORMATIF**

Berikut adalah kunci jawaban dari kegiatan tes formatif yang telah dilakukan:

### **Tes Formatif 1**

- 1) C
- 2) E
- 3) B
- 4) A
- 5) C
- 6) D
- 7) A
- 8) B
- 9) D
- 10) E

### **Tes Formatif 2**

- 1) B
- 2) A
- 3) B
- 4) C
- 5) C

## **GLOSARIUM**

- Hipotesis : Dugaan sementara dari fenomena yang mengharuskan adanya pengujian untuk membuhtikannya
- Empiris : Bukti ilmiah yang bisa dipertanggung jawabkan

## **DAFTAR PUSTAKA**

- Ackley B.J., Ladwig G.B. (2014). Nursing Diagnosis Handbook: An Evidence-Based Guide to Planning Care. 10th edition. Mosby: Elsevier Inc.

- Alfaro-LeFevre R. (2013). *Critical Thinking, Clinical Reasoning, and Clinical Judgment*. 5th edition. Saunders: Elsevier Inc.
- Bulechek G.M., Butcher H.K., Dochterman J.M., Wagner C. (2013). *Nursing Interventions Classifications (NIC)*. 6th edition. Mosby: Elsevier Inc.
- Kozier, B., Erb, G., Berwan, A.J., & Burke, K. (2008). *Fundamentals of Nursing: Concepts, Process, and Practice*. New Jersey: Prentice Hall Health.
- Ladwig G.B., Ackley B.J. (2014). *Mosby's Guide to Nursing Diagnosis*. 10th edition. Mosby: Elsevier Inc.
- Moorhead S., Johnson M., Maas M.L., Swanson E. (2013). *Nursing Outcomes Classifications (NOC): Measurement of Health Outcomes*. 5th edition. Mosby: Elsevier
- Potter, P.A. & Perry, A.G. (2010). *Fundamental Keperawatan (3-vot set)*. Edisi Bahasa Indonesia 7. Elsevier (Singapore) Pte.Ltd.
- Rubinfeld, M.G. & Scheffer, B.K. (2010). *Critical Thinking Tactics for nurses*, 2nd Ed. Jones and Bartlett Publishers.
- Rubinfeld, M.G. & Scheffer, B.K. (1999). *Critical Thinking in Nursing: An Alternative Approach*, 2nd Ed. Philadelphia: Lippincott.

## MODUL 5

# Konsep dan Prinsip Perumusan Diagnosis Keperawatan

### PENDAHULUAN

Mengapa perawat harus mempunyai diagnosis sendiri? Kadang hal ini yang menjadi pertanyaan banyak mahasiswa keperawatan atau bahkan perawat sendiri. Hal ini sebenarnya bisa dijawab dengan beberapa alasan yaitu sebagai berikut. Pertama, diagnosis keperawatan dimaksudkan untuk menyeragamkan bahasa keperawatan sendiri baik sesama perawat di Indonesia sendiri maupun antara perawat di seluruh dunia. Kedua, dimaksudkan agar standar keperawatan menjadi standar yang baku dan digunakan secara internasional. Ketiga, penyeragaman yang terjadi pada bahasa diagnosis akan menimbulkan intervensi memiliki hasil yang sama. Keempat, atau yang paling utama adalah mengembangkan kualitas keperawatan sendiri.

*International Council of Nurses (ICN)* sejak tahun 1991 telah mengembangkan suatu sistem klasifikasi yang disebut dengan *International Classification for Nursing Practice (ICNP)*. Sistem klasifikasi ini tidak hanya mencakup klasifikasi intervensi dan tujuan (outcome) keperawatan saja. Lebih dari itu, sistem klasifikasi ini disusun untuk mengharmonisasikan terminologi-terminologi keperawatan yang digunakan diberbagai negara diantaranya seperti:

- Clinical Care Classification (CCC)*,
- North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)*,
- Home Health Care Classification (HHCC)*,
- Systematized Nomenclature of Medicine Clinical Terms (SNOMED CT)*,
- International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*,



□ *Nursing Diagnosis System of the Centre for Nursing Development and Research (ZEFP)*

□ *Omaha System*

(Referensi : Hardiker et al, 2011, Muller-Staub et al, 2007; Wake & Coenen, 1998)

# Kegiatan Belajar 1

## Konsep dan Prinsip Diagnosis Keperawatan

### 1. Definisi

Diagnosis keperawatan merupakan suatu bagian integral dari suatu proses keperawatan. Hal ini merupakan komponen dari perencanaan keperawatan yang didahului oleh proses analisis data dimana perawat melakukan identifikasi terhadap respon-respon individu terhadap masalah-masalah kesehatan yang aktual dan potensial.

### 2. Perbedaan Diagnosis Medis dan Diagnosis Keperawatan

Terdapat perbedaan yang signifikan antara diagnosis medis dan diagnosis keperawatan baik dalam terminologi maupun dalam implementasinya. Diagnosis medis menggunakan terminologi yang digunakan oleh tenaga medis untuk penilaian klinis, mengidentifikasi atau menentukan penyakit tertentu, kondisi, atau keadaan patologis.

Diagnosis keperawatan menggunakan terminologi yang digunakan oleh perawat profesional yang mengidentifikasi: *actual, risk or wellness responses to a health state, problem or condition*. Terminologi yang digunakan oleh perawat profesional yang mengidentifikasi motivasi seseorang, keluarga, atau masyarakat dan keinginan untuk meningkatkan kesejahteraan dan mengaktualisasikan potensi kesehatan manusia.

Pada pelaksanaannya Diagnosis medis, dicirikan sebagai berikut:

- a. Dibuat tenaga medis
- b. Menerangkan proses penyakit
- c. Sama pada semua klien

d. Sama selama terjadinya jalan penyakit

e. Intervensi di bidang medis

Sedangkan pada pelaksanaannya Diagnosis keperawatan, dicirikan sebagai berikut:

a. Dibuat perawat

b. Menerangkan respon klien

c. Berbeda satu individu dengan yang lain

d. Respon bisa berganti pada klien

e. Intervensi di bidang keperawatan

Berikut ini adalah contoh perbandingan antara diagnosis medis dengan diagnosis keperawatan:



Gambar 5.1. Perbandingan antara Diagnosis Medis dan Diagnosis Keperawatan

### 3. Berpikir Kritis dalam Penegakan Diagnosis

Penting bagi seorang perawat untuk selalu berpikir kritis dalam penegakan diagnosis keperawatan dengan beberapa pertimbangan yaitu sebagai berikut:

- a. Menganalisa adalah kemampuan yang penting karena *sign* atau simptom suatu penyakit mungkin sama dengan penyakit lain, atau bahkan penyakit yang sama justru menimbulkan *sign* atau symptom yang berbeda.
- b. Mempunyai alasan dalam setiap suatu tindakan yang memperhatikan *evidence based practice*.
- c. Mengaplikasikan standar keperawatan yang telah ditetapkan sebagai asas profesionalitas perawat.
- d. Mengambil diagnosis keperawatan tanpa melengkapi asesmen keperawatan terlebih dahulu sangat membahayakan diri klien.
- e. Perawat adalah seseorang yang bisa mengambil diagnosis.
- f. Perawat harus yakin dalam menetapkan diagnosis sesuai penilaian klinis karena mungkin saja diagnosis seseorang salah.
- g. Kadang kala diagnosis keperawatan yang dibuat sama dengan penyakit lain maka diperlukan kemampuan untuk memilih dari seorang perawat.



Gambar 5.2. Proses Diagnostik

#### **4. Latihan**

Untuk memperdalam pemahaman Anda mengenai materi di atas, kerjakanlah latihan berikut !

- 1) Jelaskan mengenai perbedaan diagnosis medis dan diagnosis keperawatan !
- 2) Jelaskan mengenai latar belakang mengapa diagnosis medis dan diagnosis keperawatan berbeda !
- 3) Jelaskan bagaimana seharusnya seorang perawat mengutamakan berpikir kritis dalam penegakan diagnosis keperawatan !

#### **5. Rangkuman**

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian dan pengambilan keputusan klinis berdasarkan data yang didapatkan pada tahapan asesmen keperawatan. Diagnosis keperawatan harus mengandung masalah keperawatan, faktor yang berhubungan atau faktor risiko dan juga batasan karakteristiknya. Penting akan kemampuan perawat dalam berpikir kritis dalam penegakan diagnosis keperawatan. Diagnosis keperawatan berdasarkan respon (tanda gejala) yang dikeluhkan atau didapat pada pasien, sedangkan diagnosis medis lebih kepada jalannya patofisiologi dari suatu penyakit.

#### **6. Tes Formatif 1**

**Untuk memperdalam materi di atas maka kerjakanlah soal di bawah ini:**

Petunjuk: untuk soal nomor 1 – 10, pilihlah salah satu jawaban yang paling tepat!

1. Diagnosis keperawatan diangkat berdasarkan...
  - a. Kondisi pasien
  - b. Patofisiologi penyakit pasien
  - c. Respon pasien
  - d. Kemampuan pasien
  - e. Keinginan pasien

2. Diagnosis medis diangkat berdasarkan...
  - a. Kondisi pasien
  - b. Patofisiologi penyakit pasien
  - c. Respon pasien
  - d. Kemampuan pasien
  - e. Keinginan pasien

Petunjuk: jawaban (A) jika 1,2,3 benar; (B) jika 1 dan 3 benar; (C) jika 2 dan 4 benar; (D) jika 4 benar/salah; (E) jika semua benar/salah

3. Dalam proses keperawatan, adanya diagnosis keperawatan memberi keuntungan tersendiri bagi seorang Ners antara lain:
  1. Penyeragaman bahasa keperawatan
  2. Standar keperawatan menjadi standar yang baku
  3. Intervensi memiliki hasil yang sama
  4. Mengembangkan kualitas keperawatan
4. Pernyataan yang benar mengenai diagnosis keperawatan adalah...
  1. Menerangkan respon pasien
  2. Sama selama terjadinya jalan penyakit
  3. Berbeda satu individu dengan yang lain
  4. Sama pada semua pasien
5. Sebagai perbandingan ketika tenaga medis mengatakan pasien harus menjalani amputasi karena kecelakaan yang dialaminya, maka seorang perawat akan kemungkinan diagnosis keperawatan yang mungkin terjadi antara lain:
  1. Ketidakefektifan pola nafas
  2. Gangguan gambaran diri
  3. Intoleransi aktifitas
  4. Kesiapan untuk meningkatkan coping

## **Kegiatan Belajar 2**

### **Tipe Diagnosis Keperawatan**

#### **1. Definisi**

Tipe diagnosis dapat dipahami sebagai pembagian diagnosis berdasarkan dari kebutuhan yang ada pada pasien, dapat berupa diagnosis yang ada sekarang atau aktual atau sering disebut juga *problem focus*, dapat berupa kemungkinan yang bisa terjadi jika tidak dilakukan intervensi yang biasa disebut diagnosis risiko, dapat berupa kebaikan yang diharapkan dari kondisi yang ada dari pasien atau keluarga yang biasa disebut diagnosis wellness, serta kondisi dimana banyak masalah keperawatan yang ada yang mungkin dapat dirangkum menjadi sebuah diagnosis yang bisa melingkupi dan dicarikan intervensi secara bersama untuk mengatasi masalah yang ada pada klien.

#### **2. Tipe Diagnosis Keperawatan**

Diagnosis keperawatan menurut NANDA dapat dibedakan menjadi 4 kategori:

- a. Diagnosis Keperawatan “Aktual”, merupakan suatu diagnosis keperawatan aktual menggambarkan penilaian klinis yang harus divalidasi perawat karena adanya batasan karakteristik yang dapat dilihat, dapat diobservasi dan dilakukan pemeriksaan fisik secara langsung. Biasanya disebut juga dengan diagnosis *Problem Focus* karena masalah yang ada telah nyata di hadapan kita sebagai perawat dan membutuhkan penanganan segera. Syarat dalam menegakkan diagnosis keperawatan aktual harus ada unsur PES. Symptom (S) harus memenuhi kriteria yang terdapat di batasan karakteristik. Misalnya, ada data: muntah, diare, dan turgor jelek selama 5 hari terakhir. Maka akan dapat ditegakkan diagnosis keperawatan Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan secara abnormal.

- b. Diagnosis Keperawatan “Risiko”, merupakan suatu diagnosis keperawatan menggambarkan penilaian klinis dimana individu atau kelompok lebih rentan mengalami masalah dibanding orang lain dalam situasi yang sama atau serupa dalam keseharian atau masa perawatannya. Syarat dalam menegakkan risiko diagnosis keperawatan ada unsur PE (*problem and etiology*) penggunaan istilah “risiko”. Contoh diagnosis ini antara lain risiko aspirasi, risiko infeksi, risiko kekurangan volume cairan, risiko intoleransi aktifitas, risiko kontaminasi dan lainnya. Misalnya, ada data: perdarahan masif dan turgor lebih dari 2 detik. Maka akan dapat ditegakkan diagnosis keperawatan Risiko Syok dengan faktor risiko kehilangan cairan yang aktif.
- c. Diagnosis Keperawatan “*Wellness*”, merupakan suatu diagnosis keperawatan menggambarkan kesejahteraan adalah penilaian klinis tentang keadaan individu, keluarga, atau masyarakat dalam transisi dari tingkat sejahtera tertentu ke tingkat sejahtera yang lebih tinggi. Ada 2 kunci yang harus ada:
- 1) Sesuatu yang menyenangkan pada tingkat kesejahteraan yang lebih tinggi.
  - 2) Ada status dan fungsi yang efektif.
- Clinical judgment* yang menggambarkan motivasi dan keinginan untuk meningkatkan kesejahteraan dan mengaktualisasikan potensi kesehatan individu, keluarga, kelompok, atau komunitas. Diawali frase “Kesiapan meningkatkan...”. Contoh: kesiapan meningkatkan komunikasi.
- d. Diagnosis Keperawatan “*Syndrome*”, merupakan suatu diagnosis keperawatan menggambarkan diagnosis yang terdiri dari kelompok diagnosis keperawatan aktual atau risiko yang diperkirakan ada karena situasi atau peristiwa tertentu. Manfaat diagnosis keperawatan *syndrome* adalah agar perawat selalu waspada dan memerlukan keahlian perawat dalam setiap melakukan asesmen dan tindakan keperawatan. *Clinical judgment* yang digunakan untuk menggambarkan suatu kelompok diagnosis keperawatan yang terjadi bersama,



mengatasi masalah bersama dan melalui beberapa intervensi yang sama pula. Contoh: Sindrom nyeri kronik berdampak pada respon klien yang lain: Gangguan pola tidur, isolasi sosial, kelelahan, gangguan mobilitas fisik dan lainnya. Contoh lainnya adalah *Syndrom trauma pemerkosaan (Rape trauma syndrome)* pada diagnosis keperawatan di atas lebih menunjukkan adanya kelompok tanda dan gejala dari pada kelompok diagnosis keperawatan. Tanda dan gejala tersebut meliputi: Cemas, takut, sedih, gangguan istirahat dan tidur, dan merasa nyeri sewaktu melakukan hubungan seksual.

### 3. Latihan

Untuk memperdalam pemahaman Anda mengenai materi di atas, kerjakanlah latihan berikut !

- 1) Jelaskan mengenai tipe diagnosis *problem focus*/aktual yang mungkin ditegakkan perawat !
- 2) Jelaskan mengenai tipe diagnosis risiko yang mungkin ditegakkan perawat !
- 3) Jelaskan mengenai tipe diagnosis *wellness* yang mungkin ditegakkan perawat !
- 4) Jelaskan mengenai tipe diagnosis *syndrome* yang mungkin ditegakkan perawat !
- 5) Jelaskan mengenai tipe diagnosis *syndrome* yang dikatakan lebih efektif untuk mengatasi sejumlah masalah keperawatan yang berkaitan !

### 4. Rangkuman

Secara singkat diagnosis keperawatan dibedakan menjadi 4 yaitu diagnosis tipe *problem focus/actual* dimana harus mengandung problem, etiologi dan *sign* dan *symptom*; diagnosis tipe risiko dimana harus ada mengandung problem (berbunyi risiko) dan adanya faktor risiko sebagai hasil penilaian dan pengamatan perawat; diagnosis tipe *wellness* dimana biasanya terdapat problem (yang selalu mengarah pada penyempurnaan kondisi) dan beberapa *sign* dan *symptom*/ yang dapat dilakukan

peningkatan; dan yang terakhir adalah diagnosis tipe *syndrome* yang dimana harus ada beberapa diagnosis keperawatan yang saling terkait satu sama lain dan memunculkan intervensi keperawatan yang sama, maka dirangkumkanlah menjadi diagnosis tipe *syndrome*.

## 5. Tes Formatif 2

**Untuk memperdalam materi di atas maka kerjakanlah soal di bawah ini:**

Petunjuk: untuk soal nomor 1 – 10, pilihlah salah satu jawaban yang paling tepat!

1. Suatu diagnosis keperawatan menggambarkan diagnosis yang terdiri dari kelompok diagnosis keperawatan aktual atau risiko yang diperkirakan ada karena situasi atau peristiwa tertentu disebut...
  - a. Diagnosis Keperawatan “Aktual”/ *Problem Focus*
  - b. Diagnosis Keperawatan “Risiko”
  - c. Diagnosis Keperawatan “*Wellness*”
  - d. Diagnosis Keperawatan “*Syndrome*”
2. Suatu diagnosis keperawatan menggambarkan penilaian klinis dimana individu atau kelompok lebih rentan mengalami masalah dibanding orang lain dalam situasi yang sama atau serupa dalam keseharian atau masa perawatannya disebut...
  - a. Diagnosis Keperawatan “Aktual”/ *Problem Focus*
  - b. Diagnosis Keperawatan “Risiko”
  - c. Diagnosis Keperawatan “*Wellness*”
  - d. Diagnosis Keperawatan “*Syndrome*”
3. Suatu diagnosis keperawatan aktual menggambarkan penilaian klinis yang harus divalidasi perawat karena adanya batasan karakteristik yang dapat dilihat, dapat diobservasi dan dilakukan pemeriksaan fisik secara langsung disebut...
  - a. Diagnosis Keperawatan “Aktual”/ *Problem Focus*
  - b. Diagnosis Keperawatan “Risiko”
  - c. Diagnosis Keperawatan “*Wellness*”

- d. Diagnosis Keperawatan “*Syndrome*”
- 4. Suatu diagnosis keperawatan menggambarkan kesejahteraan adalah penilaian klinis tentang keadaan individu, keluarga, atau masyarakat dalam transisi dari tingkat sejahtera tertentu ke tingkat sejahtera yang lebih tinggi disebut...
  - a. Diagnosis Keperawatan “Aktual”/ *Problem Focus*
  - b. Diagnosis Keperawatan “Risiko”
  - c. Diagnosis Keperawatan “*Wellness*”
  - d. Diagnosis Keperawatan “*Syndrome*”

Petunjuk: jawaban (A) jika 1,2,3 benar; (B) jika 1 dan 3 benar; (C) jika 2 dan 4 benar; (D) jika 4 benar/salah; (E) jika semua benar/salah

- 5. Secara garis besar diagnosis keperawatan dibagi menjadi ...
  - 1. Problem Focus
  - 2. Kesiapan
  - 3. Risiko
  - 4. Qualifier

## **Kegiatan Belajar 3**

### **Bagian dari Diagnosis Keperawatan**

#### **1. Definisi**

Bagian atau komponen diagnosis keperawatan merupakan penjabaran dari sebuah diagnosis keperawatan utuh yang mana akan menggambarkan masalah, etiologi dan tanda gejala yang mungkin ditemui pada saat penegakan diagnosis keperawatan.

#### **2. Komponen Diagnosis Keperawatan**

##### **a. Label Diagnosis**

Memberikan sebuah nama untuk sebuah diagnosis yang menunjukkan, sedikitnya, fokus diagnosis (aksis 1) dan penilaian keperawatan (aksis 3). Label ini merupakan istilah atau frase singkat menunjukkan sebuah pola istirahat terkait. Label ini juga mencakup *modifier* atau *qualifier*.

Pada bagian label diagnosis biasanya terdiri dari P (*Problem*) menggunakan beberapa kata tidak bisa menyimpulkan dan Q (*Qualifier*) tambahan untuk diagnosis keperawatan tertentu. Problem (masalah) mempunyai tujuan penulisan yaitu pernyataan masalah adalah menjelaskan status kesehatan atau masalah kesehatan klien secara jelas dan sesingkat mungkin. Pada bagian ini dari diagnosis keperawatan mengidentifikasi apa yang tidak sehat tentang klien dan apa yang harus diubah tentang status kesehatan klien dan juga memberikan pedoman terhadap tujuan dari asuhan keperawatan. Dengan menggunakan standar diagnosis keperawatan dari NANDA mempunyai keuntungan yang signifikan.

1) Membantu perawat untuk berkomunikasi satu dengan yang lainnya dengan menggunakan istilah yang dimengerti secara umum.

- 2) Memfasilitasi penggunaan komputer dalam keperawatan, karena perawat akan mampu mengakses diagnosis keperawatan.
- 3) Sebagai metode untuk mengidentifikasi perbedaan masalah keperawatan yang ada dengan masalah medis.
- 4) Semua perawat dapat bekerja sama dalam menguji dan mendefinisikan kategori diagnosis dalam mengidentifikasi kriteria asesmen dan intervensi keperawatan dalam meningkatkan asuhan keperawatan.

b. Definisi

Memberi deskripsi yang jelas dan tepat, menggambarkan makna dan membantu membedakan dari diagnosis yang cukup mirip pada kondisi respon pasien yang juga sangat mirip.

c. Batasan karakteristik

Isyarat/kesimpulan yang dapat diobservasi bahwa kluster sebagai manifestasi diagnosis berfokus masalah (biasa disebut diagnosis aktual), promosi kesehatan, atau sindrom. Ini tidak hanya menyatakan bahwa sesuatu yang dapat dilihat perawat, tetapi suatu yang terlihat, didengar (misalnya pasien/keluarga menyatakannya kepada kita), disentuh, atau dicium.

Sering juga disebut dengan *Sign/symptom* (tanda/gejala). Identifikasi data subjektif dan objektif sebagai tanda dari masalah keperawatan. Memerlukan kriteria evaluasi, misalnya : bau “pesing”, rambut tidak pernah di keramas. “saya takut jalan di kamar mandi dan memecahkan barang”.

d. Faktor yang Berhubungan

Faktor yang tampak menunjukkan beberapa jenis pola hubungan dengan diagnosis keperawatan. Beberapa faktor yang dapat digambarkan sebagai didahului dengan, berhubungan dengan, terkait dengan, diperberat oleh, atau disertai dengan. Hanya diagnosis keperawatan berfokus-masalah dan sindrom

berfokus masalah harus memiliki faktor yang berhubungan; diagnosis promosi kesehatan mungkin memiliki faktor yang berhubungan, bila hal ini membantu mengklarifikasi diagnosis tersebut.

Etiologi (penyebab) adalah faktor klinik dan personal yang dapat merubah status kesehatan atau mempengaruhi perkembangan masalah. Etiologi mengidentifikasi fisiologis, psikologis, sosiologis, spiritual dan faktor-faktor lingkungan yang dipercaya berhubungan dengan masalah baik sebagai penyebab ataupun faktor risiko. Karena etiologi mengidentifikasi faktor yang mendukung terhadap masalah kesehatan klien, maka etiologi sebagai pedoman atau sasaran langsung dari intervensi keperawatan. Jika terjadi kesalahan dalam menentukan penyebab maka tindakan keperawatan menjadi tidak efektif dan efisien. Misalnya, klien dengan diabetes mellitus masuk RS biasanya dengan hiperglikemi dan mempunyai riwayat yang tidak baik tentang pola makan dan pengobatan (insulin) didiagnosis dengan “ketidaktaatan”. Katakana lah ketidaktaatan tersebut berhubungan dengan kurangnya pengetahuan klien dan tindakan keperawatan diprioritaskan mengajarkan klien cara mengatasi diabetes melitus dan tidak berhasil, jika penyebab ketidaktaatan tersebut karena klien putus asa untuk hidup.

Penulisan etiologi dari diagnosis keperawatan meliputi unsure PSMM, antara lain:

- P = Patofisiologi dari penyakit
- S = Situational (keadaan lingkungan perawatan)
- M = Medication (pengobatan yang diberikan)
- M = Maturasi (tingkat kematangan/kedewasaan klien)

Etiologi, faktor penunjang dan risiko, meliputi:

- 1) Pathofisiologi, merupakan semua proses penyakit, akut dan kronis, yang dapat menyebabkan atau mendukung masalah, misalnya masalah “powerlessness”. Penyebab yang umum:
  - a) ketidakmampuan berkomunikasi (CVA, intubation)
  - b) ketidakmampuan melakukan aktifitas sehari-hari (CVA, trauma servical, nyeri, IMA)
  - c) ketidakmampuan memenuhi tanggungjawabnya (pembedahan, trauma, dan arthritis)
- 2) Situasional (personal, environment), Kurangnya pengetahuan, isolasi social, kurangnya penjelasan dari petugas kesehatan, kurangnya partisipasi klien dalam mengambil keputusan, relokasi, kekurangmampuan biaya, pelecehan sexual, pemindahan status social, dan perubahan personal teritori.
- 3) *Medication (treatment-related)*, merupakan keterbatasan institusi atau RS: tidak sanggup memberikan perawatan dan tidak ada kerahasiaan.
- 4) *Maturational, Adolescent*: ketergantungan dalam kelompok, independen dari keluarga. *Young adult*: menikah, hamil, orangtua. *Dewasa*: tekanan karir, dan tanda-tanda pubertas. *Elderly*: kurangnya sensori, motor, kehilangan (uang, faktor lain)

e. Faktor Risiko

Faktor lingkungan atau fisiologis, psikososial, genetik, atau elemen kimia yang meningkatkan kerentanan individu, keluarga, kelompok, atau komunitas pada kejadian yang tidak sehat. Hanya diagnosis risiko yang memiliki faktor risiko.

f. Kondisi Klinis Terkait

Terdiri dari diagnosis medis, cedera, prosedur, alat medis, atau agen farmaseutika, kondisi ini tidak dapat diubah secara mandiri oleh perawat professional.

g. Populasi Berisiko

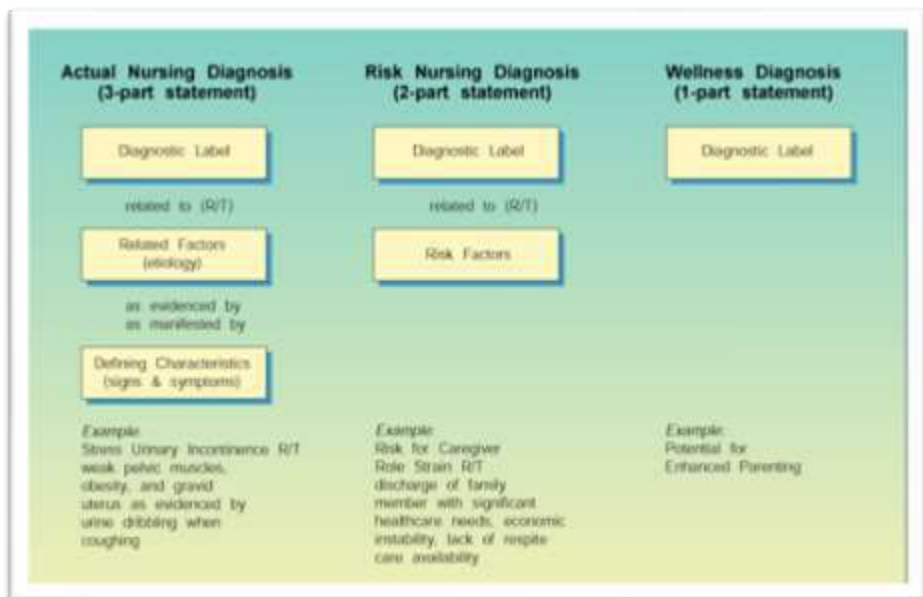
Kelompok individu yang memiliki karakteristik sama yang menyebabkan setiap anggotanya rentan terhadap respons

manusia tertentu. Karakteristik ini tidak dapat diubah oleh perawat profesional.

### 3. Dokumentasi Diagnosis Keperawatan

Dokumentasi diagnosis keperawatan merupakan suatu catatan yang memuat seluruh data yang dibutuhkan untuk menentukan diagnosis keperawatan yang disusun secara sistematis mulai dari bagian-bagian seperti problem, etiologi dan tanda gejala.

Dokumentasi diagnosis keperawatan yang biasa dilakukan seperti pada gambar di bawah ini:



Gambar 5.3. Dokumentasi Diagnosis Keperawatan

### 4. Latihan

Untuk memperdalam pemahaman Anda mengenai materi di atas, kerjakanlah latihan berikut !

- 1) Jelaskan mengenai label diagnosis yang merupakan bagian dari diagnosis keperawatan !



- 2) Jelaskan mengenai faktor risiko yang merupakan bagian dari diagnosis keperawatan !
- 3) Jelaskan mengenai faktor yang berhubungan yang merupakan bagian dari diagnosis keperawatan !
- 4) Jelaskan mengenai populasi berisiko yang merupakan bagian dari diagnosis keperawatan !
- 5) Jelaskan mengenai kondisi klinis terkait yang merupakan bagian dari diagnosis keperawatan !

## 5. Rangkuman

Berbicara mengenai bagian dari sebuah diagnosis makan akan dapat dijabarkan menjadi label diagnosis, definisi diagnosis, batasan karakteristik, faktor risiko, faktor yang berhubungan, populasi berisiko, kondisi klinis terkait. Penting bagi seorang perawat memahami bagaimana penggunaan bagian-bagian ini guna memudahkan penegakan diagnosis keperawatan. Diagnosis keperawatan yang telah ditegakkan sebelumnya kemudian dilakukan pendokumentasian pada format yang bersesuaian.

## 6. Tes Formatif 3

**Untuk memperdalam materi di atas maka kerjakanlah soal di bawah ini:**

Petunjuk: untuk soal nomor 1 – 10, pilihlah salah satu jawaban yang paling tepat!

1. Bagian dari penulisan diagnosis keperawatan yang menerangkan faktor yang berhubungan langsung dengan keadaan pasien disebut ...
  - a. *Problem*
  - b. *Qualifier*
  - c. *Etiology*
  - d. *Signs*
  - e. *Symtoms*
2. Cara menggunakan NANDA-International dalam perumusan diagnosis keperawatan jika diharuskan melihat daftar isi adalah ...
  - a. Membuka Part 1 kemudian mencari domain yang sesuai

- b. Membuka Part 2 kemudian mencari domain yang sesuai
  - c. Membuka Part 3 kemudian mencari domain yang sesuai
  - d. Membuka Part 4 kemudian mencari domain yang sesuai
  - e. Langsung membuka halaman yang dirasa benar
3. Dalam penggunaan NANDA-International untuk melihat segala bentuk hasil pengkajian terkait data objektif dan subjektif pasien dalam penegakan Diagnosis Keperawatan adalah ...
- a. Label Diagnosis
  - b. Definisi
  - c. Batasan karakteristik
  - d. Faktor yang berhubungan
  - e. Faktor risiko
4. Dalam penggunaan NANDA-International untuk memberi deskripsi yang jelas dan tepat, menggambarkan makna dan membantu membedakan dari diagnosis yang cukup mirip pada kondisi respon pasien yang juga sangat mirip dalam penegakan Diagnosis Keperawatan adalah ...
- a. Label Diagnosis
  - b. Definisi
  - c. Batasan karakteristik
  - d. Faktor yang berhubungan
  - e. Faktor risiko
5. Dalam penggunaan NANDA-International untuk memberikan sebuah nama untuk sebuah diagnosis yang menunjukkan, sedikitnya, fokus diagnosis dan penilaian keperawatan dalam penegakan Diagnosis Keperawatan adalah ...
- a. Label Diagnosis
  - b. Definisi
  - c. Batasan karakteristik
  - d. Faktor yang berhubungan
  - e. Faktor risiko
6. Dalam penggunaan NANDA-International menggambarkan faktor lingkungan atau fisiologis, psikososial, genetik, atau elemen kimia yang meningkatkan kerentanan individu,

keluarga, kelompok, atau komunitas pada kejadian yang tidak sehat dalam penegakan Diagnosis Keperawatan adalah ...

- a. Label Diagnosis
  - b. Definisi
  - c. Batasan karakteristik
  - d. Faktor yang berhubungan
  - e. Faktor risiko
7. Dalam penggunaan NANDA-International menggambarkan faktor yang tampak menunjukkan beberapa jenis pola hubungan dengan klinis yang dapat dinilai dalam penegakan Diagnosis Keperawatan adalah ...
- a. Label Diagnosis
  - b. Definisi
  - c. Batasan karakteristik
  - d. Faktor yang berhubungan
  - e. Faktor risiko
8. Yang termasuk dalam cakupan kondisi klinis terkait, kecuali...
- a. Diagnosis medis
  - b. Cedera
  - c. Prosedur
  - d. Agen farmaseutika
  - e. Kerentanan individu
9. Berapa domain yang disediakan NANDA-International dalam perumusan diagnosis keperawatan ...
- a. 10
  - b. 11
  - c. 12
  - d. 13
  - e. 14

Petunjuk: jawaban (A) jika 1,2,3 benar; (B) jika 1 dan 3 benar; (C) jika 2 dan 4 benar; (D) jika 4 benar/salah; (E) jika semua benar/salah

10. Kata yang biasa digunakan untuk menyambung problem sebagai masalah dengan etiologi sebagai penyebab dalam penulisan diagnosis keperawatan yang benar yaitu ...
1. Berhubungan dengan
  2. Ditandai dengan
  3. *Related to*
  4. *As manifested by*

### **KUNCI JAWABAN TES FORMATIF**

Berikut adalah kunci jawaban dari kegiatan tes formatif yang telah dilakukan:

#### **Tes Formatif 1**

- 1) C
- 2) B
- 3) E
- 4) C
- 5) D

#### **Tes Formatif 2**

- 1) D
- 2) B
- 3) A
- 4) C
- 5) A

#### **Tes Formatif 3**

- 1) C
- 2) C
- 3) C
- 4) B
- 5) A
- 6) E
- 7) D
- 8) E

9) D

10) B

## **GLOSARIUM**

- Potensial : Rentan akan terjadinya sesuatu kondisi oleh faktor eksternal maupun internal
- IMA : Kondisi dimana terjadi kerusakan otot jantung yang biasanya disebut *Infarct Myocard Acute*
- CVA : Kondisi dimana terjadi perdarahan pada pembuluh darah otak yang biasanya disebut *Cerebro Vascular Accident*

## **DAFTAR PUSTAKA**

- Ackley B.J., Ladwig G.B. (2014). *Nursing Diagnosis Handbook: An Evidence-Based Guide to Planning Care*. 10th edition. Mosby: Elsevier Inc.
- Alfaro-LeFevre R. (2013). *Critical Thinking, Clinical Reasoning, and Clinical Judgment*. 5th edition. Saunders: Elsevier Inc.
- Bulechek G.M., Butcher H.K., Dochterman J.M., Wagner C. (2013). *Nursing Interventions Classifications (NIC)*. 6th edition. Mosby: Elsevier Inc.
- Kozier, B., Erb, G., Berwan, A.J., & Burke, K. (2008). *Fundamentals of Nursing: Concepts, Process, and Practice*. New Jersey: Prentice Hall Health.
- Ladwig G.B., Ackley B.J. (2014). *Mosby's Guide to Nursing Diagnosis*. 10th edition. Mosby: Elsevier Inc.
- Moorhead S., Johnson M., Maas M.L., Swanson E. (2013). *Nursing Outcomes Classifications (NOC): Measurement of Health Outcomes*. 5th edition. Mosby: Elsevier
- Potter, P.A. & Perry, A.G. (2010). *Fundamental Keperawatan (3-vot set)*. Edisi Bahasa Indonesia 7. Elsevier (Singapore) Pte.Ltd.

Rubinfeld, M.G. & Scheffer, B.K. (2010). Critical Thinking Tactics for nurses, 2nd Ed. Jones and Bartlett Publishers.

Rubinfeld, M.G. & Scheffer, B.K. (1999). Critical Thinking in Nursing: An Alternative Approach, 2nd Ed. Philadelphia: Lippincott.

## MODUL 6

### Domain - Kelas NANDA-International 2018-2020

#### PENDAHULUAN

Terdapat banyak referensi yang bisa digunakan dalam melakukan asesmen keperawatan. Kita tentunya mengenal *tool* yang populer di keperawatan misalnya 11 Pola Fungsional dari Gordon. Kalau kita lihat dan berdasarkan pengalaman menggunakan asesmen keperawatan tersebut di atas seorang perawat akan lebih mudah untuk mengidentifikasi masalah keperawatan yang nantinya akan diidentifikasi sebagai diagnosis keperawatan. Pada prinsipnya diagnosis keperawatan adalah merupakan respon dari pasien sehingga pola atau berbentuk pengelompokan data yang berupa pengelompokan respon dari pasien akan lebih mempermudah perawat untuk mengidentifikasi masalah keperawatan pasien.

Hal ini berbeda bila kita menggunakan asesmen dengan menggunakan pendekatan *system (Review of System)*. Kalau kita melakukan asesmen lebih dalam dalam, asesmen persistem menggunakan pendekatan mencari data dari kelainan pada organ sehingga bila perawat menggunakan pendekatan persistem akan kesulitan menemukan respon yang muncul dari pasien dan ingat diagnosis pasien adalah respon pasien dari gangguan pada organ tubuhnya, ini berbeda dengan diagnosis dokter yang mengacu kepada kelainan organ pasien itu sendiri.

Dalam *website* NANDA tidak secara khusus menyebutkan bahwa 13 Domain NANDA dapat digunakan untuk melakukan asesmen keperawatan. Namun demikian bila kita lihat dari struktur dan pola yang dikembangkan untuk mengelompokkan respon dan sebagai dasar taxonomi untuk *nursing diagnosis*, 13 Domain NANDA ini memungkinkan dan bisa digunakan untuk melakukan asesmen keperawatan.

Berikut merupakan analogi penggunaan domain dan kelas pada NANDA. Banyak keuntungan perawat mengenal domain dan kelas dalam usaha untuk membantu menegakkan diagnosis keperawatan berdasarkan asesmen yang telah dilakukan. Berikut adalah penjelasannya:



Gambar 6.1. Domain dan Kelas pada NANDA



# Kegiatan Belajar 1

## Konsep Domain pada NANDA

### 1. Definisi

Domain di dalam NANDA diartikan sebagai label besar yang memungkinkan perawat mengingat posisi permasalahan yang timbul atas hasil asesmen yang dilakukan kepada pasien. Dengan mengingat domain yang berkaitan maka dengan otomatis seorang perawat bisa mengeleminasi kemungkinan domain yang lain untuk menegakkan diagnosis keperawatan tertentu.

### 2. Domain NANDA

Seperi apa 13 Domain NANDA tersebut berikut ringkasan dan sedikit penjelasannya:

#### a. *Health Promotion* (Promosi Kesehatan)

Kesadaran akan kesehatan atau normalitas fungsi dan strategi-strategi yang diterapkan untuk mempertahankan control dan meningkatkan kesehatan atau normalitas fungsi tersebut. Domain ini terdiri dari beberapa kelas diantaranya:

- 1) *Health Awareness* (Kesadaran Kesehatan): Pengenalan akan fungsi normal dan kesehatan
- 2) *Health Management* (Manajemen Kesehatan): Mengidentifikasi, mengontrol, memperlihatkan dan mengintegrasikan kegiatan-kegiatan untuk mempertahankan kesehatan

#### b. *Nutrition* (Nutrisi)

Kegiatan memperoleh, mengasimilasi, dan menggunakan kandungan gizi untuk tujuan mempertahankan jaringan, perbaikan jaringan, dan produksi tenaga. Domain ini terdiri dari beberapa kelas diantaranya:

- 1) *Ingestion* (Proses masuknya makanan): Memasukkan makanan atau kandungan gizi ke dalam tubuh

- 2) *Digestion* (Pencernaan): Kegiatan fisik dan kimiawi yang mengubah kandungan makanan ke dalam zat-zat yang sesuai untuk penyerapan dan asimilasi
- 3) *Absorption* (Penyerapan): tahapan penyerapan kandungan gizi melalui jaringan-jaringan tubuh
- 4) *Metabolism* (metabolisme): Proses kimiawi dan fisik yang terjadi di dalam organisme dan sel-sel hidup bagi pengembangan dan kegunaan protoplasma, produksi kotoran dan tenaga dengan pelepasan tenaga untuk seluruh proses vital
- 5) *Hydration* (Minum) : Perolehan dan penyerapan cairan dan larutan-larutan

c. ***Elimination* (Pembuangan)**

Keluarnya produk-produk kotoran dari tubuh. Domain ini terdiri dari beberapa kelas diantaranya:

- 1) *Urinary system* (Sistem Urinaria): proses keluarnya urine
- 2) *Gastrointestinal system* (Sistem gastrointestinal): Pengeluaran dan pengenyahan produk-produk kotoran dari isi perut
- 3) *Integumentary system* (Sistem Integumen): Proses keluarnya melalui kulit
- 4) *Pulmonary system* (Sistem Paru-paru): Pembersihan produk-produk metabolis secara ikutan, pengeluaran dan benda-benda asing dari paru-paru atau dua saluran bronkus.

d. ***Activity/Rest* (Aktifitas /Istirahat)**

Produksi, konservasi, pengeluaran atau keseimbangan sumber-sumber tenaga. Domain ini terdiri dari beberapa kelas diantaranya:

- 1) *Sleep/Rest* (Tidur/istirahat): tidur, istirahat, ketenagaan atau tidak beraktifitas
- 2) *Activity/Exercise* (Aktifitas/berolahraga): Menggerakkan bagian-bagian tubuh (mobilitas), melakukan pekerjaan atau sering melakukan kegiatan-kegiatan (tetapi tidak selalu) untuk meningkatkan daya tahan tubuh (resisitensi)

- 3) *Energy Balance* (Keseimbangan Energi): Kondisi dinamis keharmonisan antara proses masuk dan keluarnya sumber-sumber tenaga
- 4) *Cardiovascular-pulmonary Responses* (respon jantung-paru-paru): Mekanisme jantung-paru-paru yang mendukung aktifitas/istirahat
- 5) *Self Hygiene* (Perawatan Diri): bagaimana seorang merawat dirinya dalam memenuhi kebutuhan dasar perawatan dirinya.

e. ***Perception/Cognition* (Cara Pandang/Kesadaran)**

Sistem pemrosesan informasi manusia, termasuk perhatian, orientasi (tujuan), sensasi, cara pandang, kesadaran, dan komunikasi. Domain ini terdiri dari beberapa kelas diantaranya:

- 1) *Attention* (Perhatian): Kesiapan mental untuk memperhatikan atau mengamati
- 2) *Orientation* (Tujuan): Kesadaran akan waktu, tempat dan orang
- 3) *Sensation/Perception* (Sensasi/Cara Pandang): Menerima informasi melalui sentuhan, rasa, bau, penglihatan, pendengaran, dan kinestesi (gerakan otot) dan pemahaman akan data rasa hasil dari penamaan, mengasosiasikan dan atau pengenalan pola
- 4) *Cognition* (Kesadaran): Kegunaan memori, belajar, berfikir, penyelesaian masalah, abstraksi, penilaian, pengetahuan, kapasitas intelektual, kalkulasi dan bahasa.
- 5) *Communication* (Komunikasi): Mengirim dan menerima informasi verbal (memakai kata-kata) dan non verbal (memakai gerakan anggota badan yang mengandung arti)

f. ***Self-Perception* (Persepsi Diri)**

Kesadaran Akan diri sendiri. Domain ini terdiri dari beberapa kelas diantaranya:

- 1) *Self-Concept* (Konsep Diri): persepsi tentang diri sendiri secara menyeluruh
- 2) *Self-Esteem* (Penghargaan diri): Penilaian akan pekerjaan sendiri, kapabilitas, kepentingan, dan keberhasilan

3) *Body Image* (Citra Tubuh): Citra mental akan tubuh diri sendiri

g. ***Role Relationships* (Hubungan Peran)**

Hubungan atau asosiasi positif dan negative antar individu atau kelompok-kelompok individu dan sarananya. Hubungan-hubungan tersebut ditunjukkan oleh sarana tersebut. Domain ini terdiri dari beberapa kelas diantaranya:

- 1) *Caregiving Roles* (Peran-peran yang memberi perhatian): Pola perilaku yang diharapkan secara social oleh individu-individu yang menyediakan perawatan dan bukan para professional perawatan kesehatan
- 2) *Family Relationships* (Hubungan keluarga): Asosiasi orang-orang yang secara biologis saling berkaitan
- 3) *Role Performance* (Kinerja Peran): Kualitas memfungsikan di dalam pola-pola perilaku yang diharapkan secara social dalam kehidupan sehari-hari

h. ***Sexuality* (Seksualitas)**

Identitas seksual, fungsi seksual dan reproduksi. Domain ini terdiri dari beberapa kelas diantaranya:

- 1) *Sexual Identity* (Identitas Seksual): Kondisi menjadi seseorang yang khusus dalam hal seksualitas dan atau gender
- 2) *Sexual Function* (Fungsi Seksual): Kapasitas atau kemampuan untuk berpartisipasi didalam aktifitas seksual
- 3) *Reproduction* (Reproduksi): Segala proses yang melahirkan individu-individu baru

i. ***Coping/Stress Tolerance* (Koping/Toleransi Stres)**

Berkaitan dengan kejadian-kejadian atau proses-proses kehidupan. Domain ini terdiri dari beberapa kelas diantaranya:

- 1) *Post-Trauma Responses* (Respon paska trauma): Reaksi-reaksi yang terjadi setelah trauma fisik atau psikologis
- 2) *Coping Responses* (Respon-respon penanggulangan): Proses mengendalikan tekanan lingkungan
- 3) *Neuro-behavioral Responses* (Respon-respon perilaku syaraf): Respon perilaku yang mencerminkan fungsi saraf dan otak

j. ***Life Principles (Prinsip-Prinsip Hidup)***

Prinsip-prinsip yang mendasari perilaku, pikiran dan perilaku tentang langkah-langkah, adapt istiadat, atau lembaga yang dipandang benar atau memiliki pekerjaan intrinsik. Domain ini terdiri dari beberapa kelas diantaranya:

- 1) *Values* (Nilai-nilai): Identifikasi dan pemeringkatan tentang bagaimana akhirnya bertindak yang disukai
- 2) *Beliefs* (Kepercayaan): Pendapat, harapan atau penilaian atas tindakan, adapt istiadat, atau lembaga yang dianggap benar atau memiliki pekerjaan instrinsik
- 3) *Value/Belief/Action Congruence* (Nilai, Kepercayaan, kesesuaian tindakan): korespondensi atau keseimbangan yang dicapai antara nilai-nilai, kepercayaan dan tindakan

k. ***Safety/Protection (Keamanan/Perlindungan)***

Aman dari mara bahaya, luka fisik atau kerusakan system kekebalan, penjagaan akan kehilangan dan perlindungan keselamatan dan keamanan. Domain ini terdiri dari beberapa kelas diantaranya:

- 1) *Infection* (Infeksi): Respon-respon setempat setelah invasi patogenik
- 2) *Physical Injury* (luka Fisik): Luka tubuh yang membahayakan
- 3) *Violence* (kekerasan): penggunaan kekuatan atau tenaga yang berlebihan sehingga menimbulkan luka atau siksaan
- 4) *Environmental Hazards* (tanda bahaya lingkungan): sumber-sumber bahaya yang ada dilingkungan sekitar kita
- 5) *Defensive Processes* (proses mempertahankan diri): proses seseorang mempertahankan diri dari luar
- 6) *Thermoregulation* (termoregulasi): proses fisiologis untuk mengatur panas dan energi di dalam tubuh untuk tujuan melindungi organisms.

l. ***Comfort (Kenyamanan)***

Rasa kesehatan mental, fisik, atau social, atau ketentraman. Domain ini terdiri dari beberapa kelas diantaranya:

- 1) *Physical Comfort* (kenyaman fisik): merasakan tentram dan nyaman
- 2) *Enveromental Comfort* (kenyaman lingkungan): merasakan tentram dan nyaman dari situasi lingkungan seseorang
- 3) *Social Comfort* (kenyaman social): merasakan tentram dan nyaman dari situasi social seseorang

m. ***Growth/Development* (Pertumbuhan/Perkembangan)**

Bertambahnya usia yang sesuai dengan demensi fisik, system organ dan atau tonggak perkembangan yang dicapai. Domain ini terdiri dari beberapa kelas diantaranya:

- 1) *Growth* (pertumbuhan): kenaikan demensi fisik atau kedewasaan system organ
- 2) *Development* (perkembangan): apa yang dicapai, kurang tercapai, atau kehilangan tonggak perkembangan

### **3. Latihan**

Untuk memperdalam pemahaman Anda mengenai materi di atas, kerjakanlah latihan berikut !

- 1) Jelaskan mengapa perawat disarankan untuk dapat selalu mengingat domain pada NANDA !
- 2) Berikan contoh pengangkatan diagnosis dengan menggunakan domain nutrisi yang dilakukan oleh perawat !
- 3) Jelaskan pentingnya domain dalam pemetaan diagnosis keperawatan !

### **4. Rangkuman**

Adanya domain di dalam NANDA dapat diartikan sebagai alat bantu yang memungkinkan perawat mengingat posisi permasalahan yang timbul atas hasil asesmen yang dilakukan kepada pasien. Dengan mengingat domain yang berkaitan maka dengan otomatis seorang perawat bisa mengeleminasi kemungkinan domain yang lain untuk menegakkan diagnosis keperawatan tertentu. Terdapat 13 Domain pada NANDA yang mengandung 248 Diagnosis Keperawatan. Selanjutnya domain ini akan dipecah lagi menjadi beberapa kelas di dalamnya.

## 5. Tes Formatif 1

**Untuk memperdalam materi di atas maka kerjakanlah soal di bawah ini:**

Petunjuk: untuk soal nomor 1 – 10, pilihlah salah satu jawaban yang paling tepat!

1. Ketika seorang Ners menemukan keluhan fisik yang sangat terganggu pada rentang aktivitas gerak pasien serta terjadi penurunan kekuatan otot setelah dilakukan pemeriksaan, maka Pola fungsi Gordon mana yang difokuskan untuk dikaji lebih dalam ...
  - a. Pola penatalaksanaan kesehatan / persepsi sehat
  - b. Pola nutrisi – metabolik
  - c. Pola eliminasi
  - d. Pola aktivitas – latihan
  - e. Pola tidur dan istirahat
2. Ketika seorang Ners menemukan keluhan berupa penurunan frekuensi BAB dan pasien mengeluhkan kram perut serta terjadi penurunan frekuensi bising usus setelah dilakukan pemeriksaan, maka Pola fungsi Gordon mana yang difokuskan untuk dikaji lebih dalam ...
  - a. Pola penatalaksanaan kesehatan / persepsi sehat
  - b. Pola nutrisi – metabolik
  - c. Pola eliminasi
  - d. Pola aktivitas – latihan
  - e. Pola tidur dan istirahat
3. Ketika seorang Ners menemukan keluhan fisik berupa sakit tenggorokan selama menelan, rasa panas ditenggorokan sehingga menyebabkan nafsu makan menurun selama pasien sakit, maka Pola fungsi Gordon mana yang difokuskan untuk dikaji lebih dalam ...
  - a. Pola penatalaksanaan kesehatan / persepsi sehat
  - b. Pola nutrisi – metabolik
  - c. Pola eliminasi
  - d. Pola aktivitas – latihan

- e. Pola tidur dan istirahat
4. Ketika seorang Ners menemukan keluhan pada proses wawancara bahwa pasien mengatakan kepikiran terkait kondisi anak isterinya karena selama ini pasien yang bertindak selaku kepala keluarga dan berkewajiban member nafkah, maka Pola fungsi Gordon mana yang difokuskan untuk dikaji lebih dalam...
    - a. Pola kognitif – perseptual – keadecuatan alat sensori
    - b. Pola persepsi-konsep diri
    - c. Pola peran dan tanggung jawab
    - d. Pola seksual – reproduksi
    - e. Pola koping dan toleransi stress
  5. Ketika seorang Ners menemukan keluhan bahwa pasien merasa malu terhadap dirinya sendiri mengingat selama sakit pasien tidak dapat bekerja seperti biasa dan pasti akan menjadi bahan pembicaraan tetangga terkait rumah tangganya, maka Pola fungsi Gordon mana yang difokuskan untuk dikaji lebih dalam ...
    - a. Pola kognitif – perseptual – keadecuatan alat sensori
    - b. Pola persepsi-konsep diri
    - c. Pola peran dan tanggung jawab
    - d. Pola seksual – reproduksi
    - e. Pola koping dan toleransi stress
  6. Ketika seorang Ners menemukan keluhan bahwa pasien memerlukan pendampingan (sumber dukungan)dari isterinya mengingat banyak permasalahan yang biasanya dipecahkan bersama dengan isteri, maka Pola fungsi Gordon mana yang difokuskan untuk dikaji lebih dalam ...
    - a. Pola kognitif – perseptual – keadecuatan alat sensori
    - b. Pola persepsi-konsep diri
    - c. Pola peran dan tanggung jawab
    - d. Pola seksual – reproduksi
    - e. Pola koping dan toleransi stress
  7. Ketika seorang Ners melakukan wawancara dan pemeriksaan fisik, pasien Nampak mengalami keterbatasan komunikasi



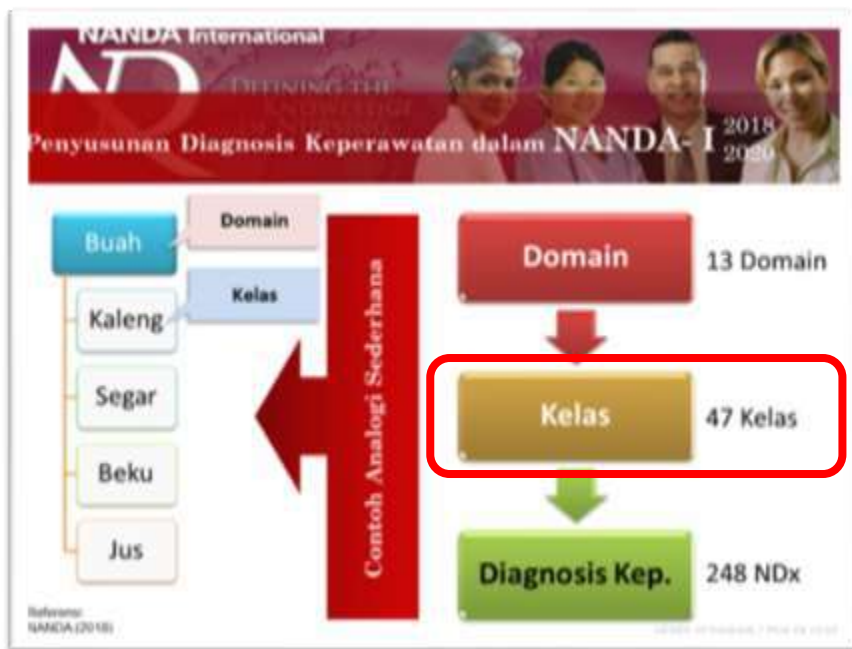
dikarenakan ketidakmampuan berbahasa Indonesia dengan baik serta mengalami kekurangan dalam penglihatan, maka Pola fungsi Gordon mana yang difokuskan untuk dikaji...

- a. Pola kognitif – perseptual – keadekuatan alat sensori
  - b. Pola persepsi-konsep diri
  - c. Pola peran dan tanggung jawab
  - d. Pola seksual – reproduksi
  - e. Pola koping dan toleransi stress
8. Dalam perumusan diagnosis keperawatan, seorang Ners memikirkan bahwa masalah yang dialami pasien adalah masalah Nutrisi. Domain berapakah yang paling prioritas bagi Ners tersebut untuk mencari ...
- a. Domain 1
  - b. Domain 2
  - c. Domain 3
  - d. Domain 4
  - e. Domain 5
9. Dalam perumusan diagnosis keperawatan, seorang Ners memikirkan bahwa masalah yang dialami pasien adalah masalah Aktivitas dan Istirahat. Domain berapakah yang paling prioritas bagi Ners tersebut untuk mencari ...
- a. Domain 1
  - b. Domain 2
  - c. Domain 3
  - d. Domain 4
  - e. Domain 5
10. Dalam perumusan diagnosis keperawatan, seorang Ners memikirkan bahwa masalah yang dialami pasien adalah masalah Keamanan dan perlindungan. Domain berapakah yang paling prioritas bagi Ners tersebut untuk mencari ...
- a. Domain 9
  - b. Domain 10
  - c. Domain 11
  - d. Domain 12
  - e. Domain 13

## Kegiatan Belajar 2 Konsep Kelas pada NANDA

### 1. Definisi

Kelas di dalam domain NANDA diartikan sebagai label kecil setelah label besar domain yang memungkinkan perawat mengingat posisi permasalahan yang timbul atas hasil asesmen yang dilakukan kepada pasien terkhusus setelah menentukan letak domainnya. Dengan mengingat kelas yang berkaitan maka dengan otomatis seorang perawat bisa mengeliminasi kemungkinan kelas yang lain untuk menegakkan diagnosis keperawatan tertentu.



Gambar 6.2. Kelas pada NANDA

Dari gambar terlihat ada 47 kelas yang ada di NANDA yang selanjutnya memudahkan perawat untuk menentukan dengan cepat diagnosis keperawatan yang dialami pasien sesuai tanda dan gejala yang didapat sewaktu melakukan asesmen keperawatan.

## 2. Kelas di dalam Domain NANDA

Seperti apa 47 Kelas di dalam Domain NANDA tersebut berikut ringkasan dan sedikit penjelasannya:

### a. *Health Promotion* (Promosi Kesehatan)

Domain ini terdiri dari beberapa kelas diantaranya:

- 1) *Health Awareness* (Kesadaran Kesehatan): Pengenalan akan fungsi normal dan kesehatan
- 2) *Health Management* (Manajemen Kesehatan): Mengidentifikasi, mengontrol, memperlihatkan dan mengintegrasikan kegiatan-kegiatan untuk mempertahankan kesehatan



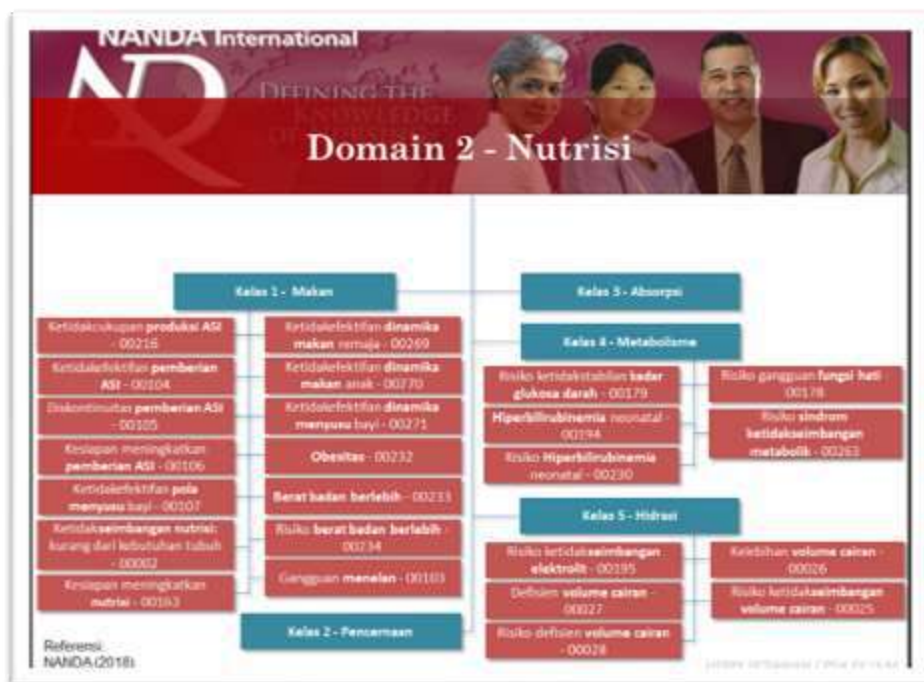
Gambar 6.3. Domain Promosi Kesehatan

### b. *Nutrition* (Nutrisi)

Domain ini terdiri dari beberapa kelas diantaranya:

- 1) *Ingestion* (Proses masuknya makanan): Memasukkan makanan atau kandungan gizi ke dalam tubuh
- 2) *Digestion* (Pencernaan): Kegiatan fisik dan kimiawi yang mengubah kandungan makanan ke dalam zat-zat yang sesuai untuk penyerapan dan asimilasi

- 3) *Absorption* (Penyerapan): tahapan penyerapan kandungan gizi melalui jaringan-jaringan tubuh
- 4) *Metabolism* (metabolisme): Proses kimiawi dan fisik yang terjadi di dalam organisme dan sel-sel hidup bagi pengembangan dan kegunaan protoplasma, produksi kotoran dan tenaga dengan pelepasan tenaga untuk seluruh proses vital
- 5) *Hydration* (Minum) : Perolehan dan penyerapan cairan dan larutan-larutan



Gambar 6.4. Domain Nutrisi

c. *Elimination* (Pembuangan)

Domain ini terdiri dari beberapa kelas diantaranya:

- 1) *Urinary system* (Sistem Urinaria): proses keluarnya urine
- 2) *Gastrointestinal system* (Sistem gastrointestinal): Pengeluaran dan pengenyahan produk-produk kotoran dari isi perut

- 3) *Integumentary system* (Sistem Integumen): Proses keluarnya melalui kulit
- 4) *Pulmonary system* (Sistem Paru-paru): Pembersihan produk-produk metabolis secara ikutan, pengeluaran dan benda-benda asing dari paru-paru atau dua saluran bronkus.



Gambar 6.5. Domain Eliminasi

d. **Activity/Rest (Aktifitas /Istirahat)**

Domain ini terdiri dari beberapa kelas diantaranya:

- 1) *Sleep/Rest* (Tidur/istirahat): tidur, istirahat, ketenangan atau tidak beraktifitas
- 2) *Activity/Exercise* (Aktifitas/berolahraga): Menggerakkan bagian-bagian tubuh (mobilitas), melakukan pekerjaan atau sering melakukan kegiatan-kegiatan (tetapi tidak selalu) untuk meningkatkan daya tahan tubuh (resisitensi)

- 3) *Energy Balance* (Keseimbangan Energi): Kondisi dinamis keharmonisan antara proses masuk dan keluarnya sumber-sumber tenaga
- 4) *Cardiovascular-pulmonary Responses* (respon jantung-paru-paru): Mekanisme jantung-paru-paru yang mendukung aktifitas/istirahat
- 5) *Self Hygiene* (Perawatan Diri): bagaimana seorang merawat dirinya dalam memenuhi kebutuhan dasar perawatan dirinya.



Gambar 6.6. Domain Aktivitas/Istirahat

e. *Perception/Cognition* (Cara Pandang/Kesadaran)

Domain ini terdiri dari beberapa kelas diantaranya:

- 1) *Attention* (Perhatian): Kesiapan mental untuk memperhatikan atau mengamati
- 2) *Orientation* (Tujuan): Kesadaran akan waktu, tempat, orang
- 3) *Sensation/Perception* (Sensasi/Cara Pandang): Menerima informasi melalui sentuhan, rasa, bau, penglihatan, pendengaran, dan kinestesi (gerakan otot) dan pemahaman

akan data rasa hasil dari penamaan, mengasosiasikan dan atau pengenalan pola

- 4) *Cognition* (Kesadaran): Kegunaan memori, belajar, berfikir, penyelesaian masalah, abstraksi, penilaian, pengetahuan, kapasitas intelektual, kalkulasi dan bahasa.
- 5) *Communication* (Komunikasi): Mengirim dan menerima informasi verbal (memakai kata-kata) dan non verbal (memakai gerakan anggota badan yang mengandung arti)



Gambar 6.7. Domain Persepsi/Kognisi

f. *Self-Perception* (Persepsi Diri)

Domain ini terdiri dari beberapa kelas diantaranya:

- 1) *Self-Concept* (Konsep Diri): persepsi tentang diri sendiri secara menyeluruh
- 2) *Self-Esteem* (Penghargaan diri): Penilaian akan pekerjaan sendiri, kapabilitas, kepentingan, dan keberhasilan
- 3) *Body Image* (Citra Tubuh): Citra mental akan tubuh diri sendiri



Gambar 6.8. Domain Persepsi Diri

g. **Role Relationships (Hubungan Peran)**

Domain ini terdiri dari beberapa kelas diantaranya:

- 1) *Caregiving Roles* (Peran-peran yang memberi perhatian): Pola perilaku yang diharapkan secara social oleh individu-individu yang menyediakan perawatan dan bukan para professional perawatan kesehatan
- 2) *Family Relationships* (Hubungan keluarga): Asosiasi orang-orang yang secara biologis saling berkaitan
- 3) *Role Performance* (Kinerja Peran): Kualitas memfungsikan didalam pola-pola perilaku yang diharapkan secara sosial





Gambar 6.9. Domain Hubungan Peran

#### h. *Sexuality* (Seksualitas)

Domain ini terdiri dari beberapa kelas diantaranya:

- 1) *Sexual Identity* (Identitas Seksual): Kondisi menjadi seseorang yang khusus dalam hal seksualitas dan atau gender
- 2) *Sexual Function* (Fungsi Seksual): Kapasitas atau kemampuan untuk berpartisipasi didalam aktifitas seksual
- 3) *Reproduction* (Reproduksi): Segala proses yang melahirkan individu-individu baru



Gambar 6.10. Domain Seksualitas

i. ***Coping/Stress Tolerance (Koping/Toleransi Stres)***

Domain ini terdiri dari beberapa kelas diantaranya:

- 1) *Post-Trauma Responses* (Respon paska trauma): Reaksi-reaksi yang terjadi setelah trauma fisik atau psikologis
- 2) *Coping Responses* (Respon-respon penanggulangan): Proses mengendalikan tekanan lingkungan
- 3) *Neuro-behavioral Responses* (Respon-respon perilaku syaraf): Respon perilaku yang mencerminkan fungsi saraf dan otak

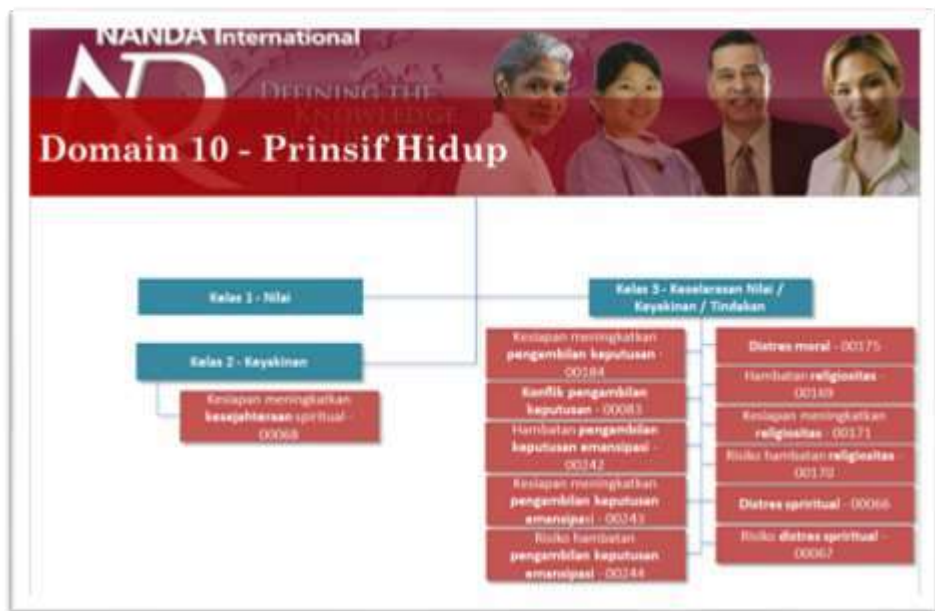


Gambar 6.11. Domain Koping/Toleransi Stres

j. **Life Principles (Prinsip-Prinsip Hidup)**

Domain ini terdiri dari beberapa kelas diantaranya:

- 1) *Values* (Nilai-nilai): Identifikasi dan pemeringkatan tentang bagaimana akhirnya bertindak yang disukai
- 2) *Beliefs* (Kepercayaan): Pendapat, harapan atau penilaian atas tindakan, adapt istiadat, atau lembaga yang dianggap benar atau memiliki pekerjaan instrinsik
- 3) *Value/Belief/Action Congruence* (Nilai, Kepercayaan, kesesuaian tindakan): korespondensi atau keseimbangan yang dicapai antara nilai-nilai, kepercayaan dan tindakan



Gambar 6.12. Domain Prinsip Hidup

k. **Safety/Protection (Keamanan/Perlindungan)**

Domain ini terdiri dari beberapa kelas diantaranya:

- 1) *Infection* (Infeksi): Respon-respon setempat setelah invasi patogenik
- 2) *Physical Injury* (luka Fisik): Luka tubuh yang membahayakan
- 3) *Violence* (kekerasan): penggunaan kekuatan atau tenaga yang berlebihan sehingga menimbulkan luka atau siksaan
- 4) *Environmental Hazards* (tanda bahaya lingkungan): sumber-sumber bahaya yang ada dilingkungan sekitar kita
- 5) *Defensive Processes* (proses mempertahankan diri): proses seseorang mempertahankan diri dari luar
- 6) *Thermoregulation* (termoregulasi): proses fisiologis untuk mengatur panas dan energi di dalam tubuh untuk tujuan melindungi organisms.



Gambar 6.13. Domain Keamanan dan Perlindungan

## 1. *Comfort* (**Kenyamanan**)

Domain ini terdiri dari beberapa kelas diantaranya:

- 1) *Physical Comfort* (kenyaman fisik): merasakan tentram dan nyaman
- 2) *Enveromental Comfort* (kenyaman lingkungan): merasakan tentram dan nyaman dari situasi lingkungan seseorang
- 3) *Social Comfort* (kenyaman social): merasakan tentram dan nyaman dari situasi social seseorang



Gambar 6.14. Domain Kenyamanan

## m. *Growth/Development* (**Pertumbuhan/Perkembangan**)

Domain ini terdiri dari beberapa kelas diantaranya:

- 1) *Growth* (pertumbuhan): kenaikan dimensi fisik atau kedewasaan system organ
- 2) *Development* (perkembangan): apa yang dicapai, kurang tercapai, atau kehilangan tonggak perkembangan



Gambar 6.15. Domain Pertumbuhan/Perkembangan

#### 4. Latihan

Untuk memperdalam pemahaman Anda mengenai materi di atas, kerjakanlah latihan berikut !

- 1) Jelaskan mengapa perawat disarankan untuk dapat selalu mengingat kelas pada NANDA !
- 2) Berikan contoh pengangkatan diagnosis dengan menggunakan kelas infeksi pada domain keamanan dan perlindungan yang dilakukan oleh perawat !
- 3) Jelaskan pentingnya kelas dalam pemetaan diagnosis keperawatan !

#### 5. Rangkuman

Adanya kelas di dalam NANDA dapat diartikan sebagai alat bantu yang memungkinkan perawat mengingat posisi permasalahan yang timbul atas hasil asesmen yang dilakukan kepada pasien secara lebih detail, bahkan lebih detail dari hanya mengingat letak domainnya. Dengan mengingat kelas yang berkaitan maka dengan otomatis seorang perawat bisa mengeleminasi kemungkinan kelas yang lain untuk menegakkan diagnosis keperawatan tertentu. Terdapat 47 kelas pada NANDA yang mengandung 248 Diagnosis Keperawatan.

## 6. Tes Formatif 2

**Untuk memperdalam materi di atas maka kerjakanlah soal di bawah ini:**

Petunjuk: untuk soal nomor 1 – 10, pilihlah salah satu jawaban yang paling tepat!

1. Ketika seorang Ners mendapatkan data fokus bahwa pasien mengalami keluhan sakit menelan saat makan dan telah terjadi selama beberapa hari, maka setelah menentukan bahwa Domain 2 tentang Nutrisi yang bermasalah, selanjutnya Kelas yang dipilih guna menegakkan Diagnosis Keperawatan adalah...
  - a. Ingesti
  - b. Digesti
  - c. Absorpsi
  - d. Metabolisme
  - e. Hidrasi
2. Ketika seorang Ners mendapatkan data fokus bahwa pasien mengalami ketidakstabilan kadar glukosa darah akibat penyakit diabetes yang dialaminya, maka setelah menentukan bahwa Domain 2 tentang Nutrisi yang bermasalah, selanjutnya Kelas yang dipilih guna menegakkan Diagnosis Keperawatan adalah...
  - a. Ingesti
  - b. Digesti
  - c. Absorpsi
  - d. Metabolisme
  - e. Hidrasi
3. Ketika seorang Ners mendapatkan data fokus bahwa pasien mengalami penurunan kualitas turgor kulit ( $> 2$  detik) karena mengalami diare hebat selama beberapa hari, maka setelah menentukan bahwa Domain 2 tentang Nutrisi yang bermasalah, selanjutnya Kelas yang dipilih guna menegakkan Diagnosis Keperawatan adalah...
  - a. Ingesti
  - b. Digesti
  - c. Absorpsi
  - d. Metabolisme
  - e. Hidrasi



4. Dalam penegakan diagnosis keperawatan, saat ditemukan keluhan sakit yang dialami pasien kurang dari 3 bulan akibat kecelakaan kerja yang dialami maka pasien tersebut mengalami Diagnosis Keperawatan ...
  - a. Gangguan rasa nyaman
  - b. Nyeri akut
  - c. Nyeri kronis
  - d. Nyeri persalinan
  - e. Sindrome nyeri kronis
5. Dalam penegakan diagnosis keperawatan, saat ditemukan pasien dalam keadaan Saturasi oksigen rendah 82% dan saat ini masih terpasang O2 sebanyak 5 liter, maka pasien tersebut mengalami Diagnosis Keperawatan ...
  - a. Ketidakefektifan bersihan jalan nafas
  - b. Ketidakefektifan pola nafas
  - c. Hambatan pertukaran gas
  - d. Hambatan ventilasi spontan
  - e. Hambatan penyapihan ventilator
6. Dalam penegakan diagnosis keperawatan, saat ditemukan pasien terdengar suara nafas tambahan dan tidak bisa mengeluarkan sekretnya karena kondisi koma, maka pasien tersebut mengalami Diagnosis Keperawatan ...
  - a. Ketidakefektifan bersihan jalan nafas
  - b. Ketidakefektifan pola nafas
  - c. Hambatan pertukaran gas
  - d. Hambatan ventilasi spontan
  - e. Hambatan penyapihan ventilator
7. Dalam penegakan diagnosis keperawatan, saat ditemukan keluhan sesak nafas dan tidak bisa berkurang saat berbaring di atas tempat tidur, maka pasien tersebut mengalami Diagnosis Keperawatan ...
  - a. Ketidakefektifan bersihan jalan nafas
  - b. Ketidakefektifan pola nafas
  - c. Hambatan pertukaran gas
  - d. Hambatan ventilasi spontan
  - e. Hambatan penyapihan ventilator

8. Dalam penegakan diagnosis keperawatan, saat ditemukan keluhan sesak nafas dan jantung berdebar ketika berpindah ke kamar mandi dari tempat tidur, maka pasien tersebut mengalami Diagnosis Keperawatan ...
  - a. Keletihan
  - b. Intoleransi aktivitas
  - c. Hambatan berjalan
  - d. Kerusakan mobiltas fisik
  - e. Hambatan berpindah
9. Dalam penegakan diagnosis keperawatan, saat ditemukan keluhan merasa kurang energi dan tidak bisa beranjak dari tempat tidur, maka pasien tersebut mengalami Diagnosis Keperawatan ...
  - a. Keletihan
  - b. Intoleransi aktivitas
  - c. Hambatan berjalan
  - d. Kerusakan mobiltas fisik
  - e. Hambatan berpindah
10. Dalam penegakan diagnosis keperawatan, saat ditemukan keluhan keterbatasan pergerakan (prosedur immobilisasi karena fraktur kaki) sehingga tidak bisa berpindah dari tempat tidur, maka pasien tersebut mengalami Diagnosis Keperawatan...
  - a. Keletihan
  - b. Intoleransi aktivitas
  - c. Hambatan berjalan
  - d. Kerusakan mobiltas fisik
  - e. Hambatan berpindah

### **KUNCI JAWABAN TES FORMATIF**

Berikut adalah kunci jawaban dari kegiatan tes formatif yang telah dilakukan:

#### **Tes Formatif 1**

- 1) D
- 2) C

- 3) B
- 4) C
- 5) B
- 6) E
- 7) A
- 8) B
- 9) D
- 10) C

### **Tes Formatif 2**

- 1) A
- 2) D
- 3) E
- 4) B
- 5) C
- 6) A
- 7) B
- 8) B
- 9) A
- 10) D

### **GLOSARIUM**

- Domain : Label besar yang selanjutnya dipecah kembali ke dalam Kelas
- Kelas : Label kecil yang selanjutnya disajikan dalam item diagnosis keperawatan

### **DAFTAR PUSTAKA**

- Ackley B.J., Ladwig G.B. (2014). Nursing Diagnosis Handbook: An Evidence-Based Guide to Planning Care. 10th edition. Mosby: Elsevier Inc.
- Alfaro-LeFevre R. (2013). Critical Thinking, Clinical Reasoning, and Clinical Judgment. 5th edition. Saunders: Elsevier Inc.

- Bulechek G.M., Butcher H.K., Dochterman J.M., Wagner C. (2013). Nursing Interventions Classifications (NIC). 6th edition. Mosby: Elsevier Inc.
- Kozier, B., Erb, G., Berwan, A.J., & Burke, K. (2008). Fundamentals of Nursing: Concepts, Process, and Practice. New Jersey: Prentice Hall Health.
- Ladwig G.B., Ackley B.J. (2014). Mosby's Guide to Nursing Diagnosis. 10th edition. Mosby: Elsevier Inc.
- Moorhead S., Johnson M., Maas M.L., Swanson E. (2013). Nursing Outcomes Classifications (NOC): Measurement of Health Outcomes. 5th edition. Mosby: Elsevier
- Potter, P.A. & Perry, A.G. (2010). Fundamental Keperawatan (3-vot set). Edisi Bahasa Indonesia 7. Elsevier (Singapore) Pte.Ltd.
- Rubinfeld, M.G. & Scheffer, B.K. (2010). Critical Thinking Tactics for nurses, 2nd Ed. Jones and Bartlett Publishers.
- Rubinfeld, M.G. & Scheffer, B.K. (1999). Critical Thinking in Nursing: An Alternative Approach, 2nd Ed. Philadelphia: Lippincott.

## **MODUL 7**

### **Konsep dan Prinsip Pengambilan Keputusan Prioritas**

#### **PENDAHULUAN**

Mengapa seorang perawat perlu pengambilan keputusan prioritas? Pada pelaksanaannya proses keperawatan dimulai dari perawat melakukan hubungan interpersonal dengan pasien dimana tahapan ini disebut dengan asesmen keperawatan, dari asesmen keperawatan yang dilaksanakan maka dapat dilakukan identifikasi masalah keperawatan yang mungkin muncul yang selanjutnya dilakukan penegakan diagnosis keperawatan, dari diagnosis keperawatan yang muncul tentunya memungkinkan tidak hanya satu diagnosis keperawatan namun banyak. Daftar diagnosis keperawatan yang telah dibuat selanjutnya harus diambil keputusan prioritas guna melaksanakan diagnosis keperawatan yang paling membutuhkan penanganan segera. Hal ini dilakukan karena tidak mungkin semua masalah diatasi bersama-sama sekaligus oleh seorang perawat. Jadi, diputuskan masalah mana yang dapat diatasi terlebih dahulu dan memberikan kebaikan dalam perawatan pasien.

# Kegiatan Belajar 1

## Konsep Prioritas Masalah

### 1. Definisi

Prioritas masalah dilakukan karena tidak mungkin semua masalah diatasi bersama-sama sekaligus. Jadi diputuskan masalah mana yang yang dapat diatasi terlebih dahulu. Dalam memprioritaskan kebutuhan klien, hirarki Maslow menjadi rujukan perawat dalam menentukan pemenuhan kebutuhan klien. Kebutuhan fisiologi menjadi kebutuhan utama manusia, kemudian diikuti oleh kebutuhan-kebutuhan psikososial seperti : kenyamanan, pengetahuan, cinta-memiliki, harga diri dan aktualisasi diri. Selain hirarki Maslow dapat dipertimbangkan juga cara untuk mempertimbangkan prioritas masalah berdasarkan kegawatan yang terjadi atau luasnya masalah lain yang mungkin muncul jika masalah tersebut tidak teratasi.

### 2. Dasar dalam Melakukan Prioritas Masalah

Berikut merupakan Hirarki Maslow yang menjadi dasar pertimbangan prioritas masalah:



Gambar 7.1. Hirarki Maslow

Dengan menentukan prioritas diagnosis keperawatan, maka dapat diketahui diagnosis mana yang akan dilakukan atau diatasi pertama kali atau yang segera dilakukan penanganan. Dalam menentukan prioritas terdapat beberapa pendapat urutan prioritas, diantaranya:

a. Berdasarkan kebutuhan Maslow

Maslow menentukan prioritas diagnosis yang akan direncanakan berdasarkan kebutuhan diantaranya kebutuhan fisiologis keselamatan dan keamanan, mencintai dan memiliki, harga diri dan aktualisasi diri. Untuk prioritas diagnosis yang akan direncanakan Maslow membagi urutan tersebut berdasarkan urutan kebutuhan dasar manusia di antaranya :

- 1) Kebutuhan fisiologis, meliputi masalah respirasi, sirkulasi, suhu, nutrisi, nyeri, cairan, perawatan kulit, mobilitas, eliminasi.
- 2) Kebutuhan keamanan dan keselamatan, meliputi masalah lingkungan, kondisi tempat tinggal, perlindungan, pakaian, bebas dari infeksi dan rasa takut.
- 3) Kebutuhan mencintai dan dicintai, meliputi masalah kasih sayang, seksualitas, afiliasi dalam kelompok, hubungan antar manusia.
- 4) Kebutuhan harga diri, meliputi masalah respect dari keluarga, perasaan menghargai diri sendiri.
- 5) Kebutuhan masalah aktualisasi diri, meliputi kepuasan terhadap lingkungan.

b. Berdasarkan tingkat kegawatan (mengancam jiwa)

Penentuan prioritas berdasarkan tingkat kegawatan atau mengancam jiwa yang dilatar belakangi dari prinsip pertolongan pertama yaitu dengan membagi beberapa prioritas diantaranya prioritas tinggi, prioritas sedang, dan prioritas rendah. Prioritas tinggi: mencerminkan situasi yang mengancam kehidupan (nyawa seseorang) sehingga perlu dilakukan tindakan terlebih dahulu seperti masalah bersihan jalan nafas. Contoh diagnosis Ketidakefektifan bersihan jalan nafas. Prioritas sedang: menggambarkan situasi yang tidak gawat dan tidak mengancam

hidup klien seperti masalah higiene perseorangan. Contoh diagnosis Defisit perawatan diri: Mandi. Prioritas rendah: menggambarkan situasi yang tidak berhubungan langsung prognosis dari suatu penyakit yang secara spesifik seperti masalah keuangan atau lainnya. Contoh diagnosis hambatan peran menjadi orang tua.

### **3. Latihan**

Untuk memperdalam pemahaman Anda mengenai materi di atas, kerjakanlah latihan berikut !

- 1) Jelaskan mengapa perawat disarankan untuk dapat selalu memprioritaskan masalah keperawatan !
- 2) Jelaskan mengenai pemilihan prioritas masalah berdasarkan hirarki Maslow !
- 3) Jelaskan mengenai pemilihan prioritas masalah berdasarkan tingkat kegawatan !
- 4) Susunlah berdasarkan prioritas masalah keperawatan pada kasus kecelakaan lalu lintas darat, masalah uang ada pasien antara lain: Kurang pengetahuan; Nyeri akut; Risiko syok; Kerusakan mobilitas fisik; Kecemasan !

### **4. Rangkuman**

Pada pelaksanaannya tidak mungkin perawat dapat menyelesaikan semua masalah keperawatan secara bersama-sama. Memprioritaskan masalah keperawatan menjadi suatu hal yang tidak bisa dihindari demi efektif dan efisiennya perencanaan keperawatan yang dibuat oleh perawat. Pelaksanaan pemprioritasan masalah dilakukan berdasarkan hirarki Maslow dan berdasarkan pertimbangan kegawatan (mengancam nyawa). Hal ini dilakukan dengan hati-hati dan penuh perhitungan dengan mengandalkan kemampuan berpikir kritis, kemampuan dalam melakukan penilaian klinis terhadap kondisi pasien, serta dilandasi oleh penggunaan *evidence based practice* dan *evidence based nursing practice* dalam praktik pemberian asuhan keperawatan kepada pasien.



## 5. Tes Formatif 1

**Untuk memperdalam materi di atas maka kerjakanlah soal di bawah ini:**

Petunjuk: untuk soal nomor 1 – 10, pilihlah salah satu jawaban yang paling tepat!

1. Dalam pengambilan keputusan prioritas, biasanya perawat mempertimbangkan kebutuhan berdasarkan ...
  - a. Hirarki Maslow
  - b. Kebutuhan Roy
  - c. Fisiologis
  - d. Psikologis
  - e. Kedaruratan
2. Kebutuhan paling mendasar dalam pertimbangan seorang Ners menentukan prioritas yaitu:
  - a. Aktualisasi Diri
  - b. Harga Diri
  - c. Mencintai dan Dicintai
  - d. Keamanan dan Perlindungan
  - e. Fisiologis
3. Kebutuhan nomer 5 (lima) dari dasar dalam pertimbangan seorang Ners menentukan prioritas adalah ...
  - a. Aktualisasi Diri
  - b. Harga Diri
  - c. Mencintai dan Dicintai
  - d. Keamanan dan Perlindungan
  - e. Fisiologis
4. Kebutuhan nomer 2 (dua) dari dasar dalam pertimbangan seorang Ners menentukan prioritas adalah ...
  - a. Aktualisasi Diri
  - b. Harga Diri
  - c. Mencintai dan Dicintai
  - d. Keamanan dan Perlindungan
  - e. Fisiologis

5. Kebutuhan nomer 3 (tiga) dari dasar dalam pertimbangan seorang Ners menentukan prioritas adalah ...
  - a. Aktualisasi Diri
  - b. Harga Diri
  - c. Mencintai dan Dicintai
  - d. Keamanan dan Perlindungan
  - e. Fisiologis
6. Kebutuhan nomer 4 (empat) dari dasar dalam pertimbangan seorang Ners menentukan prioritas adalah ...
  - a. Aktualisasi Diri
  - b. Harga Diri
  - c. Mencintai dan Dicintai
  - d. Keamanan dan Perlindungan
  - e. Fisiologis
7. Dalam menentukan prioritas ketika memilih Nursing Diagnoses, maka pertimbangan utamanya adalah ...
  - a. Menyelesaikan masalah risiko yang mengancam nyawa
  - b. Menyelesaikan masalah fokus yang tidak mengancam nyawa
  - c. Menyelesaikan masalah focus
  - d. Menyelesaikan masalah risiko
  - e. Menyelesaikan kesejahteraan pasien
8. Nursing Diagnoses pada kasus kecelakaan lalu lintas darat yang mana terjadi perdarahan hebat, maka prioritas utamanya adalah ...
  - a. Risiko syok
  - b. Risiko cedera
  - c. Nyeri akut
  - d. Nyeri kronis
  - e. Kecemasan
9. Dalam menentukan prioritas, ners Amir mendapatkan beberapa pertimbangan seperti pasien mengalami penurunan berat badan lebih dari 10%, nafas sesak, badan terasa letih, nafsu makan kurang, batuk tidak bisa mengeluarkan secret serta berteriak karena merasa kesakitan saat dilakukan

pengkajian, skala nyeri 8 (0-10), perasaan seperti ditusuk dan menetap. Prioritas terkait Nursing Diagnoses yang diambil adalah ...

- a. Ketidakseimbangan nutrisi: kurang dari kebutuhan tubuh
  - b. Pola nafas tidak efektif
  - c. Keletihan
  - d. Ketidakefektifan bersihan jalan nafas
  - e. Nyeri akut
10. Apa alasan pengangkatan diagnosis di atas sebagai prioritas ...
- a. Nutrisi tubuh harus cepat dikembalikan untuk daya tahan
  - b. Pernafasan menjadi unsur penunjang kehidupan
  - c. Kebugaran fisik sangat diperlukan pasien
  - d. Jalan nafas yang adekuat merupakan kebutuhan dasar
  - e. Nyeri yang tak tertahankan bisa jadi menyebabkan perburukan kondisi

## Kegiatan Belajar 2

### Dokumentasi Prioritas Masalah Keperawatan

#### 1. Definisi

Dokumentasi prioritas masalah keperawatan merupakan suatu catatan yang memuat seluruh masalah keperawatan yang dibutuhkan untuk menentukan masalah keperawatan yang disusun secara urut untuk menentukan masalah keperawatan mana yang didahulukan untuk dilakukan penanganan.

#### 2. Dokumentasi Prioritas Masalah Keperawatan

Pelaksanaan pendokumentasian prioritas keperawatan yang biasa dilakukan seperti pada gambar di bawah ini:



**Tabel Prioritas Masalah Keperawatan**

No.	Masalah Keperawatan
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	

Perawat Penanggung Jawab Asuhan

ttd.

Gambar 7.1. Tabel Prioritas Masalah Keperawatan

Dalam menentukan prioritas masalah keperawatan yang diangkat, penting adanya aspek legalitas berupa keterangan siapa yang melakukan pemrioritasan masalah keperawatan.

### 3. Latihan

Untuk memperdalam pemahaman Anda mengenai materi di atas, kerjakanlah latihan berikut !

- 1) Berikan dan jelaskan contoh pendokumentasian prioritas masalah keperawatan pada pasien diare !
- 2) Berikan dan jelaskan contoh pendokumentasian prioritas masalah keperawatan pada pasien asma !
- 3) Berikan dan jelaskan contoh pendokumentasian prioritas masalah keperawatan pada pasien trauma leher !

### 4. Rangkuman

Pelaksanaan pemprioritasan masalah keperawatan yang dilakukan haruslah dilakukan pendokumentasian sehingga akuntabilitas pekerjaan perawat dapat dipertanggungjawabkan, dapat dipertanggunggugatkan mengapa masalah keperawatan tertentu diprioritaskan sedangkan yang lain tidak.

### 5. Tes Formatif 2

**Untuk memperdalam materi di atas maka kerjakanlah soal di bawah ini:**

Petunjuk: untuk soal nomor 1 – 10, pilihlah salah satu jawaban yang paling tepat!

1. Dalam suatu kondisi ditemukan pasien dengan Saturasi oksigen rendah 82% dengan terpasang O<sub>2</sub> sebanyak 5 liter karena pasien sesak nafas. Ditemukan beberapa diagnosis yang saling berhubungan yaitu Ketidakefektifan bersihan jalan nafas, Ketidakefektifan pola nafas dan Hambatan pertukaran gas. Secara prioritas yang utama dalam kasus ini adalah...
  - a. Ketidakefektifan bersihan jalan nafas
  - b. Ketidakefektifan pola nafas
  - c. Hambatan pertukaran gas
  - d. Hambatan ventilasi spontan
  - e. Hambatan penyapihan ventilator
2. Dalam suatu kondisi ditemukan pasien dengan terdengar suara nafas tambahan, pasien tidak bisa mengeluarkan sekretnya

karena kondisi koma, saturasi O<sub>2</sub> rendah, dan terdapat suara nafas tambahan. Ditemukan beberapa diagnosis yang saling berhubungan yaitu Ketidakefektifan bersihan jalan nafas, Ketidakefektifan pola nafas dan Hambatan pertukaran gas. Secara prioritas yang utama dalam kasus ini adalah...

- a. Ketidakefektifan bersihan jalan nafas
  - b. Ketidakefektifan pola nafas
  - c. Hambatan pertukaran gas
  - d. Hambatan ventilasi spontan
  - e. Hambatan penyapihan ventilator
3. Dalam suatu kondisi ditemukan pasien dengan keluhan sesak nafas dan tidak bisa berkurang saat berbaring di atas tempat tidur, saturasi O<sub>2</sub> rendah, dan terdapat suara nafas tambahan. Ditemukan beberapa diagnosis yang saling berhubungan yaitu Ketidakefektifan bersihan jalan nafas, Ketidakefektifan pola nafas dan Hambatan pertukaran gas. Secara prioritas yang utama dalam kasus ini adalah...
- a. Ketidakefektifan bersihan jalan nafas
  - b. Ketidakefektifan pola nafas
  - c. Hambatan pertukaran gas
  - d. Hambatan ventilasi spontan
  - e. Hambatan penyapihan ventilator
4. Dalam suatu kondisi ditemukan pasien dengan keluhan sesak nafas dan jantung berdebar ketika berpindah ke kamar mandi dari tempat tidur, pasien juga mengatakan merasa lemah dengan kondisinya. Ditemukan beberapa diagnosis yang saling berhubungan yaitu Kelelahan, Intoleransi aktivitas dan Hambatan berjalan. Secara prioritas yang utama dalam kasus ini adalah...
- a. Kelelahan
  - b. Intoleransi aktivitas
  - c. Hambatan berjalan
  - d. Kerusakan mobiltas fisik
  - e. Hambatan berpindah

5. Dalam suatu kondisi ditemukan pasien dengan keluhan merasa kurang energi dan tidak bisa beranjak dari tempat tidur, pasien juga mengatakan susah berjalan dan berpindah dari tempat tidur karena kondisi tubuhnya. Ditemukan beberapa diagnosis yang saling berhubungan yaitu Keletihan, Intoleransi aktivitas, Hambatan berjalan dan Hambatan berpindah. Secara prioritas yang utama dalam kasus ini adalah...
- a. Keletihan
  - b. Intoleransi aktivitas
  - c. Hambatan berjalan
  - d. Kerusakan mobiltas fisik
  - e. Hambatan berpindah

### **KUNCI JAWABAN TES FORMATIF**

Berikut adalah kunci jawaban dari kegiatan tes formatif yang telah dilakukan:

#### **Tes Formatif 1**

- 1) A
- 2) E
- 3) A
- 4) D
- 5) C
- 6) B
- 7) A
- 8) A
- 9) E
- 10) E

#### **Tes Formatif 2**

- 1) C
- 2) A
- 3) B
- 4) B

5) A

## **GLOSARIUM**

- Hirarki Maslow : Pemenuhan kebutuhan dasar manusia berdasarkan Maslow yang mempunyai 5 level tingkatan
- Dokumentasi : Suatu cara untuk membuktikan pelaksanaan suatu pekerjaan melalui pencatatan

## **DAFTAR PUSTAKA**

- Ackley B.J., Ladwig G.B. (2014). *Nursing Diagnosis Handbook: An Evidence-Based Guide to Planning Care*. 10th edition. Mosby: Elsevier Inc.
- Alfaro-LeFevre R. (2013). *Critical Thinking, Clinical Reasoning, and Clinical Judgment*. 5th edition. Saunders: Elsevier Inc.
- Alligood, M.R. (2014). *Nursing Theorists and Their Work*. 8th edition. Mosby: Elsevier Inc.
- Bulechek G.M., Butcher H.K., Dochterman J.M., Wagner C. (2013). *Nursing Interventions Classifications (NIC)*. 6th edition. Mosby: Elsevier Inc.
- Kozier, B., Erb, G., Berwan, A.J., & Burke, K. (2008). *Fundamentals of Nursing: Concepts, Process, and Practice*. New Jersey: Prentice Hall Health.
- Ladwig G.B., Ackley B.J. (2014). *Mosby's Guide to Nursing Diagnosis*. 10th edition. Mosby: Elsevier Inc.
- Moorhead S., Johnson M., Maas M.L., Swanson E. (2013). *Nursing Outcomes Classifications (NOC): Measurement of Health Outcomes*. 5th edition. Mosby: Elsevier
- Potter, P.A. & Perry, A.G. (2010). *Fundamental Keperawatan (3-volume set)*. Edisi Bahasa Indonesia 7. Elsevier (Singapore) Pte.Ltd.



Rubinfeld, M.G. & Scheffer, B.K. (2010). *Critical Thinking Tactics for nurses*, 2nd Ed. Jones and Bartlett Publishers.

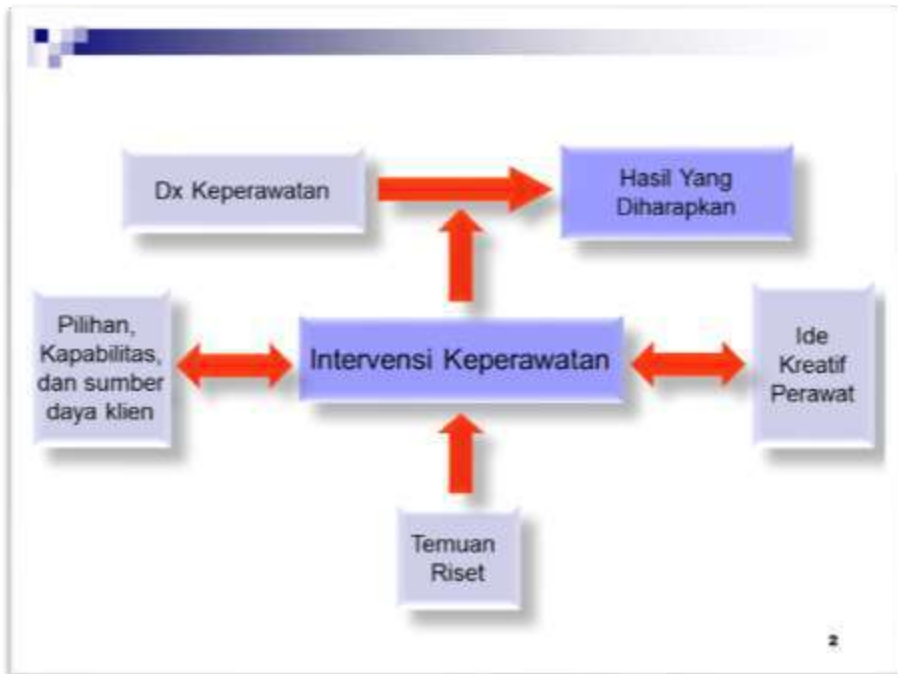
Rubinfeld, M.G. & Scheffer, B.K. (1999). *Critical Thinking in Nursing: An Alternative Approach*, 2nd Ed. Philadelphia: Lippincott.

## MODUL 8

### Perencanaan Keperawatan

#### PENDAHULUAN

Pada pelaksanaan proses asuhan keperawatan, perencanaan keperawatan merupakan bagian yang sangat penting mengingat masalah yang muncul tidak akan terselesaikan jika perencanaan yang dibuat tidak dapat mengatasi masalah yang ada. Hubungan anatara diagnosis keperawatan, luaran atau hasil yang diharapkan akan tergambar pada gambar di bawah ini:



Gambar 8.1. Perencanaan Keperawatan

Pada gambar terlihat ada perencanaan keperawatan yang menjadi kunci dari penyelesaian diagnosis keperawatan yang muncul menuju luaran atau hasil yang diharapkan. Proses pembuatan rencana keperawatan perlu mempertimbangkan pilihan kapabilitas perawat serta

sumber daya klien, dimana keduanya akan sama-sama mendukung perencanaan yang dibuat. Perencanaan keperawatan juga harus berlandaskan pada *evidence based practice* atau *evidence based nursing practice* yang didapat dari hasil temuan riset. Hasil temuan riset pada umumnya merupakan suatu *update* dari perencanaan yang selama ini menjadi kebiasaan perawat. Misal saja selama ini perawat melakukan perencanaan keperawatan berupa perawatan luka, namun akhir-akhir ini banyak berkembang cara atau teknik perawatan luka modern yang notabennya adalah temuan riset-riset terbaru. Perencanaan keperawatan juga memerlukan ide kreatif perawat dimana kekuarangan fasilitas perawatan akan bisa ditutupi dengan kreatifitas yang ada. Seorang perawat jangan hanya berpaku dan mengeluh terkait keterbatasan sarana prasarana perawatan, ide kreatif untuk menuntaskan masalah dituntut disini. Kreatifitas tanpa mengurangi esensi dan prinsip merupakan suatu keniscayaan bagi seorang perawat di era sekarang.

# Kegiatan Belajar 1

## Konsep Perencanaan Keperawatan

### 1. Definisi

Perencanaan keperawatan merupakan kategori dari perilaku keperawatan dimana tujuan yang berpusat pada klien dan hasil yang diperkirakan ditetapkan dan intervensi keperawatan dipilih untuk mencapai tujuan tersebut (Potter & Perry, 2014). Pemilihan intervensi keperawatan harapannya mempertimbangkan penilaian klinis perawat.

### 2. Konsep Perencanaan Keperawatan

Konsep perencanaan keperawatan dimulai dari kemampuan perawat dalam menentukan diagnosis keperawatan kemudian memprioritaskannya, selanjutnya yang harus dilakukan perawat adalah menentukan tujuan serta menentukan kriteria hasil atau luaran yang diharapkan, setelah luaran ditetapkan maka pemilihan intervensi dilakukan dengan mempertimbangkan bahwa intervensi yang akan dipilih dapat menuju pada kriteria atau luaran yang ditetapkan sebelumnya. Dapat dilihat pada gambar berikut:



Gambar 8.2. Konsep Perencanaan Keperawatan

### **3. Tujuan Perencanaan**

Tujuan perencanaan keperawatan merupakan sebuah petunjuk untuk pemilihan intervensi keperawatan dan kriteria dalam evaluasi intervensi keperawatan. Terdapat beberapa tujuan perencanaan keperawatan yang dapat dilihat pada penjabaran berikut ini:

- a. Jangka jangka pendek (Tupen), biasanya dicapai dalam waktu yang singkat ( $< 1$  minggu)
- b. Jangka jangka panjang (Tupan), biasanya dicapai dalam waktu yang lebih lama ( $>1$  minggu atau bulanan)

### **4. Latihan**

Untuk memperdalam pemahaman Anda mengenai materi di atas, kerjakanlah latihan berikut !

- 1) Jelaskan kaitan antara berpikir kritis dengan pemilihan rencana keperawatan !
- 2) Jelaskan kaitan antara hasil yang diharapkan dengan pemilihan rencana keperawatan !
- 3) Jelaskan mengenai tujuan jangka pendek dan jangka panjang pada perencanaan keperawatan !

### **5. Rangkuman**

Perencanaan keperawatan dilakukan dengan harapan dapat menemui hasil yang diharapkan oleh perawat dan juga pasien. Perencanaan keperawatan berpusat pada klien dan hasil yang diperkirakan ditetapkan dan intervensi keperawatan dipilih untuk mencapai tujuan tersebut. Pemilihan intervensi kepearwatan harapannya mempertimbangkan penialian klinis perawat.

### **6. Tes Formatif 1**

**Untuk memperdalam materi di atas maka kerjakanlah soal di bawah ini:**

Petunjuk: untuk soal nomor 1 – 5, pilihlah salah satu jawaban yang paling tepat!

1. Pada tahap perencanaan dimana tujuan ditetapkan untuk dicapai dalam waktu yang singkat (< 1 minggu)
  - a. Tujuan jangka singkat
  - b. Tujuan jangka pendek
  - c. Tujuan jangka menengah
  - d. Tujuan jangka panjang
  - e. Tujuan jangka lama
2. Pada tahap perencanaan dimana tujuan ditetapkan untuk dicapai dalam waktu yang lebih lama (>1 minggu atau bulanan)
  - a. Tujuan jangka singkat
  - b. Tujuan jangka pendek
  - c. Tujuan jangka menengah
  - d. Tujuan jangka panjang
  - e. Tujuan jangka lama
3. Perencanaan keperawatan dimana perawat memilih indikator spesifik yang mencerminkan tujuan akhir terselesaikannya masalah keperawatan pasien disebut...
  - a. Prioritas diagnosis
  - b. Penetapan tujuan
  - c. Penentuan kriteria hasil
  - d. Pemilihan intervensi
  - e. Penulisan intervensi
4. Perencanaan keperawatan dimana perawat memilih menetapkan target untuk acuan terselesaikannya masalah keperawatan pasien disebut...
  - a. Prioritas diagnosis
  - b. Penetapan tujuan
  - c. Penentuan kriteria hasil
  - d. Pemilihan intervensi
  - e. Penulisan intervensi
5. Perencanaan keperawatan dimana perawat memilih rincian tindakan yang dimaksudkan untuk menyelesaikan masalah keperawatan pasien disebut...
  - a. Prioritas diagnosis
  - b. Penetapan tujuan
  - c. Penentuan kriteria hasil
  - d. Pemilihan intervensi
  - e. Penulisan intervensi

## **Kegiatan Belajar 2**

### **Perbedaan Perencanaan Keperawatan dengan Perencanaan Medis**

#### **1. Definisi**

Perbedaan perencanaan keperawatan dan perencanaan medis diartikan sebagai hal spesifik yang mana akan membedakan apa yang menjadi kewenangan keperawatan dan mana yang menjadi kewenangan medis dalam memandang seorang pasien yang sama.

#### **2. Perbedaan Intervensi Medis dengan Intervensi Keperawatan**

Secara perencanaan, konsep perencanaan medis mempunyai karakteristik sebagai berikut:

- a. Dibuat oleh tenaga medis
- b. Berdasarkan diagnosis medis
- c. Mengacu pada proses penyakit
- d. Berupa *curing* (terapi)
- e. Order dokter

Secara perencanaan, konsep perencanaan keperawatan mempunyai karakteristik sebagai berikut:

- a. Dibuat oleh perawat profesional
- b. Berdasarkan diagnosis keperawatan
- c. Mengacu pada respon klien
- d. Berupa *caring* (asuhan keperawatan)
- e. Order perawat

Contoh perbedaan perencanaan Medis dan Keperawatan, dapat terlihat sebagai berikut:

##### a. Medis:

Novalgin injeksi 3 x 1 ampul IV

##### b. Keperawatan:

- Kaji tingkat nyeri
- Kaji penyebab nyeri
- Kaji area nyeri
- Kaji kualitas nyeri
- Ajarkan teknik distraksi
- Ajarkan teknik relaksasi
- Kolaborasi pemberian obat analgesik: Novalgin 1 ampul IV
- Evaluasi efek pemberian obat setelah 30 menit

### **3. Latihan**

Untuk memperdalam pemahaman Anda mengenai materi di atas, kerjakanlah latihan berikut !

- 1) Jelaskan perbedaan perencanaan medis dan perencanaan keperawatan !
- 2) Jelaskan kaitan antara perencanaan medis dan perencanaan keperawatan !

### **4. Rangkuman**

Terdapat perbedaan yang sangat jauh antara perencanaan medis dengan perencanaan keperawatan. Perencanaan medis dibuat oleh tenaga medis berdasarkan diagnosis medis dan mengacu pada proses penyakit serta dilakukan terapi (*curing*), sedangkan perencanaan keperawatan dibuat oleh perawat profesional berdasarkan diagnosis keperawatan dan mengacu pada respon klien serta dilakukan asuhan keperawatan (*caring*).

### **5. Tes Formatif 2**

**Untuk memperdalam materi di atas maka kerjakanlah soal di bawah ini:**

Petunjuk: untuk soal nomor 1 – 5, pilihlah salah satu jawaban yang paling tepat!



1. Letak utama perbedaan anatara perencanaan medis dan perencanaan keperawatan adalah pada....
  - a. Perawat melaksanakan *caring*, medis melaksanakan *curing*
  - b. Perawat menerima delegasi, medis memberi delegasi
  - c. Perawat berkolaborasi dengan medis dalam perawatan
  - d. Perawat berkerjasama dengan professional pemberi asuhan
  - e. Perawat melakukan intervensi mandiri medis

Petunjuk: jawaban (A) jika 1,2,3 benar; (B) jika 1 dan 3 benar; (C) jika 2 dan 4 benar; (D) jika 4 benar/salah; (E) jika semua benar/salah

2. Dasar dari seorang perawat dalam menentukan intervensi keperawatan antara lain:
  1. *Evidence Based Nursing*
  2. Kondisi tempat kerja perawat
  3. Kemampuan pasien untuk mendung rencana
  4. Kondisi lingkungan perawatan
3. Bentuk dari intervensi keperawatan yang benar adalah ...
  1. Mengacu pada respon pasien
  2. Mengacu pada proses penyakit
  3. Berupa *caring*
  4. Berupa *curing*
4. Jika pada diagnosis medis, seorang dokter memberikan analgetik untuk pasien dengan nyeri. Maka perawat melakukan:
  1. Kaji tingkat nyeri
  2. Kaji penyebab nyeri
  3. Kaji area nyeri
  4. Memberikan obat nyeri
5. Jika pada diagnosis medis, seorang dokter memberikan obat pengencer sputum untuk pasien dengan batuk berdahak yang tidak bs mengeluarkan dahaknya. Maka perawat melakukan:
  1. Memposisikan pasien
  2. Nebulisasi
  3. Mengajarkan pasien nafas dalam
  4. Memberikan obat pengencer sputum

## **Kegiatan Belajar 3**

### **Penggunaan NOC untuk Menetapkan Luaran**

#### **1. Definisi**

Luaran keperawatan dapat diartikan sebagai hasil yang diinginkan perawat terkait kondisi atau masalah yang ada saat ini. Luaran yang menjadi dasar guna menentukan atau memilih intervensi yang akan dimaksudkan menyelesaikan masalah keperawatan yang ada.

#### **2. Penetapan Luaran Keperawatan**

Luaran keperawatan atau hasil yang diharapkan (*Expected Patient Outcomes*) haruslah mempunyai sasaran spesifik, langkah demi langkah yang mengarah pada pencapaian tujuan dan penghilangan terhadap etiologi atau faktor risiko untuk masing-masing diagnosis keperawatan.

Contoh penentuan luaran keperawatan pada diagnosis keperawatan “nyeri akut” yang biasanya dibuat oleh seorang perawat yaitu sebagai berikut:

Tingkat nyeri, indikator/kriteria:

- Klien mengatakan nyeri berkurang
- Klien menggunakan skala nyeri utk mengidentifikasi tingkat nyeri
- Klien mampu istirahat / tidur
- Klien menggunakan teknik non farmakologi (distraksi/relaksasi)

#### **3. Konsep SMART dalam Penentuan Luaran**

Perumusan *Outcome* (Kriteria Hasil) yang baik (Stuart & Sundeen, 1995), dapat dijabarkan sebagai berikut:

- a. *Specific* (khusus)
- b. *Measurable* (diukur)
- c. *Achievable* (dicapai)
- d. *Reliable* (rasional)
- e. *Time* (waktu)

#### 4. Penggunaan NOC dalam Penentuan Luaran

Pada saat ini sudah ada standar kriteria hasil yaitu *Nursing Outcome Classification* (NOC) untuk memberikan referensi dalam penentuan luaran. Klasifikasi dari kriteria hasil yang diharapkan kepada klien yang komprehensif dan terstandarisasi untuk mengevaluasi efek dari intervensi keperawatan. Terdapat 330 *outcomes* (pada NOC edisi 3).

#### 5. Penentuan Tujuan berdasarkan NOC

Menggunakan *Nursing Outcome Classification* (NOC) sebagai referensi haruslah memahami teknik penggunaannya guna mensinkronkan antara masalah keperawatan yang diangkat sebagai diagnosis keperawatan menggunakan referensi NANDA. Selanjutnya dilakukan dengan cara membuka bagian “**PART FOUR – NOC Linkages: Health Patterns and NANDA International**”, setelah membuka “bagian empat” ini, perawat dapat memilih *outcome* yang mungkin bersesuaian dengan kondisi klinis pasien. Setelah memilih *outcome* tertentu maka dilanjutkan dengan membuka “**PART THREE – Outcomes**”, setelah membuka “bagian tiga” maka perawat dapat memilih indikator apa saja yang akan mencapai terpenuhinya *outcome* sesuai kondisi klinis pasien yang telah ditentukan. *Outcome* yang dicapai akan merepresentasikan pencapaian pengentasan masalah keperawatan yang ada di bagian akhir proses keperawatan yaitu evaluasi keperawatan. Jika *outcome* yang ditetapkan tercapai semua maka dapat diartikan intervensi yang dijalankan berhasil dengan baik.

## 6. Penggunaan Kata Kerja dalam Luaran Keperawatan

Berikut merupakan penggunaan kata kerja dalam penentuan luaran keperawatan:

- a. Kognitif diantaranya adalah dengan kata kerja: jelaskan, hubungkan, uraikan, identifikasi, bandingkan, diskusikan, menyebutkan;
- b. Afektif diantaranya adalah dengan kata kerja: menerima, mengakui, menilai, mengungkapkan, mempercayai;
- c. Psikomotor diantaranya adalah dengan kata kerja: meniru, mengulang, mendemonstrasikan, menampilkan, memberi.

## 7. Latihan

Untuk memperdalam pemahaman Anda mengenai materi di atas, kerjakanlah latihan berikut !

- 1) Jelaskan mengenai kaidah SMART dalam penentuan luaran dalam asuhan keperawatan !
- 2) Jelaskan cara penentuan luaran keperawatan menggunakan *Nursing Outcome Classification* (NOC) !
- 3) Jelaskan mengenai penggunaan kata kerja dalam penentuan luaran keperawatan !

## 8. Rangkuman

Penggunaan NOC dilakukan dengan cara membuka bagian “PART FOUR – NOC Linkages: Health Patterns and NANDA International”, setelah membuka “bagian empat” ini, perawat dapat memilih *outcome* yang mungkin bersesuaian dengan kondisi klinis pasien. Setelah memilih *outcome* tertentu maka dilanjutkan dengan membuka “PART THREE – Outcomes”, setelah membuka “bagian tiga” maka perawat dapat memilih indikator apa saja yang akan mencapai terpenuhinya *outcome* sesuai kondisi klinis pasien yang telah ditentukan. Jika *outcome* yang ditetapkan tercapai semua maka diartikan intervensi yang dijalankan berhasil baik.

## 9. Tes Formatif 3

**Untuk memperdalam materi di atas maka kerjakanlah soal di bawah ini:**

Petunjuk: untuk soal nomor 1 – 5, pilihlah salah satu jawaban yang paling tepat!

1. Faktor yang perlu dipertimbangkan seorang Ners untuk memilih *outcome*, yaitu ...
  - a. Waktu pasien dirawat
  - b. Kemampuan perawat
  - c. Diagnosis keperawatan
  - d. Tipe intervensi
  - e. Tipe perencanaan
2. Penentuan tujuan keperawatan dengan menggunakan buku NOC dapat dicari dengan jalan ...
  - a. Membuka bagian 2 (taksonomi) dilanjutkan dengan bagian 3 (tujuan)
  - b. Membuka bagian 3 (tujuan) dilanjutkan dengan bagian 4 (pola kesehatan)
  - c. Membuka bagian 4 (pola kesehatan) dilanjutkan dengan bagian 3 (tujuan)
  - d. Membuka bagian 4 (pola kesehatan) dilanjutkan dengan bagian 6 (apendiks)
  - e. Membuka bagian 3 (tujuan) dilanjutkan dengan bagian 2 (taksonomi)
3. Kaidah SMART yang mana mempunyai pengertian luaran keperawatan yang ditentukan dapat terukur secara pencapaian adalah...
  - a. *Specific*
  - b. *Measurable*
  - c. *Achievable*
  - d. *Reliable*
  - e. *Time*

Petunjuk: jawaban (A) jika 1,2,3 benar; (B) jika 1 dan 3 benar; (C) jika 2 dan 4 benar; (D) jika 4 benar/salah; (E) jika semua benar/salah

4. *Outcome* dari diagnosis keperawatan nyeri yang diangkat oleh seorang Ners antara lain :
  1. Pasien mengatakan nyeri berkurang
  2. Pasien menggunakan skala nyeri utk mengidentifikasi tingkat nyeri
  3. Pasien mampu istirahat
  4. Pasien menggunakan teknik non farmakologi
5. Dalam perumusan *Outcome* (Kriteria Hasil) diharapkan seorang Ners selalu memperhatikan SMART Antara lain ...
  1. *Specific*
  2. *Meaningful*
  3. *Achievable*
  4. *Respect and Time*

## **Kegiatan Belajar 4**

### **Penggunaan NIC untuk Memilih Intervensi**

#### **1. Definisi**

Intervensi keperawatan dapat diartikan sebagai pilihan tindakan perawat terkait kondisi atau masalah yang ada saat ini. Intervensi keperawatan diartikan sebagai tindakan untuk mencapai luaran yang telah ditetapkan sebelumnya menyelesaikan masalah keperawatan yang ada.

#### **2. Penetapan Intervensi Keperawatan**

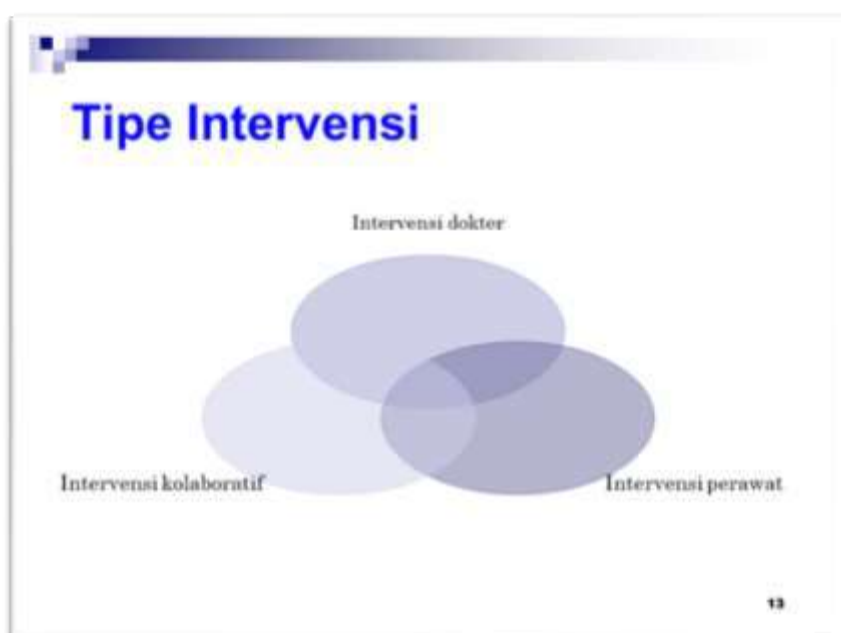
Penetapan intervensi keperawatan yang memperhatikan standar intervensi yang komprehensif berdasarkan riset atau mengedepankan *evidence based practice* dan *evidence based nursing practice*. Klasifikasi *Nursing Intervention Classification* (NIC) meliputi intervensi yang dilakukan baik tindakan keperawatan langsung dan tidak langsung, mandiri dan kolaborasi. Dalam NIC (edisi 4) terdapat 542 tindakan. NIC Proyek yang dikembangkan oleh University of IOWA.

Menggunakan *Nursing Intervention Classification* (NIC) sebagai referensi haruslah memahami teknik penggunaannya guna mensinkronkan antara masalah keperawatan yang diangkat sebagai diagnosis keperawatan menggunakan referensi NANDA. Selanjutnya dilakukan dengan cara membuka bagian “PART SIX – NIC Interventions Linked to NANDA International Diagnosis”, setelah membuka “bagian enam” ini, perawat dapat memilih *label intervention* yang mungkin bersesuaian dengan kondisi klinis pasien. Setelah memilih *label intervention* tertentu maka dilanjutkan dengan membuka “PART THREE – The Classification”, setelah membuka “bagian tiga” maka perawat dapat memilih aktivitas keperawatan apa saja yang akan mencapai terpenuhinya *outcome* sesuai kondisi klinis pasien yang telah ditentukan. *Outcome* yang dicapai akan merepresentasikan

pencapaian pengentasan masalah keperawatan yang ada di bagian akhir proses keperawatan yaitu evaluasi keperawatan. Jika *outcome* yang ditetapkan tercapai semua maka dapat diartikan intervensi yang dijalankan berhasil dengan baik melalui aktivitas keperawatan sesuai label intervensi.

### 3. Tipe Intervensi dalam Keperawatan

Pada pelaksanaannya intervensi keperawatan akan dibagi menjadi intervensi mandiri perawat, intervensi delegatif dokter dan intervensi kolaboratif. Penjelasan terkait tipe intervensi dapat digambarkan sesuai penjelasan di bawah ini:



Gambar 8.3. Tipe Intervensi Keperawatan

Pada pelaksanaannya perawat mempunyai beberapa intervensi dalam memberikan asuhan terintegrasi kepada pasien. Berikut merupakan penjelasan dari gambar di atas:

#### a. Intervensi Perawat

- 1) Merupakan suatu tindakan autonomi berdasarkan rasional ilmiah yang dilakukan untuk keuntungan klien dalam cara



yang diprediksi yang berhubungan dengan diagnosis keperawatan dan tujuan klien.

2) Contoh dari intervensi perawat:

a) Manajemen nyeri

b) Oksigenasi

b. Intervensi Medis

1) Didasarkan pada respon tenaga medis terhadap diagnosis medis, perawat menyelesaikan instruksi tertulis tenaga medis

2) Contoh dari intervensi medis:

a) Memberikan medikasi (administrasi obat)

b) Melakukan prosedur invasif

c. Intervensi Kolaboratif

1) Terapi yang membutuhkan pengetahuan, keterampilan dan keahlian dari berbagai profesional pemberi asuhan (PPA).

2) Contoh: tenaga medis, dietitian, fisioterapi, psikolog, dan lainnya.

#### **4. Memilih Intervensi Keperawatan**

Pada pelaksanaan pemilihan intervensi keperawatan, ada beberapa hal yang perlu dipertimbangkan antara lain:

a. Karakteristik diagnosis keperawatan

b. Hasil yang diharapkan

c. Dasar riset

d. Kemungkinan untuk dikerjakan (interaksi, biaya, waktu)

e. Penerimaan klien

f. Kompetensi perawat

## 5. Rasionalisasi Perencanaan Keperawatan

Pada pelaksanaannya perencanaan keperawatan haruslah dilandasi dengan rasionalitas yang tinggi guna menjamin intervensi keperawatan berjalan dengan baik. Rasionalitas dalam perencanaan keperawatan berdasarkan ilmu pengetahuan yang mendasari, *evidence based practice* atau *evidence based nursing practice* yang didapat dari hasil temuan riset. Rasionalitas bukan tujuan dilakukan intervensi keperawatan. Namun, rasionalitas lebih pada apakah intervensi keperawatan ini dapat diterima dengan baik sesuai dengan kondisi fisiologis dan patofisiologis secara keilmuan.

## 6. Latihan

Untuk memperdalam pemahaman Anda mengenai materi di atas, kerjakanlah latihan berikut !

- 1) Jelaskan mengenai ranah intervensi keperawatan dalam asuhan terintegrasi !
- 2) Jelaskan hal-hal yang harus diperhatikan dalam memilih intervensi keperawatan !
- 3) Jelaskan cara pemilihan intervensi keperawatan menggunakan *Nursing Intervention Classification* (NIC) !
- 4) Jelaskan mengapa penting terdapat rasionalitas dalam pemilihan intervensi keperawatan !

## 7. Rangkuman

Penggunaan NIC dilakukan dengan cara membuka bagian “PART SIX – NIC Interventions Linked to NANDA International Diagnosis”, setelah membuka “bagian enam” ini, perawat dapat memilih *label intervention* yang mungkin bersesuaian dengan kondisi klinis pasien. Setelah memilih *label intervention* tertentu maka dilanjutkan dengan membuka “PART THREE – The Classification”, setelah membuka “bagian tiga” maka perawat dapat memilih aktivitas keperawatan apa saja yang akan mencapai terpenuhinya *outcome* sesuai kondisi klinis pasien yang telah

ditentukan. Jika *outcome* yang ditetapkan tercapai semua maka dapat diartikan intervensi yang dijalankan berhasil dengan baik melalui aktivitas keperawatan sesuai label intervensi.

## 8. Tes Formatif 4

**Untuk memperdalam materi di atas maka kerjakanlah soal di bawah ini:**

Petunjuk: untuk soal nomor 1 – 5, pilihlah salah satu jawaban yang paling tepat!

1. Penentuan intervensi keperawatan dengan menggunakan buku NIC dapat dicari dengan jalan...
  - a. Membuka bagian 4 (area khusus) dilanjutkan dengan bagian 2 (taksonmi dari intervensi)
  - b. Membuka bagian 2 (taksonmi dari intervensi) dilanjutkan dengan bagian 3 (aktivitas)
  - c. Membuka bagian 6 (penentuan label) dilanjutkan dengan bagian 3 (aktivitas)
  - d. Membuka bagian 3 (aktivitas) dilanjutkan dengan bagian 6 (penentuan label)
  - e. Membuka bagian 3 (tujuan) dilanjutkan dengan bagian 2 (taksonmi dari intervensi)
2. Pada pelaksanaannya perencanaan keperawatan perawat memahami bahwa tindakannya harus berdasarkan ilmu pengetahuan yang mendasari, *evidence based practice* atau *evidence based nursing practice*. Perawat disini mempertimbangkan...
  - a. Karakteristik diagnosis keperawatan
  - b. Hasil yang diharapkan
  - c. Dasar riset
  - d. Kemungkinan untuk dikerjakan
  - e. Kompetensi perawat

Petunjuk: jawaban (A) jika 1,2,3 benar; (B) jika 1 dan 3 benar; (C) jika 2 dan 4 benar; (D) jika 4 benar/salah; (E) jika semua benar/salah

3. Dalam memilih intervensi keperawatan yang tepat haruslah memperhatikan hal berikut yaitu:
  1. Karakteristik Diagnosis Keperawatan
  2. Hasil yang diharapkan
  3. Kemungkinan untuk dikerjakan
  4. Kompetensi perawat
4. Bentuk intervensi *independent* dari seorang Ners antara lain:
  1. Terapi intravena
  2. Manajemen nyeri
  3. Dosis insulin
  4. Oksigenasi
5. Bentuk intervensi *interdependent* dari seorang Ners antara lain:
  1. Terapi intravena
  2. Dietitian
  3. Dosis insulin
  4. Fisioterapi

## Kegiatan Belajar 5

### Dokumentasi Perencanaan Keperawatan

#### 1. Definisi

Dokumentasi perencanaan keperawatan merupakan suatu catatan yang memuat seluruh perencanaan keperawatan yang dibutuhkan untuk menyelesaikan masalah keperawatan yang disusun secara urut untuk menyelesaikan masalah keperawatan.

#### 2. Pelaksanaan Dokumentasi Perencanaan Keperawatan

Pelaksanaan pendokumentasian perencanaan keperawatan yang biasa dilakukan seperti pada gambar di bawah ini:



No.	Diagnosis	Luaran	Intervensi

Perawat Penanggung Jawab Asuhan

ttd.

Gambar 8.4. Tabel Perencanaan Keperawatan

Dalam menentukan perencanaan keperawatan yang diangkat, penting adanya aspek legalitas berupa keterangan siapa yang melakukan perencanaan keperawatan.

### **3. Latihan**

Untuk memperdalam pemahaman Anda mengenai materi di atas, kerjakanlah latihan berikut !

- 1) Berikan dan jelaskan contoh pendokumentasian perencanaan keperawatan pada masalah keperawatan nyeri akut !
- 2) Berikan dan jelaskan contoh pendokumentasian perencanaan keperawatan pada masalah keperawatan mual !
- 3) Berikan dan jelaskan contoh pendokumentasian perencanaan keperawatan pada masalah keperawatan risiko infeksi !
- 4) Berikan dan jelaskan contoh pendokumentasian perencanaan keperawatan pada masalah keperawatan risiko aspirasi !
- 5) Berikan dan jelaskan contoh pendokumentasian perencanaan keperawatan pada masalah keperawatan risiko jatuh !

### **4. Rangkuman**

Pelaksanaan perencanaan keperawatan yang dilakukan haruslah dilakukan pendokumentasian sehingga akuntabilitas pekerjaan perawat dapat dipertanggungjawabkan, dapat dipertanggunggugatkan mengapa perencanaan keperawatan ini dibuat berdasarkan masalah keperawatan yang telah diprioritaskan untuk dilakukan perencanaan keperawatan.

### **5. Tes Formatif 5**

**Untuk memperdalam materi di atas maka kerjakanlah soal di bawah ini:**

Petunjuk: untuk soal nomor 1 – 5, pilihlah salah satu jawaban yang paling tepat!

1. Data dimana ditemukan tanda gejala pada pasien, maka didokumentasikan di bagian...
  - a. Diagnosis keperawatan
  - b. Batasan karakteristik
  - c. Faktor yang berhubungan
  - d. Luaran keperawatan
  - e. Intervensi keperawatan

2. Data dimana teridentifikasi hal yang berkaitan dengan masalah keperawatan yang dialami pasien, maka didokumentasikan di bagian...
  - a. Diagnosis keperawatan
  - b. Batasan karakteristik
  - c. Faktor yang berhubungan
  - d. Luaran keperawatan
  - a. Intervensi keperawatan
3. Data dimana perawat merumuskan kaitan antara problem, etiologi dan tanda gejala, maka didokumentasikan di bagian...
  - a. Diagnosis keperawatan
  - b. Batasan karakteristik
  - c. Faktor yang berhubungan
  - d. Luaran keperawatan
  - e. Intervensi keperawatan
4. Data dimana perawat merumuskan rincian rencana asuhan yang akan diberikan, maka didokumentasikan di bagian...
  - a. Diagnosis keperawatan
  - b. Batasan karakteristik
  - c. Faktor yang berhubungan
  - d. Luaran keperawatan
  - e. Intervensi keperawatan
5. Data dimana perawat merumuskan target, tujuan dan kriteria hasil yang diharapkan, maka didokumentasikan di bagian...
  - a. Diagnosis keperawatan
  - b. Batasan karakteristik
  - c. Faktor yang berhubungan
  - d. Luaran keperawatan
  - e. Intervensi keperawatan

### **KUNCI JAWABAN TES FORMATIF**

Berikut adalah kunci jawaban dari kegiatan tes formatif yang telah dilakukan:

#### **Tes Formatif 1**

- 1) B
- 2) D
- 3) C

- 4) B
- 5) D

### **Tes Formatif 2**

- 1) A
- 2) B
- 3) B
- 4) A
- 5) B

### **Tes Formatif 3**

- 1) C
- 2) C
- 3) B
- 4) E
- 5) B

### **Tes Formatif 4**

- 1) C
- 2) C
- 3) E
- 4) C
- 5) C

### **Tes Formatif 5**

- 1) B
- 2) C
- 3) A
- 4) E
- 5) D

## **GLOSARIUM**

*Curing* : Tindakan yang mengacu pada proses penyakit serta dilakukan terapi

*Caring* : Tindakan yang mengacu pada respon klien



Dokumentasi : serta dilakukan asuhan keperawatan  
: Suatu cara untuk membuktikan pelaksanaan  
suatu pekerjaan melalui pencatatan

## **DAFTAR PUSTAKA**

- Ackley B.J., Ladwig G.B. (2014). *Nursing Diagnosis Handbook: An Evidence-Based Guide to Planning Care*. 10th edition. Mosby: Elsevier Inc.
- Alfaro-LeFevre R. (2013). *Critical Thinking, Clinical Reasoning, and Clinical Judgment*. 5th edition. Saunders: Elsevier Inc.
- Bulechek G.M., Butcher H.K., Dochterman J.M., Wagner C. (2013). *Nursing Interventions Classifications (NIC)*. 6th edition. Mosby: Elsevier Inc.
- Kozier, B., Erb, G., Berwan, A.J., & Burke, K. (2008). *Fundamentals of Nursing: Concepts, Process, and Practice*. New Jersey: Prentice Hall Health.
- Ladwig G.B., Ackley B.J. (2014). *Mosby's Guide to Nursing Diagnosis*. 10th edition. Mosby: Elsevier Inc.
- Moorhead S., Johnson M., Maas M.L., Swanson E. (2013). *Nursing Outcomes Classifications (NOC): Measurement of Health Outcomes*. 5th edition. Mosby: Elsevier
- Potter, P.A. & Perry, A.G. (2010). *Fundamental Keperawatan (3-vot set)*. Edisi Bahasa Indonesia 7. Elsevier (Singapore) Pte.Ltd.
- Rubinfeld, M.G. & Scheffer, B.K. (2010). *Critical Thinking Tactics for nurses*, 2nd Ed. Jones and Bartlett Publishers.
- Rubinfeld, M.G. & Scheffer, B.K. (1999). *Critical Thinking in Nursing: An Alternative Approach*, 2nd Ed. Philadelphia: Lippincott.

# **MODUL 9**

## **Penggunaan SDKI, SLKI, SIKI sebagai Standar Keperawatan Indonesia**

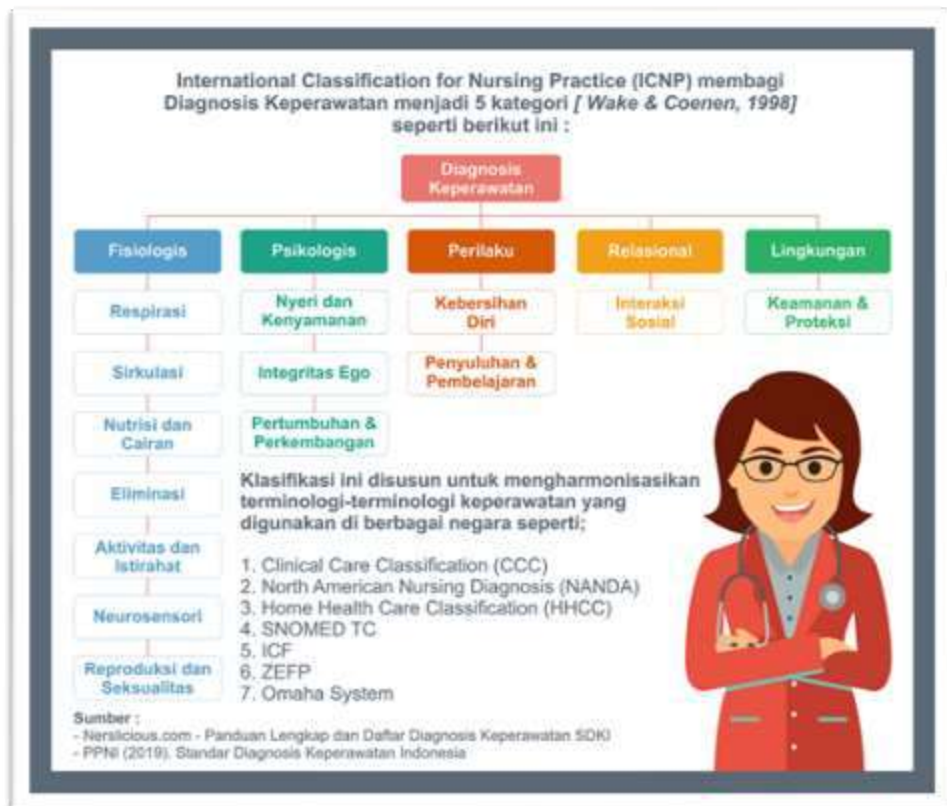
### **PENDAHULUAN**

Diagnosis Keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan ini bertujuan untuk mengidentifikasi respon klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan. Sebagai seorang perawat, kita diharapkan untuk memiliki rentang perhatian yang luas terhadap berbagai respon yang dilakukan oleh klien, baik pada saat klien sakit maupun sehat.

Respon-respon tersebut merupakan reaksi terhadap masalah kesehatan dan proses kehidupan yang dialami klien. Sehingga, diharapkan perawat mampu menangkap dan berfikir kritis dalam merespon perilaku tersebut. Masalah kesehatan mengacu pada kepada respon klien terhadap kondisi sehat-sakit, sedangkan proses kehidupan mengacu kepada respon klien terhadap kondisi yang terjadi selama rentang kehidupannya dimulai dari fase pembuahan hingga menjelang ajal dan meninggal yang membutuhkan diagnosis keperawatan dan dapat diatasi atau diubah dengan intervensi keperawatan . (*Referensi : Christensen & Kenney, 2009; McFarland & McFarlane, 1997; Seaback, 2006*).

Desember 2016 Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI) telah menerbitkan secara resmi Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI). Buku SDKI saat ini dalam proses pendistribusian ke berbagai daerah di Indonesia yang nantinya dapat digunakan oleh perawat di rumah sakit atau praktik mandiri keperawatan dalam menjalankan tugasnya yakni memberikan asuhan keperawatan. Diagnosis keperawatan merupakan penilaian klinis terhadap pengalaman/respon individu, keluarga, atau komunitas pada masalah

kesehatan/risiko masalah kesehatan atau pada proses kehidupan. Diagnosis keperawatan merupakan bagian vital dalam menentukan asuhan keperawatan yang sesuai untuk membantu klien mencapai kesehatan yang optimal.



Gambar 9.1. Kategori dan Subkategori Diagnosis Keperawatan SDKI

# Kegiatan Belajar 1

## Proses Penegakan Diagnosis Keperawatan Menggunakan SDKI

### 1. Definisi

Diagnosis keperawatan menggunakan SDKI merupakan suatu bagian integral dari suatu proses keperawatan yang dirancang oleh Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI). Hal ini merupakan komponen dari perencanaan keperawatan yang didahului oleh proses analisis data dimana perawat melakukan identifikasi terhadap respon-respon individu terhadap masalah-masalah kesehatan yang aktual dan potensial.

Selanjutnya SDKI akan dilinkkan dengan SLKI untuk referensi luaran keperawatan dan SIKI untuk referensi intervensi keperawatan.

### 2. Diagnosis Keperawatan berdasarkan SDKI

Berikut diagnosis-diagnosis keperawatan berdasarkan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI):

**Kategori : Fisiologis**

**Subkategori : Respirasi**

- Bersihan **jalan napas** tidak efektif – 0001
- Gangguan **penyapihan ventilator** – 0002
- Gangguan **pertukaran gas** – 0003
- Gangguan **ventilasi spontan** – 0004
- Pola napas** tidak efektif – 0005
- Risiko **aspirasi** – 0006

**Kategori : Fisiologis**

**Subkategori : Sirkulasi**

- Gangguan **sirkulasi spontan** - 0007

- Penurunan **curah jantung** - 0008
- Perfusi perifer** tidak efektif - 0009
- Risiko gangguan **sirkulasi spontan** - 0010
- Risiko penurunan **curah jantung** - 0011
- Risiko **perdarahan** – 0012
- Risiko **perfusi gastrointestinal** tidak efektif – 0013
- Risiko **perfusi miokard** tidak efektif – 0014
- Risiko **perfusi perifer** tidak efektif – 0015
- Risiko **perfusi renal** tidak efektif – 0016
- Risiko **perfusi serebral** tidak efektif -0017

**Kategori** : Fisiologis

**Subkategori** : Nutrisi dan Cairan

- Berat badan** lebih – 0018
- Defisit **nutrisi** – 0019
- Diare** – 0020
- Disfungsi **motilitas gastrointestinal** – 0021
- Hipervolemia** – 0022
- Hipovolemia** – 0023
- Ikterik** neonatus – 0024
- Kesiapan peningkatan **keseimbangan cairan** – 0025
- Kesiapan peningkatan **nutrisi** – 0026
- Ketidakstabilan **kadar glukosa darah** – 0027
- Menyusui** efektif – 0028
- Menyusui** tidak efektif – 0029
- Obesitas** – 0030
- Risiko **berat badan lebih** – 0031
- Risiko defisit **nutrisi** – 0032
- Risiko disfungsi **motilitas gastrointestinal** – 0033
- Risiko **hipovolemia** – 0034
- Risiko **ikterik neonatus** – 0035
- Risiko ketidakseimbangan **cairan** – 0036
- Risiko ketidakseimbangan **elektrolit** – 0037
- Risiko ketidakstabilan **kadar glukosa darah** – 0038

Risiko **syok** - 0039

**Kategori** : **Fisiologis**

**Subkategori** : **Eliminasi**

- Gangguan **eliminasi urin** – 0040
- Inkontinensia** fekal – 0041
- Inkontinensia** urin berlanjut – 0042
- Inkontinensia** urin berlebih – 0043
- Inkontinensia** urin fungsional – 0044
- Inkontinensia** urin refleks – 0045
- Inkontinensia** urin stres – 0046
- Inkontinensia** urin urgensi – 0047
- Kesiapan peningkatan **eliminasi urin** – 0048
- Konstipasi** – 0049
- Retensi urin** – 0050
- Risiko **Inkontinensia** urin urgensi – 0051
- Risiko **konstipasi** - 0052

**Kategori** : **Fisiologis**

**Subkategori** : **Aktivitas dan istirahat**

- Disorganisasi **perilaku bayi** - 0053
- Gangguan **mobilitas fisik** – 0054
- Gangguan pola **tidur** – 0055
- Intoleransi **aktivitas** – 0056
- Keletihan** – 0057
- Kesiapan peningkatan **tidur** – 0058
- Risiko disorganisasi **perilaku bayi** – 0059
- Risiko intoleransi **aktivitas** – 0060

**Kategori** : **Fisiologis**

**Subkategori** : **Neurosensori**

- Disrefleksia** otonom – 0061
- Gangguan **memori** – 0062

- Gangguan **menelan** – 0063
- Konfusi** akut – 0064
- Konfusi** kronis – 0065
- Penurunan **kapasitas adaptif intrakranial** – 0066
- Risiko disfungsi **neurovaskuler perifer** – 0067
- Risiko **konfusi** akut – 0068

**Kategori : Fisiologis**

**Subkategori : Reproduksi dan seksualitas**

- Disfungsi **seksualitas** – 0069
- Kesiapan **persalinan** – 0070
- Pola **seksual** tidak efektif – 0071
- Risiko disfungsi **seksual** – 0072
- Risiko **kehamilan** tidak dikehendaki – 0073

**Kategori : Psikologis**

**Subkategori : Nyeri dan Kenyamanan**

- Gangguan **Rasa Nyaman** – 0074
- Ketidaknyamanan** Pasca Partum – 0075
- Nausea** – 0076
- Nyeri Akut**– 0077
- Nyeri Kronis** – 0078
- Nyeri Melahirkan** – 0079

**Kategori : Psikologis**

**Subkategori : Integritas Ego**

- Ansietas** - 0080
- Berduka** - 0081
- Distres Spiritual** - 0082
- Gangguan Citra Tubuh** - 0083
- Gangguan **Identitas Diri** - 0084
- Gangguan **Persepsi Sensori** – 0085
- Harga Diri** Rendah Kronis – 0086

- Harga Diri** Rendah Situasional – 0087
- Keputusan** – 0088
- Kesiapan Peningkatan **Konsep Diri** – 0089
- Kesiapan Peningkatan **Koping** Keluarga – 0090
- Kesiapan Peningkatan **Koping** Komunitas – 0091
- Ketidakberdayaan** – 0092
- Ketidakmampuan **Koping** Keluarga – 0093
- Koping** Defensif – 0094
- Koping** Komunitas Tidak Efektif – 0095
- Koping** Tidak Efektif – 0096
- Penurunan **Koping** Keluarga – 0097
- Penyangkalan** Tidak Efektif – 0098
- Perilaku Kesehatan** Cenderung Berisiko – 0099
- Risiko **Distres Spiritual** – 0100
- Risiko **Harga Diri** Rendah Kronis – 0101
- Risiko **Harga Diri** Rendah Situasional – 0102
- Risiko **Ketidakberdayaan** – 0103
- Sindrom **Pasca Trauma** – 0104
- Waham** – 0105

**Kategori : Psikologis**

**Subkategori : Pertumbuhan dan Perkembangan**

- Gangguan **Tumbuh Kembang** – 0106
- Risiko Gangguan **Perkembangan** – 0107
- Risiko Gangguan **Pertumbuhan** – 0108

**Kategori : Perilaku**

**Subkategori : Kebersihan Diri**

- Defisit **Perawatan Diri** – 0109

**Kategori : Perilaku**

**Subkategori : Penyuluhan dan Pembelajaran**

- Defisit **Kesehatan** Komunitas – 0110



- Defisit **Pengetahuan** – 0111
- Kesiapan Peningkatan **Manajemen Kesehatan** – 0112
- Kesiapan Peningkatan **Pengetahuan** – 0113
- Ketidakpatuhan** – 0114
- Manajemen Kesehatan** Keluarga Tidak Efektif – 0115
- Manajemen Kesehatan** Tidak Efektif – 0116
- Pemeliharaan Kesehatan** Tidak Efektif – 0117

**Kategori** : **Relasional**

**Subkategori** : **Interaksi Sosial**

- Gangguan **Interaksi Sosial** – 0118
- Gangguan **Komunikasi Verbal** – 0119
- Gangguan **Proses Keluarga** – 0120
- Isolasi Sosial** – 0121
- Kesiapan Peningkatan **Menjadi Orang Tua** – 0122
- Kesiapan Peningkatan **Proses Keluarga** – 0123
- Ketegangan Peran Pemberi Asuhan** – 0124
- Penampilan Peran** Tidak Efektif – 0125
- Pencapaian **Peran Menjadi Orang Tua** – 0126
- Risiko Gangguan **Pelekatan** – 0127
- Risiko **Proses Pengasuhan Tidak Efektif** – 0128

**Kategori** : **Lingkungan**

**Subkategori** : **Keamanan dan proteksi**

- Gangguan **integritas kulit/jaringan** – 00129
- Hipertermia** - 0130
- Hipotermia** – 0131
- Perilaku kekerasan** – 0132
- Perlambatan **pemulihan pascabedah** – 0133
- Risiko **alergi** – 0134
- Risiko **bunuh diri** -0135
- Risiko **cedera** – 0136
- Risiko **cedera** pada ibu – 0137
- Risiko **cedera** pada janin – 0138

- Risiko gangguan **integritas kulit/jaringan** – 0139
- Risiko **hipotermia** – 0140
- Risiko **hipotermia** perioperatif – 0141
- Risiko **infeksi** – 0142
- Risiko **jatuh** – 0143
- Risiko **luka tekan** – 0144
- Risiko **mutilasi diri** – 0145
- Risiko **perilaku kekerasan** – 0146
- Risiko perlambatan **pemulihan pascabedah** – 0147
- Risiko **termoregulasi** tidak efektif – 0148
- Termoregulasi** tidak efektif – 0149

### 3. Latihan

Untuk memperdalam pemahaman Anda mengenai materi di atas, kerjakanlah latihan berikut !

- 1) Jelaskan mengapa keperawatan Indonesia penting untuk memiliki diagnosis keperawatan sendiri !
- 2) Jelaskan perbedaan yang mendasar antara SDKI dan NANDA !

### 4. Rangkuman

Penggunaan SDKI sangat identik dengan NANDA, keduanya pun sama-sama digunakan untuk referensi penegakan diagnosis keparawatan. Terdapat 149 diagnosis keperawatan yang ada di SDKI.

### 5. Tes Formatif 1

**Untuk memperdalam materi di atas maka kerjakanlah soal di bawah ini:**

Petunjuk: untuk soal nomor 1 – 5, pilihlah salah satu jawaban yang paling tepat!

1. Berapakah jumlah total diagnosis keperawatan yang ada di SDKI...
  - a. 146 diagnosis keperawatan
  - b. 147 diagnosis keperawatan

- c. 148 diagnosis keperawatan
  - d. 149 diagnosis keperawatan
  - e. 150 diagnosis keperawatan
2. Berapakah kategori yang ada di SDKI...
    - a. 4 kategori
    - b. 5 kategori
    - c. 6 kategori
    - d. 7 kategori
    - e. 8 kategori
  3. Berapakah subkategori yang ada di SDKI...
    - a. 14 sub kategori
    - b. 15 sub kategori
    - c. 16 sub kategori
    - d. 17 sub kategori
    - e. 18 sub kategori
  4. Pada SDKI, kategori yang berbicara mengenai kondisi fisiologis terdapat di kategori...
    - a. Kategori 1
    - b. Kategori 2
    - c. Kategori 3
    - d. Kategori 4
    - e. Kategori 5
  5. Pada SDKI, kategori yang berbicara mengenai lingkungan terdapat di kategori...
    - a. Kategori 1
    - b. Kategori 2
    - c. Kategori 3
    - d. Kategori 4
    - e. Kategori 5

## **Kegiatan Belajar 2**

### **Proses Penentuan Luaran Menggunakan SLKI**

#### **1. Definisi**

Luaran keperawatan menggunakan Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) merupakan suatu bagian integral dari suatu proses keperawatan yang diperuntukkan sebagai hasil yang diinginkan perawat terkait kondisi atau masalah yang ada saat ini. Luaran yang menjadi dasar guna menentukan atau memilih intervensi yang akan dimaksudkan menyelesaikan masalah keperawatan yang ada. SLKI dirancang oleh Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI). Hal ini merupakan komponen dari perencanaan keperawatan yang didahului oleh penegakan diagnosis keperawatan terhadap respon-respon individu terhadap masalah-masalah kesehatan yang aktual dan potensial. Selanjutnya SLKI akan dilinkkan dengan SIKI untuk referensi intervensi keperawatan.

#### **2. Cara Penentuan Luaran dengan Menggunakan SLKI**

Menggunakan SLKI sebagai referensi haruslah memahami teknik penggunaannya guna mensinkronkan antara masalah keperawatan yang diangkat sebagai diagnosis keperawatan menggunakan referensi SDKI. Selanjutnya dilakukan dengan cara membuka bagian “BAB V”, setelah membuka “Bab lima” ini, perawat dapat memilih luaran yang mungkin bersesuaian dengan kondisi klinis pasien. Setelah memilih luaran tertentu maka dilanjutkan dengan membuka “BAB IV”, setelah membuka “Bab empat” maka perawat dapat memilih indikator apa saja yang akan mencapai terpenuhinya luaran sesuai kondisi klinis pasien yang telah ditentukan. Luaran keperawatan yang dicapai akan merepresentasikan pencapaian pengentasan masalah keperawatan yang ada di bagian akhir proses keperawatan yaitu evaluasi

keperawatan. Jika luaran yang ditetapkan tercapai semua maka dapat diartikan intervensi yang dijalankan berhasil dengan baik.

Berikut merupakan contoh penggunaan untuk SLKI dengan membuka BAB V untuk menentukan tujuan luaran:



Gambar 9.2. Cara Menggunakan SLKI pada Bab V

Kemudian membuka BAB IV untuk menentukan indikator dari luaran yang ditetapkan:



Gambar 9.3. Cara Menggunakan SLKI pada Bab IV

### 3. Latihan

Untuk memperdalam pemahaman Anda mengenai materi di atas, kerjakanlah latihan berikut !

- 1) Jelaskan mengapa keperawatan Indonesia penting untuk memiliki luaran keperawatan sendiri !
- 2) Jelaskan perbedaan yang mendasar antara SLKI dan NOC !

### 4. Rangkuman

Penggunaan SLKI sangat identik dengan NOC, keduanya pun sama-sama digunakan untuk referensi penentuan luaran keperawatan berdasarkan diagnosis keperawatan yang ditetapkan. Terdapat 149 link label luaran keperawatan kepada diagnosis keperawatan yang ada di SDKI.

### 5. Tes Formatif 2

**Untuk memperdalam materi di atas maka kerjakanlah soal di bawah ini:**

Petunjuk: untuk soal nomor 1 – 5, pilihlah salah satu jawaban yang paling tepat!

1. Dalam menentukan luaran keperawatan, perawat harus menentukan terlebih dahulu...
  - a. Asesmen keperawatan
  - b. Diagnosis keperawatan
  - c. Intervensi keperawatan
  - d. Evaluasi keperawatan
2. Penggunaan SLKI untuk mencari luaran keperawatan dengan membuka...
  - a. Bab I
  - b. Bab II
  - c. Bab III
  - d. Bab IV
  - e. Bab V
3. Penggunaan SLKI untuk memilih indikator dengan membuka...
  - a. Bab I

- b. Bab II
  - c. Bab III
  - d. Bab IV
  - e. Bab V
4. Luaran utama dalam diagnosis keperawatan Ansietas adalah...
- a. Dukungan sosial
  - b. Harga diri
  - c. Kesadaran diri
  - d. Tingkat ansietas

Petunjuk: jawaban (A) jika 1,2,3 benar; (B) jika 1 dan 3 benar; (C) jika 2 dan 4 benar; (D) jika 4 benar/salah; (E) jika semua benar/salah

5. Luaran tambahan dalam diagnosis keperawatan Ansietas adalah...
- 1. Dukungan sosial
  - 2. Harga diri
  - 3. Kesadaran diri
  - 4. Tingkat ansietas

## **Kegiatan Belajar 3**

### **Proses Pemilihan Intervensi Menggunakan SIKI**

#### **1. Definisi**

Intervensi keperawatan menggunakan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) dapat diartikan sebagai pilihan tindakan perawat terkait kondisi atau masalah yang ada saat ini. Intervensi keperawatan diartikan sebagai tindakan untuk mencapai luaran yang telah ditetapkan sebelumnya menyelesaikan masalah keperawatan yang ada. SIKI dirancang oleh Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI). Hal ini merupakan komponen dari perencanaan keperawatan yang didahului oleh penentuan luaran keperawatan terhadap diagnosis keperawatan yang telah ditetapkan sebelumnya. Selanjutnya SIKI akan menjadi referensi dalam pemilihan intervensi keperawatan.

#### **2. Cara Penentuan Luaran dengan Menggunakan SIKI**

Menggunakan SIKI sebagai referensi haruslah memahami teknik penggunaannya guna mensinkronkan antara luaran keperawatan yang ditetapkan sebagai target penyelesaian masalah keperawatan menggunakan referensi SLKI. Selanjutnya dilakukan dengan cara membuka bagian “Daftar Tautan SDKI-SIKI”, setelah membuka bagian ini, perawat dapat memilih label SIKI yang mungkin bersesuaian dengan kondisi klinis pasien. Setelah memilih label SIKI tertentu maka dilanjutkan dengan membuka “Daftar Intervensi Keperawatan”, setelah membuka bagian ini maka perawat dapat memilih aktivitas keperawatan apa saja yang dapat digunakan untuk mencapai terpenuhinya luaran sesuai kondisi klinis pasien yang telah ditentukan. Luaran keperawatan yang dicapai akan merepresentasikan pencapaian pengentasan masalah keperawatan yang ada di bagian akhir proses keperawatan yaitu evaluasi keperawatan. Jika luaran yang ditetapkan tercapai



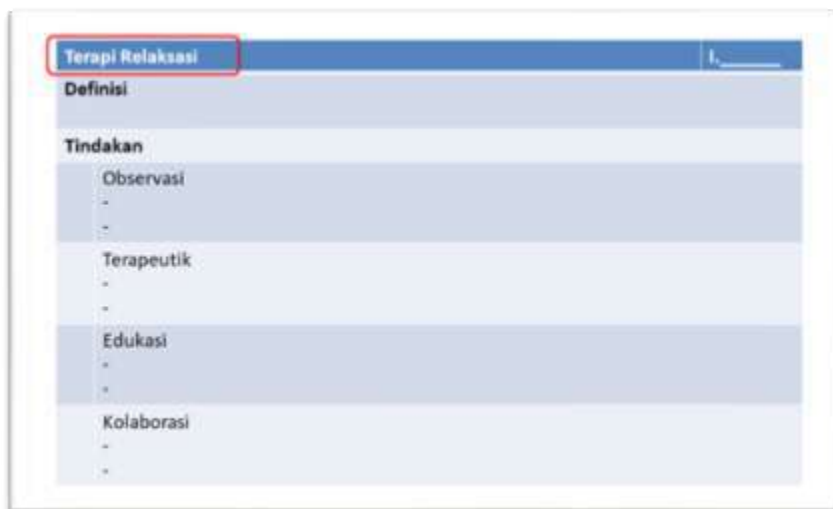
semua maka dapat diartikan intervensi keperawatan yang dijalankan berhasil dengan baik.

Berikut merupakan contoh penggunaan untuk SLKI dengan membuka Daftar Tautan SDKI-SIKI untuk memilih label intervensi keperawatan:



Gambar 9.4. Cara Memilih Label pada Tautan SDKI-SIKI

Kemudian membuka Daftar Intervensi untuk menentukan aktivitas keperawatan yang dipilih:



Gambar 9.5. Cara Memilih Aktivitas pada Daftar Intervensi

### 3. Latihan

Untuk memperdalam pemahaman Anda mengenai materi di atas, kerjakanlah latihan berikut !

- 1) Jelaskan mengapa keperawatan Indonesia penting untuk memiliki intervensi keperawatan sendiri !
- 2) Jelaskan perbedaan yang mendasar antara SIKI dan NIC !

### 4. Rangkuman

Penggunaan SIKI sangat identik dengan NIC, keduanyaapun sama-sama digunakan untuk referensi pemilihan intervensi keperawatan berdasarkan diagnosis kepearwatan dan luaran yang telah ditentukan. Terdapat 149 *link* label intervensi keperawtaan kepada diagnosis keperawatan yang ada di SDKI.

### 5. Tes Formatif 3

**Untuk memperdalam materi di atas maka kerjakanlah soal di bawah ini:**

Petunjuk: untuk soal nomor 1 – 5, pilihlah salah satu jawaban yang paling tepat!

1. Dalam menentukan intervensi keperawatan, perawat harus menentukan terlebih dahulu...
  - a. Asesmen keperawatan
  - b. Luaran keperawatan
  - c. Intervensi keperawatan
  - d. Evaluasi keperawatan
2. Penggunaan SIKI untuk memilih label intervensi dengan membuka...
  - a. Daftar Tautan SLKI-SIKI
  - b. Daftar Tautan SDKI-SIKI
  - c. Daftar Tautan SDKI-SLKI
  - d. Daftar Tautan SLKI-SIKI
3. Penggunaan SIKI untuk memilih aktivitas keperawatan dengan membuka...
  - a. Daftar Luaran Keperawatan

- b. Daftar Tujuan Keperawatan
- c. Daftar Intervensi Keperawatan
- d. Daftar Aktivitas Keperawatan

Petunjuk: jawaban (A) jika 1,2,3 benar; (B) jika 1 dan 3 benar; (C) jika 2 dan 4 benar; (D) jika 4 benar/salah; (E) jika semua benar/salah

- 4. Intervensi utama dalam diagnosis keperawatan Ansietas adalah...
  - 1. Reduksi ansietas
  - 2. Dukungan emosi
  - 3. Terapi ansietas
  - 4. Dukungan hipnosis diri
- 5. Intervensi utama dalam diagnosis keperawatan Ansietas adalah...
  - 1. Reduksi ansietas
  - 2. Dukungan emosi
  - 3. Terapi ansietas
  - 4. Dukungan hipnosis diri

### **KUNCI JAWABAN TES FORMATIF**

Berikut adalah kunci jawaban dari kegiatan tes formatif yang telah dilakukan:

#### **Tes Formatif 1**

- 1) D
- 2) B
- 3) A
- 4) A
- 5) E

#### **Tes Formatif 2**

- 1) B
- 2) E
- 3) D

- 4) D
- 5) A

### **Tes Formatif 3**

- 1) B
- 2) B
- 3) C
- 4) B
- 5) D

### **GLOSARIUM**

-

### **DAFTAR PUSTAKA**

Ackley B.J., Ladwig G.B. (2014). Nursing Diagnosis Handbook: An Evidence-Based Guide to Planning Care. 10th edition. Mosby: Elsevier Inc.

PPNI (2019). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia.

PPNI (2019). Standar Luaran Keperawatan Indonesia.

PPNI (2019). Standar Intervensi Keperawatan Indonesia.

## **MODUL 10**

### **Implementasi Keperawatan**

#### **PENDAHULUAN**

Perencanaan keperawatan yang disusun selanjutnya dilakukan implementasi atau dilakukan tindakan kepada pasien dengan pendekatan interpersonal perawat-pasien. Pada pelaksanaannya banyak hal yang harus diperhatikan perawat seperti memahami apa maksud dan tujuan dilakukannya implementasi keperawatan, keterampilan berpikir kritis dalam implementasi keperawatan, mengetahui jenis-jenis implementasi keperawatan.

Implementasi keperawatan juga dimaksudkan untuk mencapai tujuan dan hasil yang diharapkan, implementasi keperawatan juga merupakan suatu bentuk terstruktur dari perencanaan keperawatan yang telah disusun sebelumnya.

# Kegiatan Belajar 1

## Konsep dan Tipe Implementasi Keperawatan

### 1. Definisi

Implementasi keperawatan sering juga disebut pelaksanaan merupakan inisiatif dari rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang spesifik yang telah ditetapkan sebelumnya (Iyer *et al.*, 1996). Implementasi keperawatan merupakan serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan sebelumnya (Gordon, 1994, dalam Potter & Perry, 2011).

Implementasi keperawatan merupakan kategori dari perilaku keperawatan, dimana perawat melakukan tindakan yang diperlukan untuk mencapai tujuan dan hasil yang diperkirakan dari asuhan keperawatan yang diberikan kepada pasien (Potter & Perry 1997, dalam Haryanto, 2007). Implementasi keperawatan merupakan kegiatan mengkoordinasikan aktivitas pasien, keluarga, dan anggota tim kesehatan lain untuk mengawasi dan mencatat respon pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilakukan (Nettina, 2002).

Jadi, implementasi keperawatan merupakan suatu kategori serangkaian perilaku perawat yang berkoordinasi dengan pasien serta keluarga, dan anggota profesional pemberi asuhan (PPA) untuk membantu masalah kesehatan pasien yang sesuai dengan perencanaan dan kriteria hasil yang telah ditentukan sebelumnya dengan cara mengobservasi, memberikan edukasi, memberikan tindakan terapeutik dan berkolaborasi untuk mencapai taraf kesehatan pasien yang lebih baik.

Pada pelaksanaan implementasi keperawatan, perawat tetap mengumpulkan data terus menerus dan perawat selalu memilih tindakan keperawatan yang sesuai dengan kondisi pasien.

## **2. Tujuan Implementasi Keperawatan**

Adapun tujuan dari implementasi keperawatan, antara lain:

- a. Mencakup peningkatan kesehatan, implementasi yang dilakukan mempunyai harapan memberikan dampak pada status kesehatan yang awalnya kurang baik menjadi baik dan terhindar dari kualitas hidup pasien yang buruk.
- b. Pemulihan kesehatan, implementasi yang dilakukan bersifat terapeutik yang diartikan sebagai suatu usaha untuk dapat turut serta dalam pemulihan kondisi pasien baik fisiologis maupun psikologis.
- c. Memfasilitasi coping, pada pelaksanaannya pasien yang mengalami kesakitan atau cedera membutuhkan pendampingan untuk selalu berespon positif yang ditandai dengan reaksi coping yang adekuat. Peran perawat dalam hal ini sangat dominan dalam memfasilitasi coping individu pasien.

## **3. Keterampilan Berpikiran Kritis dalam Implementasi Keperawatan**

Terdapat 2 keputusan besar yang dibuat oleh perawat dalam tahap implementasi keperawatan, antara lain:

- a. Menentukan kekuatan dan masalah klien saat pembuatan konklusi asesmen dan sepanjang fase diagnostik
- b. Merencanakan dan memilih intervensi yang sesuai sesuai berdasarkan riset dengan menggunakan sistematis

Disamping itu terdapat pula kesulitan dalam pembuatan keputusan ketika memilih intervensi perawat (mandiri) (Gordon, 1994: Synder, 1985)

- a. Tidak adanya data objektif mengenai kemungkinan konsekuensi dari intervensi yang dilakukan.
- b. Intervensi keperawatan sering tidak terpisah dari tindakan medis, sehingga kemandirian perawat kadang tidak terlihat dengan signifikan saat pelaksanaan implementasi.

#### **4. Arti Penting Implementasi Keperawatan**

Terdapat beberapa arti penting dalam setiap pelaksanaan implementasi keperawatan yang dilakukan, antara lain:

- a. Implementasi, perencanaan yang telah dipilih pada tahap sebelumnya dilakukan implementasi guna mendukung proses penyembuhan pasien melalui kegiatan observasi, edukasi, terapeutik dan kolaborasi.
- b. Asesmen ulang, pada setiap pertemuan perawat dan pasien dalam pelaksanaan implementasi adalah kesempatan baik untuk perawat melakukan asesmen ulang terkait kondisi pasien. Kejadian atau kondisi mungkin berubah dengan jeda waktu tertentu sehingga asesmen ulang sewaktu implementasi keperawatan menjadi sangat penting.
- c. Interaksi dengan pasien, hubungan interpersonal yang terjalin diantara keduanya adalah hubungan yang terapeutik dan terjadi proses saling belajar. Perawat belajar tentang bagaimana menghadapi pasien yang mempunyai keunikan selama perawatan, sedangkan pasien belajar bagaimana kondisi dan perawatan dirinya.
- d. Data tambahan, setiap kali melakukan implementasi mungkin saja akan muncul data-data baru yang merupakan data tambahan untuk mendukung data sebelumnya.
- e. Implementasi sesuai/tidak, kemampuan penilaian individu perawat sangat penting dalam kondisi pasien yang berubah, apakah perencanaan yang sudah ditetapkan sebelumnya masih relevan atau sudah tidak relevan dengan kondisi terbaru. Seorang perawat harus mempunyai kemampuan penilaian klinis yang baik guna menentukan apakah implementasi ini sesuai atau tidak dengan kondisi tertentu.



## 5. Implementasi Efektif

Implementasi akan menjadi efektif ketika perawat mengetahui banyak tentang:

- a. Tipe-tipe intervensi
- b. Proses implementasi
- c. Metoda implementasi spesifik

## 6. Tipe Implementasi Keperawatan

Secara garis besar terdapat tiga kategori dari implementasi keperawatan (Craven dan Hirnle, 2000) antara lain:

- a. *Cognitive implementations*, meliputi pengajaran atau pendidikan, menghubungkan tingkat pengetahuan klien dengan kegiatan hidup sehari-hari sesuai kondisi pasien, membuat strategi untuk klien dengan disfungsi komunikasi yang terjadi, memberikan umpan balik kepada pasien, mengawasi tim keperawatan, mengawasi penampilan klien dan keluarga, serta menciptakan lingkungan sesuai kebutuhan, dan lain lain.
- b. *Interpersonal implementations*, meliputi koordinasi kegiatan-kegiatan dalam masa perawatan, meningkatkan pelayanan yang diberikan, menciptakan komunikasi terapeutik, menetapkan jadwal personal, pengungkapan perasaan, memberikan dukungan spiritual, bertindak sebagai advokasi klien, *role model* kepada pasien dan keluarga, dan lain lain.
- c. *Technical implementations*, meliputi pemberian perawatan kebersihan kulit setiap harinya, melakukan aktivitas rutin keperawatan di ruangan, menemukan perubahan dari data dasar klien, mengorganisir respon klien yang abnormal, melakukan tindakan keperawatan mandiri, kolaborasi, dan rujukan, dan lain-lain.

## 7. Latihan

Untuk memperdalam pemahaman Anda mengenai materi di atas, kerjakanlah latihan berikut !

- 1) Jelaskan pentingnya kemampuan berpikir kritis dalam implementasi keperawatan !
- 2) Jelaskan kategori yang ada dalam implementasi keperawatan !
- 3) Jelaskan bagaimana cara untuk mengefektifkan implementasi yang diberikan kepada pasien !

## 8. Rangkuman

Pelaksanaan implementasi keperawatan merupakan suatu kategori serangkaian perilaku perawat yang berkoordinasi dengan pasien serta keluarga, dan anggota profesional pemberi asuhan (PPA) untuk membantu masalah kesehatan pasien yang sesuai dengan perencanaan dan kriteria hasil yang telah ditentukan sebelumnya dengan cara mengobservasi, memberikan edukasi, memberikan tindakan terapeutik dan berkolaborasi untuk mencapai taraf kesehatan pasien yang lebih baik.

## 9. Tes Formatif 1

**Untuk memperdalam materi di atas maka kerjakanlah soal di bawah ini:**

Petunjuk: untuk soal nomor 1 – 5, pilihlah salah satu jawaban yang paling tepat!

1. Keterampilan yang harus dimiliki seorang Ners pada tahap implementasi adalah ...
  - a. Mengorganisasi data
  - b. Pemeriksaan fisik
  - c. Teknik wawancara dan menulis
  - d. Komunikasi terapeutik
  - e. Psikomotor, interpersonal dan *critical thinking*
2. Keterampilan yang harus dimiliki seorang perawat yang terlihat pada kegiatan inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi adalah ...
  - a. Mengorganisasi data

- b. Pemeriksaan fisik
- c. Teknik wawancara dan menulis
- d. Komunikasi terapeutik
- e. Psikomotor, interpersonal dan critical thinking

Petunjuk: jawaban (A) jika 1,2,3 benar; (B) jika 1 dan 3 benar; (C) jika 2 dan 4 benar; (D) jika 4 benar/salah; (E) jika semua benar/salah

- 3. Maksud dari seorang Ners harus mempunyai keterampilan interpersonal adalah ...
  - 1. Kemampuan dalam berkomunikasi baik secara verbal dan nonverbal
  - 2. Kemampuan dalam menyelesaikan suatu tindakan keperawatan
  - 3. Kemampuan dalam mengajak pasien untuk berpartisipasi aktif dalam pembelajaran
  - 4. Keinginan untuk melakukan perubahan untuk pasien
- 4. Maksud dari seorang Ners harus mempunyai keterampilan psikomotor adalah ...
  - 1. Mempunyai keterampilan dalam mengajarkan pada pasien
  - 2. Pelaksanaan *discharge planning* pada pasien
  - 3. Melakukan tindakan sesuai dengan kebutuhan pasien
  - 4. Mengidentifikasi kebutuhan keseharian pasien
- 5. Maksud dari seorang Ners harus mempunyai keterampilan kognitif adalah ...
  - 1. Memahami respons fisiologis dan psikologis normal dan abnormal
  - 2. Pelaksanaan *discharge planning* pada pasien
  - 3. Kebutuhan pendidikan kesehatan untuk pencegahan penyakit
  - 4. Mengidentifikasi kebutuhan keseharian pasien

## **Kegiatan Belajar 2**

### **Tahapan Implementasi Keperawatan**

#### **1. Definisi**

Tahapan implementasi diartikan sebagai rangkaian kegiatan praktik keperawatan yang diberikan kepada pasien dan keluarga guna mendukung penyembuhan pasien baik fisiologis maupun psikologis. Tahapan ini dibedakan menjadi tahap persiapan, tahap intervensi dan tahap terminasi.

#### **2. Tahapan Implementasi**

##### **a. Tahap Persiapan**

Tahap persiapan tersebut meliputi kegiatan - kegiatan:

- 1) Review tindakan keperawatan yang diidentifikasi pada tahap perencanaan
  - Tindakan keperawatan disusun untuk promosi, mempertahankan dan memulihkan kesehatan klien.
  - Melaksanakan tindakan perawatan, ada beberapa kriteria yang harus dipenuhi:
    - Konsisten sesuai dengan rencana tindakan
    - Berdasarkan prin/sip-prinsip ilmiah
    - Ditujukan kepada individu sesuai dengan kondisi klien
    - Digunakan untuk menciptakan lingkungan yang terapeutik dan aman
    - Memberikan penyuluhan dan pendidikan kepada klien
    - Penggunaan sarana dan prasarana yang memadai.
- 2) Menganalisa pengetahuan dan keterampilan keperawatan yang diperlukan

- Perawat harus mengidentifikasi :
  - Tingkat pengetahuan
  - Tipe ketrampilan yang diperlukan
  - Siapa orang yang tepat untuk melakukan tindakan keperawatan.
- 3) Mengetahui komplikasi dari tindakan keperawatan yang mungkin timbul
- Prosedur tindakan keperawatan mungkin berakibat terjadinya risiko tinggi kepada klien.
  - Perawat harus menyadari kemungkinan timbulnya komplikasi sehubungan tindakan keperawatan yang akan dilaksanakan
  - Perawat untuk melakukan pencegahan dan mengurangi risiko yang timbul.
- 4) Menentukan dan mempersiapkan peralatan yang akan digunakan, pertimbangan meliputi:
- Waktu: selektif dalam menentukan waktu pada tindakan perawatan yang spesifik.
  - Tenaga (personnel): memperhatikan kuantitas dan kualitas tenaga yang ada dalam melakukan tindakan keperawatan.
  - Alat: mengidentifikasi peralatan yang diperlukan pada tindakan. Hal ini akan bisa mengantisipasi alat-alat apa yang seharusnya diperlukan dalam tindakan.
- 5) Mempersiapkan lingkungan yang kondusif sesuai yang diperlukan dengan yang akan dilaksanakan
- Perasaan nyaman klien: Lingkungan fisik & psikologis
  - Keberhasilan tindakan keperawatan

6) Mengidentifikasi aspek hukum tindakan & etik risiko dari potensial dari suatu tindakan

Pelaksanaan Tindakan Keperawatan Harus Memperhatikan Unsur-unsur :

- Hak dan Kewajiban Klien
- Hak dan Kewajiban Perawat atau Dokter
- Kode Etik Keperawatan
- Hukum Keperawatan

### b. Tahap Intervensi

Pada pelaksanaanya tahap intervensi bagi perawat merupakan kegiatan yang sangat kompleks karena bukan hanya memperhatikan dan melakukan tindakan mandiri perawat tapi juga memperhatikan tindakan dependen dan interdependen dengan profesional pemberi asuhan (PPA) lainnya. Penjelasan mengenai pendekatan tindakan keperawatan dapat dilihat pada gambar di bawah ini:



Gambar 10.1. Pendekatan Implementasi Keperawatan

## 1) Independen

- Kegiatan yang dilaksanakan oleh perawat tanpa petunjuk dan perintah tenaga kesehatan lainnya.
- Tipe dari aktivitas yang dilaksanakan perawat secara independen didefinisikan berdasarkan diagnosis keperawatan.
- Tindakan tersebut merupakan suatu respon dimana perawat mempunyai kewenangan untuk melakukan tindakan keperawatan secara pasti berdasarkan pendidikan dan pengalamannya.

Dalam pelaksanaannya, tindakan keperawatan independen dapat dilihat pada contoh berikut ini:

- "Nenek berumur 82 tahun mengalami patch tulang femur setelah jatuh. Dia mengatakan "saya ingin merawat diri saya sendiri setelah pulang dari rumah sakit. Saya tidak ingin melukai diri saya sendiri" kemudian perawat menuliskan rencana tindakan keperawatan:
- Bantu klien untuk mengidentifikasi potensial perlukaan sewaktu jatuh di rumah
- Beritahukan dan ijinakan kepada klien untuk melihat keadaannya sebelum pulang ke rumah

Pada pelaksanaannya tipe tindakan independen dapat dikategorikan menjadi 4, antara lain:

### a) Tindakan Diagnostik

- Observasi & pemeriksaan fisik; tindakan untuk mendapatkan data-data obyektif yang meliputi: Observasi kesadaran dan Tanda-tanda vital (Suhu, Nadi, Tekanan Darah, Pernapasan)

- Wawancara dengan klien untuk mendapatkan data subyektif, keluhan klien, persepsi klien tentang penyakitnya, dan riwayat penyakit klien
- Pemeriksaan fisik berdasarkan pendekatan sistem atau *Head-to-toe* melalui pemeriksaan Inpeksi, Perkusi, Palpasi, dan Auskultasi
- Melakukan pemeriksaan laboratorium sederhana (Hb) dan membaca hasil dari pemeriksaan laboratorium; rontgen dan pemeriksaan diagnostik lainnya



Gambar 10.2. Tindakan Diagnostik Perawat

- b) Tindakan Terapeutik, bertujuan untuk mengurangi, mencegah dan mengatasi. Misalnya klien stroke yang tidak sadar dengan paralise tindakan terapeutik guna mencegah terjadinya kerusakan integritas kulit dengan:
  - Melakukan mobilisasi
  - Memberikan bantal air pada bagian tubuh yang tertekan dan atau yang paralise.
- c) Tindakan Edukatif, perawat mengajarkan kepada klien diabetes mellitus tentang cara melakukan aktifitas yang sesuai; cara pemberian insulin, dan mengenali tanda-tanda terjadinya hipoglikemia serta cara mengatasinya.





Gambar 10.3. Tindakan Edukatif pada Pasien

Pada gambar di atas menunjukkan peran perawat dalam tindakan independen yaitu tindakan edukatif. Dalam pelaksanaan pendidikan kesehatan dan upaya promosi kesehatan yang dilakukan perawat, bertujuan untuk membantu klien berubah dalam pandangan kesehatan dirinya dan mengubah kebiasaan yang mengandung risiko kesakitan menjadi kebiasaan hidup sehat.

- d) Tindakan Merujuk, dalam pelaksanaannya tindakan merujuk dapat dijelaskan sesuai gambar di bawah ini:

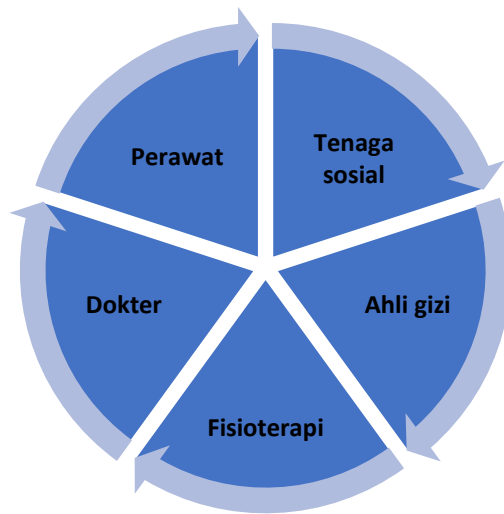


Gambar 10.4. Tindakan Merujuk pada Pasien

Dalam contoh misalnya “klien pasca trauma kepala ditemukan adanya tanda-tanda tekanan intrakranial yang

meningkat, maka perawat harus mengkonsultasikan atau merujuk klien kepada dokter ahli saraf untuk mendapatkan penanganan yang tepat dan cepat dalam mencegah terjadinya komplikasi yang lebih parah”.

- 2) Interdependen, merupakan tindakan keperawatan yang menjelaskan suatu kegiatan yang memerlukan suatu kerjasama dengan tenaga kesehatan lainnya. Misalnya, klien dengan kehamilan dan diabetes mellitus, perawat dan tenaga gizi kolaborasi untuk menentukan kebutuhan nutrisi bagi ibu dan bayi. Pada pelaksanaannya ahli gizi menentukan rencana nutrisi dan pengajaran, perawat mengajarkan manfaat gizi dan memonitor kemampuan klien untuk menghabiskan porsi makanan yang diberikan.



Gambar 10.5. Kolaborasi dalam Tindakan Interdependen

- 3) Dependen, diartikan sebagai tindakan yang berhubungan dengan pelaksanaan rencana tindakan medis atau suatu cara dimana tindakan medis dilaksanakan. Misalkan pada contoh berikut ini: dokter menulis "*Perawatan colostomy*". Tindakan keperawatan adalah mendefinisikan perawatan

colostomy berdasarkan kebutuhan individu dari klien. Tindakan tersebut meliputi:

- Melakukan *perawatan colostomy* setiap 2 hari atau sewaktu-waktu kantong feces bocor
- Mengganti kantong feces (*pouch*) secepatnya. Bisa menggunakan sabun dan air untuk melepaskan darah yang melekat
- Mencuci lokasi *colostomy* dengan sabun dan air, biarkan sampai kering benar
- Mengkaji tanda dan gejala iritasi kulit dan stoma

### 3. Latihan

Untuk memperdalam pemahaman Anda mengenai materi di atas, kerjakanlah latihan berikut !

- 1) Jelaskan tahapan implementasi keperawatan !
- 2) Jelaskan peran perawat dalam implementasi mandiri !
- 3) Jelaskan peran perawat dalam implementasi interprofesional !

### 4. Rangkuman

Tahapan implementasi yang dilakukan perawat dapat dibedakan menjadi tahap persiapan dan tahap intervensi. Dalam tahap intervensi dibedakan sesuai dengan fungsi perawat yaitu implementasi independen, implementasi dependen dan implementasi interdependen.

### 5. Tes Formatif 2

**Untuk memperdalam materi di atas maka kerjakanlah soal di bawah ini:**

Petunjuk: untuk soal nomor 1 – 10, pilihlah salah satu jawaban yang paling tepat!

- 1) Contoh di bawah ini yang merupakan intervensi mandiri (*independent intervention*), yaitu ...

- a. Mengajarkan pasien batuk efektif
  - b. Memberikan terapi analgetik pada pasien
  - c. Menerima delegasi pemasangan terapi intravena
  - d. Melaksanakan order pemberian obat oral
  - e. Penggunaan alat bantu jalan (kruk) dengan didampingi fisioterapis
- 2) Tindakan independen yang sering dilakukan oleh seorang Ners adalah . . .
- a. Melakukan pengambilan darah untuk cek AGD
  - b. Memberikan kompres hangat kepada pasien demam
  - c. Memberikan pengobatan analgesik
  - d. Memberikan injeksi melalui vena
  - e. Melakukan kompres dada bersama dokter
- 3) Tindakan kolaborasi yang dilakukan oleh seorang Ners adalah...
- a. melakukan perawatan luka kepada pasien DM
  - b. Memberikan edukasi kepada pasien tentang penyakit DM
  - c. Memposisikan pasien semi fowler untuk memberikan rasa nyaman
  - d. Melakukan manajemen pengobatan untuk pasien
  - e. Memberikan kompres hangat kepada pasien demam
- 4) Hal yang tidak perlu diperhatikan dalam melaporkan tindakan keperawatan adalah ...
- a. Waktu pelaksanaan
  - b. Tanda tangan
  - c. Nama pasien
  - d. Nama perawat yang tidak melakukan
  - e. Tanggal pelaksanaan
- 5) Ketika seorang Ners memutuskan untuk melakukan pembicaraan lebih jauh mengenai kondisi penyakit dan diet pasien kelolaannya dengan seorang ahli gizi maka implementasi yang dilakukan berupa tindakan ...
- a. *Independent*
  - b. Mandiri
  - c. *Dependent*

- d. Ketergantungan
  - e. *Interdependent*
- 6) Ketika seorang Ners memutuskan untuk melakukan pemosisian semi fowler pada kondisi pasien yang sesak nafas maka implementasi yang dilakukan berupa tindakan ...
- a. *Independent*
  - b. Kolaborasi
  - c. *Dependent*
  - d. Ketergantungan
  - e. *Interdependent*
- 7) Ketika seorang Ners memutuskan untuk melaksanakan perawat luka sesuai dengan *advise* dari pihak medis maka implementasi yang dilakukan berupa tindakan ...
- a. *Independent*
  - b. Mandiri
  - c. *Dependent*
  - d. Kolaborasi
  - e. *Interdependent*
- 8) Ketika seorang Ners melakukan pemeriksaan fisik berdasarkan pendekatan sistem atau *Head-to-toe* melalui pemeriksaan Inpeksi, Perkusi, Palpasi, dan Auskultasi kemudian dapat merumuskan suatu diagnosis keperawatan. Tindakan tersebut merupakan bentuk ...
- a. Tindakan Preventif
  - b. Tindakan Diagnostik
  - c. Tindakan Terapeutik
  - d. Tindakan Edukatif
  - e. Tindakan Merujuk
- 9) Ketika seorang Ners mengajarkan kepada pasien diabetes mellitus tentang cara melakukan aktifitas yang sesuai; cara pemberian insulin, dan mengenali tanda-tanda terjadinya hipoglikemia serta cara mengatasinya. Tindakan tersebut merupakan bentuk ...
- a. Tindakan Preventif
  - b. Tindakan Diagnostik

- c. Tindakan Terapeutik
  - d. Tindakan Edukatif
  - e. Tindakan Merujuk
- 10) Ketika seorang Ners menemukan seorang pasien dengan kelemahan akibat stroke. Kemudian Ners tersebut melakukan mobilisasi, memberikan bantal air pada bagian tubuh yang tertekan dan atau yang paralise. Tindakan tersebut merupakan bentuk ...
- a. Tindakan Preventif
  - b. Tindakan Diagnostik
  - c. Tindakan Terapeutik
  - d. Tindakan Edukatif
  - e. Tindakan Merujuk

## Kegiatan Belajar 3

### Dokumentasi Implementasi Keperawatan

#### 1. Definisi

Dokumentasi implementasi keperawatan merupakan suatu catatan yang memuat seluruh implementasi keperawatan yang dilakukan untuk menyelesaikan masalah keperawatan yang disusun secara urut untuk menyelesaikan masalah keperawatan sesuai dengan perencanaan yang telah ditetapkan sebelumnya.

#### 2. Pelaksanaan Dokumentasi Implementasi Keperawatan

Pelaksanaan pendokumentasian implementasi keperawatan yang biasa dilakukan seperti pada gambar di bawah ini:

<b>LOGO RUMAH SAKIT</b>	<b>RS</b> Alamat _____ Telp. _____ Fax. _____ email _____	No.RM : _____ Nama : _____ Tgl lahir: _____									
<b>CATATAN TINDAKAN KEPERAWATAN</b>											
Shift Pagi, tanggal dd/mm/yy _____			Shift Sore, tanggal dd/mm/yy _____			Shift Malam, tanggal dd/mm/yy _____					
<b>Jam</b>	<b>Tindakan</b>	<b>Paraf</b>	<b>Jam</b>	<b>Tindakan</b>	<b>Paraf</b>	<b>Jam</b>	<b>Tindakan</b>	<b>Paraf</b>			
	<input type="checkbox"/> Label NIC 1 terpilih di Diagnosis terpilih <input type="checkbox"/> Label NIC 2 terpilih di Diagnosis terpilih <input type="checkbox"/> Tindakan lainnya _____ _____ <input type="checkbox"/> dst			<input type="checkbox"/> Label NIC 1 terpilih di Diagnosis terpilih <input type="checkbox"/> Label NIC 2 terpilih di Diagnosis terpilih <input type="checkbox"/> Tindakan lainnya _____ _____ <input type="checkbox"/> dst			<input type="checkbox"/> Label NIC 1 terpilih di Diagnosis terpilih <input type="checkbox"/> Label NIC 2 terpilih di Diagnosis terpilih <input type="checkbox"/> Tindakan lainnya _____ _____ <input type="checkbox"/> dst				
<b>Evaluasi Nyeri</b>			<b>Pagi</b>			<b>Sore</b>			<b>Malam</b>		
Skala _____ (essay)			_____ (essay)			_____ (essay)			_____ (essay)		
Lokasi _____ (essay)			_____ (essay)			_____ (essay)			_____ (essay)		
Sifat _____ (essay)			_____ (essay)			_____ (essay)			_____ (essay)		
Tindakan _____ (essay)			_____ (essay)			_____ (essay)			_____ (essay)		
Manajemen Nyeri yang Dilakukan _____ (essay)			_____ (essay)			_____ (essay)			_____ (essay)		

Gambar 10.6. Dokumentasi Implementasi Keperawatan

Dalam melaksanakan implementasi keperawatan, penting adanya aspek legalitas berupa keterangan siapa yang melakukan implementasi keperawatan. Implementasi yang dilakukan pada

pelaksanaannya dapat berupa observasi/monitoring, edukasi, terapeutik bahkan hingga kolaborasi dengan professional pemberi asuhan (PPA) lainnya. Penting juga untuk asas akuntabilitas pekerjaan perawat yang melakukan implementasi membubuhkan nama dan paraf serta waktu pelaksanaan implementasi pada kolom format pendokumentasian yang tersedia.

### **3. Latihan**

Untuk memperdalam pemahaman Anda mengenai materi di atas, kerjakanlah latihan berikut !

- 1) Berikan dan jelaskan contoh pendokumentasian implementasi keperawatan pada masalah keperawatan nyeri akut !
- 2) Berikan dan jelaskan contoh pendokumentasian implementasi keperawatan pada masalah keperawatan mual !
- 3) Berikan dan jelaskan contoh pendokumentasian implementasi keperawatan pada masalah keperawatan risiko infeksi !
- 4) Berikan dan jelaskan contoh pendokumentasian implementasi keperawatan pada masalah keperawatan risiko aspirasi !
- 5) Berikan dan jelaskan contoh pendokumentasian implementasi keperawatan pada masalah keperawatan risiko jatuh !

### **4. Rangkuman**

Pelaksanaan implementasi keperawatan yang dilakukan haruslah dilakukan pendokumentasian sehingga akuntabilitas pekerjaan perawat dapat dipertanggungjawabkan, dapat dipertanggunggugatkan bagaimana implementasi keperawatan ini dilakukan untuk menyelesaikan masalah keperawatan yang ada pada pasien.

### **5. Tes Formatif 3**

**Untuk memperdalam materi di atas maka kerjakanlah soal di bawah ini:**

Petunjuk: untuk soal nomor 1 – 5, pilihlah salah satu jawaban yang paling tepat!



1. Pendokumentasian implementasi keperawatan dengan memberikan pendidikan kesehatan pada pasien dan keluarga termasuk pendokumentasian implementasi...
  - a. Observasi/Monitoring
  - b. Edukasi
  - c. Terapeutik
  - d. Kolaborasi
2. Pendokumentasian implementasi keperawatan dengan melakukan pemberian diet nutrisi bersama nutrisian termasuk pendokumentasian implementasi...
  - a. Observasi/Monitoring
  - b. Edukasi
  - c. Terapeutik
  - d. Kolaborasi
3. Pendokumentasian implementasi keperawatan dengan memberikan manajemen nyeri berupa tindakan massase pada pasien termasuk pendokumentasian implementasi...
  - a. Observasi/Monitoring
  - b. Edukasi
  - c. Terapeutik
  - d. Kolaborasi
4. Pendokumentasian implementasi keperawatan dengan pemantauan tanda vital pasien setiap 2 jam perawatan termasuk pendokumentasian implementasi...
  - a. Observasi/Monitoring
  - b. Edukasi
  - c. Terapeutik
  - d. Kolaborasi

Petunjuk: jawaban (A) jika 1,2,3 benar; (B) jika 1 dan 3 benar; (C) jika 2 dan 4 benar; (D) jika 4 benar/salah; (E) jika semua benar/salah

5. Dalam menunjukkan asas akuntabilitas pekerjaan perawat dalam pendokumentasian, yang harus dilakukan perawat adalah membubuhkan...
  1. Nama perawat
  2. Paraf perawat
  3. Waktu pelaksanaan
  4. Tempat pelaksanaan

### **KUNCI JAWABAN TES FORMATIF**

Berikut adalah kunci jawaban dari kegiatan tes formatif yang telah dilakukan:

#### **Tes Formatif 1**

- 1) E
- 2) B
- 3) B
- 4) B
- 5) A

#### **Tes Formatif 2**

- 1) A
- 2) B
- 3) D
- 4) D
- 5) E
- 6) A
- 7) C
- 8) B
- 9) D
- 10) C

#### **Tes Formatif 3**

- 1) E
- 2) D
- 3) C

4) A

5) A

## **GLOSARIUM**

- Advise* : Atas arahan dari seorang professional pemberi asuhan lainnya
- Akuntabilitas : Ukuran tanggung jawab yang dapat dibuktikan dan diperlihatkan kepada orang lain secara langsung

## **DAFTAR PUSTAKA**

- Ackley B.J., Ladwig G.B. (2014). *Nursing Diagnosis Handbook: An Evidence-Based Guide to Planning Care*. 10th edition. Mosby: Elsevier Inc.
- Alfaro-LeFevre R. (2013). *Critical Thinking, Clinical Reasoning, and Clinical Judgment*. 5th edition. Saunders: Elsevier Inc.
- Bulechek G.M., Butcher H.K., Dochterman J.M., Wagner C. (2013). *Nursing Interventions Classifications (NIC)*. 6th edition. Mosby: Elsevier Inc.
- Kozier, B., Erb, G., Berwan, A.J., & Burke, K. (2008). *Fundamentals of Nursing: Concepts, Process, and Practice*. New Jersey: Prentice Hall Health.
- Ladwig G.B., Ackley B.J. (2014). *Mosby's Guide to Nursing Diagnosis*. 10th edition. Mosby: Elsevier Inc.
- Moorhead S., Johnson M., Maas M.L., Swanson E. (2013). *Nursing Outcomes Classifications (NOC): Measurement of Health Outcomes*. 5th edition. Mosby: Elsevier
- Potter, P.A. & Perry, A.G. (2010). *Fundamental Keperawatan (3-volume set)*. Edisi Bahasa Indonesia 7. Elsevier (Singapore) Pte.Ltd.
- Rubinfeld, M.G. & Scheffer, B.K. (2010). *Critical Thinking Tactics for nurses*, 2nd Ed. Jones and Bartlett Publishers.

Rubinfeld, M.G. & Scheffer, B.K. (1999). *Critical Thinking in Nursing: An Alternative Approach*, 2nd Ed. Philadelphia: Lippincott.

# **MODUL 11**

## **Evaluasi/Catatan Perkembangan Keperawatan**

### **PENDAHULUAN**

Pelayanan berfokus kepada pasien dan keluarga sesuai amanah SNARS mengharuskan pelayanan yang ada menjadi terintegrasi antara profesional pemberi asuhan (PPA). Pelayanan penunjang secara profesional yang berorientasi pada kebutuhan informasi kesehatan, administrator, dan manajemen pada sarana layanan kesehatan diberikan secara profesional kepada pasien dan keluarga.

Paradigma baru standar akreditasi sesuai SNARS 1.1 memberikan perubahan yang sangat signifikan pada dokumentasi asuhan terintegrasi. Asuhan pasien yang kontinyu serta terintegrasi merupakan suatu keharusan yang dilaksanakan semua profesional pemberi asuhan (PPA). Mendokumentasikan kondisi setiap pasien sesuai faktanya memberikan gambaran perkembangan kesehatan pasien. Pasien menerima pelayanan terbaik oleh para profesional pemberi asuhan (PPA) dibuktikan dengan hasil evaluasi atau catatan perkembangan yang terdokumentasi dengan baik.

# **Kegiatan Belajar 1**

## **Konsep Evaluasi/Catatan Perkembangan**

### **1. Definisi**

Evaluasi mengacu kepada penilaian, tahapan, dan perbaikan kondisi pasien selama perawatan. Pada tahap ini perawat menemukan penyebab mengapa suatu proses keperawatan dapat berhasil atau gagal (Alfaro-Le Fevre, 1994). Perawat menemukan reaksi klien terhadap intervensi keperawatan yang telah diberikan dan menetapkan apa yang menjadi sasaran dari rencana keperawatan dapat diterima.

Evaluasi berfokus pada individu klien dan kelompok dari klien itu sendiri. Proses evaluasi memerlukan beberapa keterampilan dalam menetapkan rencana asuhan keperawatan, termasuk pengetahuan mengenai standar asuhan keperawatan, respon klien yang normal terhadap tindakan keperawatan, dan pengetahuan konsep teladan dari keperawatan.

Penilaian dalam keperawatan merupakan kegiatan dalam melaksanakan rencana tindakan yang telah ditentukan, untuk mengetahui pemenuhan kebutuhan klien secara optimal dan mengukur hasil dari proses keperawatan. Penilaian keperawatan adalah mengukur keberhasilan dari rencana dan pelaksanaan tindakan keperawatan yang dilakukan dalam memenuhi kebutuhan klien.

### **2. Tujuan Evaluasi Keperawatan**

Pada pelaksanaannya evaluasi keperawatan mempunyai tujuan yaitu sebagai berikut:

a. Tujuan umum:

- 1) Menjamin asuhan keperawatan secara optimal
- 2) Meningkatkan kualitas asuhan keperawatan

b. Tujuan khusus:

- 1) Mengakhiri rencana tindakan keperawatan
- 2) Menyatakan apakah tujuan keperawatan telah tercapai atau belum
- 3) Meneruskan rencana tindakan keperawatan
- 4) Memodifikasi rencana tindakan keperawatan
- 5) Dapat menentukan penyebab apabila tujuan asuhan keperawatan belum tercapai

### **3. Manfaat Evaluasi**

Manfaat evaluasi dalam proses keperawatan antara lain:

- 1) Menentukan perkembangan kesehatan klien
- 2) Menilai efektifitas, efisiensi dan produktifitas asuhan keperawatan yang diberikan
- 3) Menilai pelaksanaan asuhan keperawatan
- 4) Umpan balik untuk memperbaiki atau menyusun siklus baru dalam proses keperawatan
- 5) Menunjang tanggung gugat dan tanggung jawab dalam pelaksanaan keperawatan

### **4. Kriteria Evaluasi**

Dalam melakukan evaluasi keperawatan, ditentukan dengan kriteria sebagai berikut:

- a. Kriteria Proses (evaluasi proses), dimaksudkan untuk menilai jalannya pelaksanaan proses keperawatan sesuai dengan situasi, kondisi dan kebutuhan klien. Evaluasi proses harus dilaksanakan segera setelah perencanaan keperawatan dilaksanakan untuk membantu keefektifan terhadap tindakan.

- b. Kriteria keberhasilan (evaluasi hasil/sumatif), dimaksudkan untuk menilai hasil asuhan keperawatan yang diperlihatkan dengan perubahan tingkah laku klien. Evaluasi ini dilaksanakan pada akhir tindakan keperawatan.

## **5. Mengukur Pencapaian Tujuan**

Perawatan yang telah dilaksanakan dapat diukur pencapaian tujuannya melewati:

- a. Kognitif, dapat terlihat pada seberapa mengerti pasien akan kondisinya, seberapa mengetahui dan memahami akan pendidikan kesehatan yang dilakukan oleh perawat.
- b. Affektif, dapat terlihat pada reaksi penerimaan yang ditunjukkan pasien selama proses perawatan atau dapat terlihat dari perubahan sikap yang terjadi pada pasien.
- c. Psikomotor, dapat terlihat dari kemampuan pasien melakukan atau meredemostrasikan hal yang diajarkan perawat selama masa perawatan.
- d. Perubahan fungsi tubuh dan gejala, dapat dilihat dari kondisi fisik pasien yang awalnya mungkin mengalami keterbatasan hingga kondisi terkini dengan harapan terjadi perbaikan fungsi tubuh dan pengurangan gejala sakit pada pasien.

## **6. Hasil Evaluasi**

Berbicara kesimpulan dari hasil implementasi keperawatan, maka terdapat hasil evaluasi yang akan menentukan kelanjutan perawatan pada pasien. Kondisi terkini harus dibandingkan dengan luaran yang telah ditetapkan sebelumnya untuk dapat menarik kesimpulan terkait hasil perawatan. Hal ini dijelaskan pada penjelasan di bawah ini:

- a. Tujuan tercapai: jika klien menunjukkan perubahan sesuai dengan standar yang telah ditetapkan



- b. Tujuan tercapai sebagian: jika klien menunjukkan perubahan sebagian dari standar dan kriteria yang telah ditetapkan
- c. Tujuan tidak tercapai: jika klien tidak menunjukkan perubahan dan kemajuan sama sekali dan bahkan timbul masalah baru

## **7. Latihan**

Untuk memperdalam pemahaman Anda mengenai materi di atas, kerjakanlah latihan berikut !

- 1) Jelaskan mengenai evaluasi keperawatan yang dapat dilakukan seorang perawat !
- 2) Jelaskan tujuan evaluasi keperawatan yang dilakukan seorang perawat !
- 3) Jelaskan manfaat evaluasi keperawatan yang dilakukan seorang perawat !
- 4) Jelaskan bagaimana seorang perawat mengatakan evaluasi berhasil jika dikaitkan dengan luaran yang telah ditetapkan !

## **8. Rangkuman**

Evaluasi keperawatan dapat diartikan sebagai kegiatan untuk membandingkan hasil capaian atas implementasi keperawatan yang dilakukan dengan luaran keperawatan yang telah ditetapkan sebelumnya. Jika hasil yang ditemukan sesuai dengan luaran yang ditetapkan maka pada tahap evaluasi dapat disimpulkan bahwa masalah teratasi, dan jika tidak sesuai dengan luaran maka dapat dikatakan masalah tidak teratasi.

## **9. Tes Formatif 1**

**Untuk memperdalam materi di atas maka kerjakanlah soal di bawah ini:**

Petunjuk: untuk soal nomor 1 – 10, pilihlah salah satu jawaban yang paling tepat!

1. Kegiatan yang harus dilakukan seorang Ners jika pada tahap evaluasi di analisis bahwa masalah belum teratasi adalah ...

- a. Melakukan perubahan pada *outcome* dengan mengidentifikasi kembali kriteria hasil yang sudah dibuat
  - b. Melakukan asesmen ulang terhadap pasien melalui berbagai sumber (*reassessment*)
  - c. Melakukan perubahan pada intervensi keperawatan (lihat NIC kembali)
  - d. Mengidentifikasi kembali masalah keperawatan yang pernah dirumuskan dan merubahnya
  - e. Melakukan pengumpulan data berdasarkan berbagai pendekatan
2. Indikator yang dapat terlihat ketika pasien dapat mengulang kembali informasi yang disampaikan dalam intervensi keperawatan berupa pendidikan kesehatan adalah ...
    - a. Kognitif
    - b. Afektif
    - c. Psikomotor
    - d. Keterampilan
    - e. Perubahan fungsi tubuh dan gejala
  3. Ketika melakukan implementasi keperawatan dalam mengatasi diagnosis hipertermia seorang Ners memberikan kompres dingin karena menganggap suhu badan pasien sudah terlalu panas, setelah 15 menit Ners tersebut melakukan evaluasi dan ternyata panas tidak turun. Hasil evaluasi yang didapatkan adalah ...
    - a. Tujuan tercapai
    - b. Tujuan tercapai sebagian
    - c. Tujuan kurang tercapai
    - d. Tujuan belum tercapai
    - e. Tujuan tidak tercapai
  4. Ketika seorang Ners melakukan evaluasi terhadap asuhan keperawatan yang dilaksanakan didapatkan hasil evaluasi berupa tujuan tercapai, apa langkah selanjutnya dari Ners tersebut:
    - a. Lakukan pengkajian ulang
    - b. Lanjutkan intervensi

- c. Modifikasi intervensi
  - d. Evaluasi kembali intervensi
  - e. Hentikan intervensi
5. Indikator yang dapat terlihat ketika pasien mengatakan menerima segala macam saran yang disampaikan dalam intervensi keperawatan adalah ...
- a. Kognitif
  - b. Afektif
  - c. Psikomotor
  - d. Keterampilan
  - e. Perubahan fungsi tubuh dan gejala
6. Indikator yang dapat terlihat ketika pasien dapat mempraktikkan ulang mengenai hal yang diajarkan dalam intervensi keperawatan adalah ...
- a. Kognitif
  - b. Afektif
  - c. Psikomotor
  - d. Pengetahuan
  - e. Perubahan fungsi tubuh dan gejala

Petunjuk: jawaban (A) jika 1,2,3 benar; (B) jika 1 dan 3 benar; (C) jika 2 dan 4 benar; (D) jika 4 benar/salah; (E) jika semua benar/salah

7. Dalam evaluasi keperawatan, tujuan khusus yang diharapkan antara lain:
- 1. Mengakhiri rencana tindakan keperawatan
  - 2. Menyatakan apakah tujuan keperawatan telah tercapai atau belum
  - 3. Memodifikasi rencana tindakan keperawatan
  - 4. Meningkatkan kualitas asuhan keperawatan
8. Dalam pelaksanaan proses keperawatan, manfaat dari evaluasi keperawatan adalah:
- 1. Menentukan perkembangan kesehatan pasien
  - 2. Menilai efektifitas, efisiensi dan produktifitas asuhan keperawatan yang diberikan

3. Menilai pelaksanaan asuhan keperawatan
4. Menunjang tanggung gugat dan tanggung jawab dalam pelaksanaan keperawatan
9. Seorang Ners menilai jalannya pelaksanaan proses keperawatan sesuai dengan situasi, kondisi dan kebutuhan pasien. Evaluasi dilaksanakan segera setelah perencanaan keperawatan dilaksanakan untuk membantu keefektifan terhadap tindakan keperawatan. Evaluasi ini disebut juga dengan :
  1. Evaluasi hasil
  2. Evaluasi proses
  3. Evaluasi sumatif
  4. Evaluasi pelaksanaan
10. Ketika seorang Ners menemukan tujuan tercapai sebagian, apa yang dilakukan terhadap intervensi keperawatan yang telah disusun ...
  1. Melakukan modifikasi cara pemberian intervensi
  2. Mengganti sebagian intervensi awal yang telah ditulis
  3. Menggunakan bahasa yang mudah dimengerti dalam pendidikan kesehatan
  4. Mengganti semua intervensi yang telah dirumuskan

## **Kegiatan Belajar 2**

### **Konsep Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi**

#### **1. Definisi**

Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi (CPPT) merupakan catatan untuk menilai kemandirian terhadap keefektifan dari asuhan medis, asuhan keperawatan, dietisien, apoteker dan profesional pemberi asuhan (PPA) lainnya yang diberikan dalam mengatasi masalah pasien yang dipandang dalam sudut pandang terintegrasi. Dalam pelaksanaannya terdapat umpan balik dari multi disiplin guna meningkatkan kualitas dari asuhan terintegrasi yang terlihat pada berkas dokumentasi.

#### **2. Kegunaan CPPT**

Dalam pelaksanaan asuhan terintegrasi, terdapat kegunaan dari CPPT ini, antara lain:

- a. Mendukung keamanan dan keselamatan pada masa perawatan pasien serta efektif dan efisiennya asuhan terintegrasi;
- b. Komunikasi yang baik diantara profesional pemberi asuhan (PPA) guna memastikan semua anggota tim mengetahui tentang kondisi pasien selama perawatan.
- c. Memberikan informasi yang diperlukan untuk merencanakan perawatan berkelanjutan dan terintegrasi.

#### **3. Kegunaan CPPT untuk Perawat**

- a. Perawat mampu memenuhi kewajiban dalam pelaksanaan asuhan keperawatan yang menjadi tanggung jawab profesinya, dan mampu berkontribusi dalam asuhan terintegrasi diantara profesional pemberi asuhan (PPA).
- b. Perawat mengambil semua langkah yang penuh pertimbangan untuk pasien (melalui proses berpikir kritis).

- c. Segala sesuatu yang perawat tidak berhasil melakukan tidak diulangi lagi sebagai kesalahan yang sama.
- d. Perawat memastikan bahwa sistem pelayanan efektif dan efisien yang mengedepankan keamanan dan keselamatan pasien.

Terdapat dampak CPPT yang tidak baik, dapat dilihat pada gambar berikut ini:



Gambar 11.1 Dampak dari CPPT yang Tidak Baik

#### 4. Konsep SOAP pada Catatan Perkembangan Pasien

Catatan yang dibuat oleh perawat sebagai evaluasi dari rencana yang telah dikerjakan atau implementasi keperawatan. SNARS yang ditetapkan oleh KARS memastikan formatnya SOAP pada pelaksanaan asesmen ulang yang ditulis dalam formulir Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi (CPPT), baik itu yang dikerjakan perawat atau professional pemberi asuhan (PPA) lainnya. Ada kebijakan untuk menuliskan tanda tangan serah terima shift sebelumnya dengan yang akan bekerja (timbang terima) sebagai bukti otentik komunikasi antar shift berjalan dengan baik. Ada instruksi yang diberikan perawat penanggung jawab asuhan pada kolom instruksi CPPT untuk memastikan asuhan keperawatan berjalan dengan baik selama 24 jam dalam sehari dan 7 hari dalam seminggu.

## 5. Latihan

Untuk memperdalam pemahaman Anda mengenai materi di atas, kerjakanlah latihan berikut !

- 1) Jelaskan pentingnya CPPT bagi perawat !
- 2) Jelaskan pentingnya CPPT dalam asuhan terintegrasi !

## 6. Rangkuman

Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi (CPPT) merupakan sarana bagi professional pemberi asuhan (PPA) untuk mengintegrasikan asuhannya, saling memberikan informasi, saling mengoreksi dan memberi masukan demi kesinambungan asuhan.

## 7. Tes Formatif 2

**Untuk memperdalam materi di atas maka kerjakanlah soal di bawah ini:**

Petunjuk: untuk soal nomor 1 – 5, pilihlah salah satu jawaban yang paling tepat!

1. Evaluasi yang sering digunakan dalam praktik keperawatan adalah
  - a. SOAPII
  - b. SOAPIER
  - c. SOAP
  - d. SOA
  - e. SOP
2. Perawat mendapatkan data persepsi dari pasien berupa keluhan yang dirasakan pasien. Data tersebut akan ditulis oleh perawat di lembar evaluasi pasien. Data tersebut adalah data...
  - a. Implementasi
  - b. Analisis
  - c. Objektif
  - d. Subjektif
  - e. Perencanaan

3. Perawat mendapatkan data hasil pemeriksaan fisik. Data tersebut akan ditulis oleh perawat di lembar evaluasi pasien. Data tersebut adalah data...
  - a. Implementasi
  - b. Analisis
  - c. Objektif
  - d. Subjektif
  - e. Perencanaan
4. Jika perawat ingin mengetahui rencana tindak lanjut dari pasien pada lembar evaluasi, maka perawat mengecek di bagian . . . .
  - a. Implementasi
  - b. Analisis
  - c. Objektif
  - d. Subjektif
  - e. Perencanaan
5. Kegunaan CPPT dalam pelayanan kesehatan pasien adalah...
  - a. Mendukung keamanan dan perawatan pasien yang tidak efektif
  - b. Mengurangi pembiayaan rumah sakit
  - c. Menambah lama perawatan
  - d. Mendukung tenaga kesehatan untuk mendapatkan keuntungan sebesar-besarnya
  - e. Membangun komunikasi dalam tim kesehatan



## Kegiatan Belajar 3

### Dokumentasi Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi

#### 1. Definisi

Dokumentasi Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi (CPPT) merupakan catatan pembuktian dimana pemberian asuhan terintegrasi dicatat di dalam formulir khusus yang memudahkan professional pemberi asuhan (PPA) mengintegrasikan asuhannya.

#### 2. Pelaksanaan Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi

Berikut ini adalah contoh dari catatan perkembangan pasien terintegrasi yang dilakukan perawat antar shift dinas. Berikut penjelasannya:

Pencatatan shift dinas Pagi yaitu seperti contoh berikut:

CATATAN PERKEMBANGAN PASIEN TERINTEGRASI (CPPT)				
Shift / Waktu	PPA	Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi (CPPT)	Instruksi	TTD
Pagi, 23/10/19 13.00 Wita	Ns. N (PPJA)	<p><b>S:</b> mengeluhkan nyeri pada bagian perut bawah sebelah kanan, merasakan lemas</p> <p><b>O:</b> TD: 120/80 mmHg, N: 90 kali/menit, R: 18 kali/menit, T: 38,5C, Tk nyeri 5, turgor kulit &gt; 2 detik (jelek), mobilisasi terganggu, skala kekuatan otot 4/4 sinistra, 4/4 dekstra, ADL dibantu sebagian</p> <p><b>A:</b> Nyeri akut, Hipertermia, Defisiensi volume cairan, Risiko jatuh, Hambatan mobilitas fisik, Kelelahan</p> <p><b>P:</b> dalam 1 x 18 jam: Nyeri Tk 3, Bisa relaksasi, Tidur minimal 6 jam, T: 37C, Intake dan output balance ROM pasif/aktif, Kejadian jatuh tidak terjadi</p>	<p><b>Sore: Untuk PP Siang</b></p> <p>Kaji nyeri, kaji risiko jatuh, minum 700cc, kompres hangat, relaksasi, personal hygiene mandi sore/seka, ROM aktif/pasif, latihan kursi roda, monitor balance cairan, cek darah rutin, Kolaborasi: obat _____</p> <p><b>Malam: Untuk PP Malam</b></p> <p>Kaji nyeri, kaji risiko jatuh, minum 300cc, kompres hangat, aromaterapi, musik terapi, relaksasi, personal hygiene mandi pagi, ROM aktif/pasif, monitor balance cairan Kolaborasi: obat _____</p>	<p>Ns. N</p> <p>Timbang terima ke <b>PP Siang</b> TTD</p> <p>Verifikasi Ns. N 24/10/19 TTD</p>

Gambar 11.2. CPPT Shift Dinas Pagi

Terlihat pada contoh di atas Ns.N selaku Perawat Penanggung Jawab Asuhan (PPJA) menuliskan instruksi kepada 2 shift perawat setelahnya yang akan berdinasi di shift selanjutnya. Hal ini dikarenakan Ns.N merupakan penanggung jawab pada pasien kelolaan. Instruksi yang dituliskan oleh Ns.N dapat berupa

instruksi umum maupun instruksi spesifik setiap shiftnya. Instruksi yang dibuat Ns.N meliputi kegiatan observasi, edukasi, terapeutik dan kolaborasi. Sebagai seorang PPJA, Ns.N juga harus bisa mengelaborasi intruksi dari PPA lainnya menjadi instruksi keperawatan. Sebagai penerus shift berikutnya saat Ns.N tidak ada di tempat, shift berikutnya hanya meneruskan apa yang menjadi instruksi dari Ns.N sebagai PPJA pasien tersebut. Keesokan harinya Ns.N berkewajiban untuk memvalidasi kondisi pasien dan dokumentasi asuhan yang dikerjakan perawat pelaksana.

Pencatatan shift dinas Siang yaitu seperti contoh berikut:

CATATAN PERKEMBANGAN PASIEN TERINTEGRASI (CPPT)				
Shift / Waktu	PPA	Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi (CPPT)	Instruksi	TTD
Sore, 23/10/19 19.00 Wita	Ns. N (PPJA)	<p><b>S:</b> mengeluhkan nyeri pada bagian perut bawah sebelah kanan, merasakan lemas</p> <p><b>O:</b> TD: 130/80 mmHg, N: 88 kali/menit, R: 18 kali/menit, T: 37,5C, Tk nyeri 5, turgor kulit &gt; 2 detik (jelek), tidak bersedia ROM, minum 600cc, skala kekuatan otot 4/4 sinistra, 4/4 dekstra, risiko jatuh tinggi, ADL dibantu sebagian, lab urine dan darah belum ada hasil</p> <p><b>A:</b> Nyeri akut, Defisiensi volume cairan, Risiko jatuh, Hambatan mobilitas fisik, Kelelahan</p> <p><b>P:</b> Nyeri Tk 3, Minum 400cc</p>	<p><b>Malam: Urus PP Malam</b></p> <p>Edukasi pentingnya minum 400cc, follow up hasil lab urine dan darah, lapor jika terdapat nilai kritis</p>	<p>PP Siang</p> <p>Timbang terima ke PP Malam</p> <p>TTD</p> <p>Verifikasi Ns. N 24/10/19 TTD</p>
<p><b>Catatan:</b> Diagnosis ditetapkan oleh Ns. N selaku PPA, jika ditetapkan oleh PP karena ada perubahan kondisi maka harus diverifikasi oleh Ns. N</p>				

Gambar 11.3. CPPT Shift Dinas Siang

Terlihat pada contoh di atas perawat pelaksana shift dinas siang hanya meneruskan apa yang menjadi instruksi dari Ns.N. adanya modifikasi instruksi untuk shift dinas malam sebagai bentuk kerjasama tim yang harus melaksanakan asuhan sesuai dengan instruksi Ns.N. Terdapat info tambahan yang ditulis di kolom instruksi sebagai pengingat karena ada *advise* dari PPA lainnya. Perawat pelaksana shift dinas siang selanjutnya memformulasikan instruksi modifikasi berdasarkan instruksi awal yang telah dibuat Ns.N, keesokan harinya Ns.N wajib memvalidasi bukti dokumentasi tertulis yang telah dibuat.

Pencatatan shift dinas Malam yaitu seperti contoh berikut:

CATATAN PERKEMBANGAN PASIEN TERINTEGRASI (CPPT)				
Shift / Waktu	PPA	Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi (CPPT)	Instruksi	TTD
Malam, 24/10/19 07.00 Wita	Ns. N (PPJA)	<p><b>S:</b> mengatakan nyeri berkuang, masih merasakan lemas</p> <p><b>O:</b> dapat tidur 7 jam dari 22.00 sd 05.00 wita, TD: 120/80 mmHg, N: 86 kali/menit, R: 16 kali/menit, T: 37C, Tk nyeri 3, turgor kulit 2 detik (kurang baik), urine 500cc keruh, ganti kateter, risiko jatuh tinggi, RCM aktif, minum 400cc, skala kekuatan otot 4/4 sinistra, 4/4 dekstra, ADL dibantu sebagian, lab urine dan darah terlampir</p> <p><b>A:</b> Nyeri akut, Defisiensi volume cairan, Risiko jatuh, Hambatan mobilitas fisik, Keletihan</p>	Info akan cek resistensi antibiotik	<p>PP Malam</p> <p>Timbang terima ke Ns. N</p> <p>TTD</p> <p>Verifikasi DPJP</p> <p>24/10/19</p> <p>TTD</p>
<p><b>Catatan:</b> Para DPJP sebagai bukti bahwa DPJP sudah membaca perkembangan pasien yang dimonitor oleh keperawatan yang kemudian diinput sebagai salah satu bahan pengambilan keputusan.</p>				

Gambar 11.4. CPPT Shift Dinas Malam

Terlihat pada gambar bahwa shift dinas malam hanya meneruskan apa yang menjadi instruksi dari Ns.N dan sedikit modifikasi dari shift dinas siang sebelumnya. Adanya implementasi keperawatan modifikasi untuk shift dinas malam sebagai bentuk kerjasama tim yang harus melaksanakan asuhan sesuai dengan instruksi Ns.N. Terdapat info tambahan yang ditulis di kolom instruksi sebagai pengingat kepada Ns.N nantinya selaku PPJA pada pasien kelolaan karena ada *advise* dari PPA lainnya. Keesokan harinya Ns.N wajib memvalidasi bukti dokumentasi tertulis yang telah dibuat, serta mengingatkan untuk Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP) untuk memvalidasi asuhan terintegrasi yang telah dilakukan. DPJP wajib melakukannya mengingat DPJP bertindak sebagai *clinical team leader* pada asuhan terintegrasi.

### 3. Latihan

Untuk memperdalam pemahaman Anda mengenai materi di atas, kerjakanlah latihan berikut !

- 1) Jelaskan mengapa CPPT harus terintegrasi antar perawat dengan professional pemberi asuhan (PPA) lainya !
- 2) Jelaskan mengapa instruksi penting diberikan oleh PPJA kepada perawat pelaksana !

#### **4. Rangkuman**

Pelaksanaan asesmen ulang yang dilakukan haruslah dilakukan pendokumentasian di CPPT sehingga akuntabilitas pekerjaan perawat dan professional pemberi asuhan (PPA) lainnya dapat dipertanggungjawabkan, dapat dipertanggunggugatkan.

#### **5. Tes Formatif 3**

**Untuk memperdalam materi di atas maka kerjakanlah soal di bawah ini:**

Petunjuk: untuk soal nomor 1 – 5, pilihlah salah satu jawaban yang paling tepat!

1. Kapanjangan CPPT adalah...
  - a. Catatan perkembangan perawat terpusat
  - b. Catatan perkembangan pasien terpusat
  - c. Catatan perkembangan pasien terpadu
  - d. Catatan perkembangan perawat terintegrasi
  - e. Catatan perkembangan pasien terintegrasi
2. Catatan perkembangan pasien terintegrasi untuk keperawatan merupakan tanggung jawab seorang...
  - a. Dokter
  - b. Gizi
  - c. Bidan
  - d. Perawat DIII (pelaksana)
  - e. Perawat Ners (PPJA)
3. Hal yang tidak harus diperhatikan dalam pengisian CPPT adalah . . .
  - a. Waktu pelaksanaan tindakan
  - b. Tanda tangan
  - c. Nama penunggu pasien
  - d. Waktu penulisan

- e. Tanggal pelaksanaan
- 4. CPPT seharusnya diisi oleh . . .
  - a. Dokter
  - b. Gizi
  - c. Bidan
  - d. Perawat
  - e. Profesional pemberi asuhan (PPA) terkait
- 5. Guna memastikan asuhan keperawatan berjalan simultan selama 24 jam, penting bagi seorang PPJA memberikan... kepada perawat pelaksana yang akan meneruskan perawatan pasien di bawah tanggung jawabnya.
  - a. Instruksi
  - b. Kolaborasi
  - c. Intervensi
  - d. Implementasi
  - e. Evaluasi

### **KUNCI JAWABAN TES FORMATIF**

Berikut adalah kunci jawaban dari kegiatan tes formatif yang telah dilakukan:

#### **Tes Formatif 1**

- 1) B
- 2) A
- 3) E
- 4) E
- 5) B
- 6) C
- 7) A
- 8) E
- 9) C
- 10) B

#### **Tes Formatif 2**

- 1) C
- 2) D
- 3) C
- 4) E
- 5) E

### **Tes Formatif 3**

- 1) E
- 2) E
- 3) C
- 4) E
- 5) A

### **GLOSARIUM**

- KARS** : Sebuah badan/komite yang bertanggung jawab untuk menstandarisasi rumah sakit untuk akreditasi sesuai standar yang telah ditetapkan
- PPJA** : Seorang perawat professional minimal berpendidikan Ners yang mempunyai tanggung jawab sebagai pengelola asuhan.

### **DAFTAR PUSTAKA**

- Ackley B.J., Ladwig G.B. (2014). Nursing Diagnosis Handbook: An Evidence-Based Guide to Planning Care. 10th edition. Mosby: Elsevier Inc.
- Alfaro-LeFevre R. (2013). Critical Thinking, Clinical Reasoning, and Clinical Judgment. 5th edition. Saunders: Elsevier Inc.
- Bulechek G.M., Butcher H.K., Dochterman J.M., Wagner C. (2013). Nursing Interventions Classifications (NIC). 6th edition. Mosby: Elsevier Inc.
- KARS. (2016). Dokumentasi Rekam Medis Dalam Kontek Akreditasi Rumah Sakit (1st ed.). Komisi Akreditasi Rumah Sakit.

- Kozier, B., Erb, G., Berwan, A.J., & Burke, K. (2008). *Fundamentals of Nursing: Concepts, Process, and Practice*. New Jersey: Prentice Hall Health.
- Ladwig G.B., Ackley B.J. (2014). *Mosby's Guide to Nursing Diagnosis*. 10th edition. Mosby: Elsevier Inc.
- Moorhead S., Johnson M., Maas M.L., Swanson E. (2013). *Nursing Outcomes Classifications (NOC): Measurement of Health Outcomes*. 5th edition. Mosby: Elsevier
- Potter, P.A. & Perry, A.G. (2010). *Fundamental Keperawatan (3-vol set)*. Edisi Bahasa Indonesia 7. Elsevier (Singapore) Pte.Ltd.
- Rubinfeld, M.G. & Scheffer, B.K. (2010). *Critical Thinking Tactics for nurses*, 2nd Ed. Jones and Bartlett Publishers.
- Rubinfeld, M.G. & Scheffer, B.K. (1999). *Critical Thinking in Nursing: An Alternative Approach*, 2nd Ed. Philadelphia: Lippincott.

## **INDEKS**

Pengisian indeks dapat dibantu oleh editor



## TENTANG PENULIS



Herry Setiawan, S.Kep., Ners, M.Kep., merupakan salah satu dosen pada Program Studi Ilmu Keperawatan, Fakultas Kedokteran, Universitas Lambung Mangkurat. Menjadi Kepala Departemen Manajemen Keperawatan sejak tahun 2016 memberikan kesempatan besar untuk dirinya guna mengembangkan Departemen Manajemen Keperawatan agar bersesuaian dengan Era Akreditasi

Rumah Sakit sesuai SNARS 1.1. yang menempatkan posisi keperawatan menjadi pemeran vital dalam Asuhan Terintegrasi untuk mewujudkan *Patient Center Care* (PCC).

Buku Asuhan Keperawatan di Era Akreditasi Rumah Sakit merupakan karya pertama yang telah mengintegrasikan konsep Proses Asuhan Keperawatan dengan tuntutan Akreditasi Rumah Sakit saat ini. Melalui buku ini diharapkan perawat maupun calon perawat dapat belajar sedini mungkin untuk mempersiapkan diri guna siap menjadi professional di tatanan Rumah Sakit di era serba terintegrasi sesuai tuntutan Akreditasi Rumah Sakit terkini.