

*Buku Ajar*

# METODOLOGI KEPERAWATAN KONSEP DAN PRINSIP DASAR

Dhiana Setyorini • Syaiful • Lili Fajria • Fitri Wahyuni  
Hardin • Mugi Hartoyo • Suryanti



# **BUKU AJAR**

## **METODOLOGI KEPERAWATAN:**

## **KONSEP DAN PRINSIP DASAR**

### **Penulis:**

Dr. Dhiana Setyorini, M.Kep., Sp.Mat.

Syaiful, S.Kep., Ns., M.Pd., M.Kes.

Dr. Ns. Lili Fajria, S.Kep., M.Biomed.

Ns. Fitri Wahyuni, M.Kep.

Hardin, S.Kep., Ns., M.Kep.

Mugi Hartoyo, (BN. Hons.), MN.

Suryanti, S.Kep., Ners., M.Sc.



## **Buku Ajar Metodologi Keperawatan: Konsep dan Prinsip Dasar**

**Penulis:** Dr. Dhiana Setyorini, M.Kep., Sp.Mat.

Syaiful, S.Kep.,Ns., M.Pd., M.Kes.

Dr. Ns. Lili Fajria, S.Kep., M.Biomed.

Ns. Fitri Wahyuni, M.Kep.

Hardin, S.Kep., Ns., M.Kep.

Mugi Hartoyo, (BN. Hons.), MN.

Suryanti, S.Kep., Ners., M.Sc.

**Desain Sampul:** Ivan Zumarano

**Penata Letak:** Helmi Syaukani

**ISBN:** 978-623-8775-96-5

**Cetakan Pertama:** Januari, 2025

Hak Cipta 2025

Hak Cipta Dilindungi Oleh Undang-Undang

**Copyright © 2025**

**by Penerbit PT Nuansa Fajar Cemerlang Jakarta**

*All Right Reserved*

Dilarang keras menerjemahkan, memfotokopi, atau memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini tanpa izin tertulis dari Penerbit.

website: [www.nuansafajarcemerlang.com](http://www.nuansafajarcemerlang.com)

instagram: @bimbel.optimal

**PENERBIT:**

**PT Nuansa Fajar Cemerlang**

**Grand Slipi Tower, Lantai 5 Unit F**

**Jl. S. Parman Kav 22-24, Palmerah**

**Jakarta Barat, 11480**

**Anggota IKAPI (624/DKI/2022)**

## PRAKATA

Alhamdulillah Puji syukur kami panjatkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa, yang telah memberikan rahmat dan karunia-Nya sehingga buku yang berjudul "**Buku Ajar Metodologi Keperawatan: Konsep dan Prinsip Dasar**", dapat terselesaikan. Topik dalam buku ini dapat dijadikan perbandingan dan acuan bagi mahasiswa, praktisi, serta akademisi di bidang keperawatan, khususnya dalam memahami dan mengaplikasikan pendekatan metodologis yang tepat dalam melaksanakan asuhan keperawatan.

Metodologi ilmiah dan proses keperawatan adalah dua pendekatan yang memiliki peran penting dalam menyelesaikan permasalahan pada klien. Keduanya mengedepankan prinsip rasionalitas, sistematika, dan berpikir kritis untuk mencapai tujuan yang sama, yaitu meningkatkan kualitas hidup individu dan masyarakat melalui pelayanan kesehatan yang berbasis bukti (*Evidance Based*).

Harapan kami, Buku ini dapat menjadi referensi yang informatif dan aplikatif bagi para pembaca untuk lebih memahami bagaimana metode ilmiah dan proses keperawatan saling melengkapi dalam merumuskan solusi terhadap permasalahan keperawatan yang semakin kompleks.

Akhir kata, semoga buku ini dapat memberikan manfaat yang sebesar-besarnya bagi perkembangan keilmuan keperawatan dan peningkatan kualitas pelayanan kesehatan.

Jakarta, November 2024

Penulis

## **DAFTAR ISI**

<b>PRAKATA .....</b>	<b>iii</b>
<b>DAFTAR ISI .....</b>	<b>iv</b>

<b>BAB 1 KONSEP BERPIKIR KRITIS DAN PENGAMBILAN KEPUTUSAN DALAM KEPERAWATAN .....</b>	<b>1</b>
A. Konsep Berpikir Kritis .....	3
B. Latihan .....	18
C. Glosarium.....	19
D. Daftar Pustaka.....	19
<b>BAB 2 PENERAPAN METODE PROSES KEPERAWATAN DALAM LAYANAN ASUHAN KEPERAWATAN PROFESIONAL .....</b>	<b>21</b>
A. Berbagai pandangan tentang konsep keperawatan.....	23
B. Karakteristik Proses Keperawatan.....	23
C. Keuntungan Menggunakan Proses Keperawatan .....	24
D. Langkah-Langkah Dalam Proses Keperawatan. ....	24
E. Latihan.....	35
F. Rangkuman Materi .....	39
G. Glosarium .....	40
H. Daftar Pustaka .....	40
<b>BAB 3 METODE ILMIAH DAN PROSES KEPERAWATAN SEBAGAI METODE PENYELESAIAN MASALAH .....</b>	<b>41</b>
A. Definisi.....	43
B. Tujuan .....	45
C. Tahapan Dalam Metode Ilmiah Dan Proses keperawatan .....	47
D. Karakteristik Metode Ilmiah Dan Proses keperawatan .....	51
E. Peran Metode Ilmiah Dan Proses Keperawatan Dalam Penyelesaian Masalah.....	54
F. Keterbatasan Metode Ilmiah Dan Proses Keperawatan .....	57

G. Contoh Aplikasi Klinis Menggunakan Metode Ilmiah Dan Proses Keperawatan.....	58
H. Latihan .....	61
I. Rangkuman.....	63
J. Glosarium .....	64
K. Daftar Pustaka .....	64

## **BAB 4 PENGKAJIAN KEPERAWATAN ..... 69**

A. Pengertian.....	70
B. Tujuan Pengkajian .....	70
C. Langkah-langkah pengkajian .....	70
D. Latihan Soal.....	74
E. Rangkuman.....	76
F. Glosarium .....	76
G. Daftar Pustaka .....	76

## **BAB 5 DIAGNOSIS KEPERAWATAN..... 77**

A. Pengertian.....	78
B. Tujuan .....	79
C. Pengelompokan Diagnosis Keperawatan.....	79
D. Perbedaan Diagnosis Keperawatan dengan Diagnosis Medik.....	80
E. Jenis Diagnosis Keperawatan .....	80
F. Komponen Diagnosis Keperawatan.....	82
G. Proses Penegakan Diagnosis Keperawatan .....	84
H. Latihan Soal.....	86
I. Rangkuman Materi.....	88
J. Glosarium .....	89
K. Daftar Pustaka .....	89

## **BAB 6 IMPLEMENTASI KEPERAWATAN ..... 91**

A. Definisi.....	93
B. Proses Implementasi .....	94
C. Kategori Intervensi Keperawatan.....	95

D. Klasifikasi Implementasi Keperawatan .....	96
E. Keterampilan yang Digunakan dalam Implementasi Keperawatan .....	97
F. Memprioritaskan Intervensi pada Tahap Implementasi .....	98
G. Keamanan Klien (Client Safety) .....	98
H. Klasifikasi Intervensi Keperawatan (Nursing Intervention Classification/ NIC) .....	99
I. Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) .....	100
J. Pendokumentasian Intervensi Keperawatan .....	102
K. Contoh Implementasi Keperawatan dengan Mengaitkan SDKI dan SIKI .....	103
L. Latihan .....	103
M. Rangkuman Materi .....	109
N. Glosarium .....	110
O. Daftar Pustaka .....	110

## **BAB 7 EVALUASI ASUHAN KEPERAWATAN ..... 113**

A. Pengertian Evaluasi .....	116
B. Tujuan Evaluasi .....	116
C. Jenis-Jenis Evaluasi .....	116
D. Tipe-Tipe Evaluasi .....	117
E. Komponen Evaluasi .....	119
F. Proses Evaluasi .....	121
G. Latihan .....	122
H. Rangkuman Materi .....	123
I. Glosarium .....	124
J. Daftar Pustaka .....	124

## **PROFIL PENULIS ..... 127**

# BAB 1

## KONSEP BERPIKIR KRITIS DAN PENGAMBILAN KEPUTUSAN DALAM KEPERAWATAN

### Pendahuluan

Seorang perawat dalam memberikan asuhan keperawatan akan selalu dituntut untuk berpikir kritis dalam berbagai situasi. Penerapan berpikir kritis dalam proses keperawatan dengan kasus nyata akan memberikan gambaran tentang pemberian asuhan keperawatan yang komprehensif dan bermutu. Berpikir merupakan suatu proses yang berjalan secara berkesinambungan mencakup interaksi dari suatu rangkaian pikiran dan persepsi. Pikiran atau memori menyimpan segala sesuatu dan hanya mengingat apa yang diperlukan dan apa yang berarti dalam kehidupan. Dengan

demikian seseorang mampu menganalisis informasi yang didapat dan mengembangkan kreativitas serta lebih berhasil dalam pemecahan masalah dan pengambilan Keputusan.

### Tujuan Intruksional dan Capaian Pembelajaran

Setelah selesai mempelajari materi pembelajaran yang diuraikan pada Topik diharapkan mahasiswa mampu:

1. Menjelaskan pengertian berpikir kritis
2. Menjelaskan manfaat dan fungsi berpikir kritis
3. Memahami elemen berpikir kritis
4. Memahami model berpikir kritis dalam keperawatan
5. Memahami analisa berpikir kritis
6. Memahami berpikirlogis dan kreatif
7. Memahami karakteristik berpikir kritis
8. Memahami pemecahan masalah dalam berpikir kritis
9. Memahami proses pengambilan keputusan berpikir kritis dalam keperawatan

### Tujuan Intruksional:

Mahasiswa diharapkan mampu menerapkan berpikir kritis dalam pengambilan keputusan dalam keperawatan

**Capaian Pembelajaran:**

Setelah mempelajari sub pokok bahasan ini maka diharapkan mahasiswa mampu:

1. Memahami tentang konsep berpikir kritis
2. Mengaplikasikan pengambilan Keputusan dalam keperawatan

## **Uraian Materi**

### **A. Konsep Berpikir Kritis**

#### **1. Pengertian Berpikir Kritis**

Berpikir merupakan suatu proses yang berjalan secara berkesinambungan mencakup interaksi dari suatu rangkaian pikiran dan persepsi. Sedangkan berpikir kritis merupakan konsep dasar yang terdiri dari konsep berpikir yang berhubungan dengan proses belajar. Pengertian berpikir kritis dalam keperawatan yang didalamnya dipelajari defenisi, elemen berpikir kritis, model berpikir kritis, analisa berpikir kritis, berpikir logis dan kreatif, krakteristik berpikir kritis, pemecahan masalah dan langkah-langkah pemecahan masalah, proses pengambilan keputusan, fungsi berpikir kritis, model penggunaan atribut, proses intuisi, indikator, dan prinsip utama.

Seorang perawat dalam memberikan asuhan keperawatan akan selalu dituntut untuk berpikir kritis dalam berbagai situasi. Penerapan berpikir kritis dalam proses keperawatan dengan kasus nyata akan memberikan gambaran kepada anda tentang pemberian asuhan keperawatan yang komprehensif dan bermutu.

Para ahli (Pery dan Potter, 2005), berpikir kritis adalah suatu proses dimana seseorang atau individu dituntut untuk mengintervensi atau mengevaluasi informasi untuk membuat sebuah penilaian atau keputusan berdasarkan kemampuan, menerapkan ilmu pengetahuan dan pengalaman. Menurut Doengeus, M. E. dan Moorhaouse, M. F. (2001), berpikir kritis adalah pengujian secara rasional terhadap ide-ide, kesimpulan, pendapat, prinsip, pemikiran, masalah, kepercayaan, dan tindakan.

Menurut Carpenito, L.J.(1997), berpikir kritis adalah suatu proses pengujian yang menitikberatkan pendapat atau fakta yang mutahir dan mengintervensi serta mengevaluasikan pendapat-pendapat tersebut untuk mendapatkan suatu kesimpulan tentang adanya perspektif pandangan baru. Untuk lebih mengoptimalkan dalam proses berpikir kritis setidaknya anda harus faham dari komponen berpikir kritis itu sendiri, dan komponen berpikir kritis meliputi pengetahuan dasar, pengalaman, kompetensi, sikap dalam berpikir kritis, standar/karakteristik berpikir kritis. Keterampilan kognitif yang digunakan

dalam berpikir kualitas tinggi memerlukan disiplin intelektual, evaluasi diri, berpikir ulang, oposisi, tantangan dan dukungan.

## **2. Manfaat Dan Fungsi Berpikir Kritis**

Berpikir kritis sangat diperlukan oleh perawat dalam memberikan asuhan keperawatan kepada pasien. Perawat dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien selain dituntut untuk memiliki keterampilan sesuai dengan kompetensinya juga harus mampu berpikir kritis, sehingga pekerjaan menjadi lebih praktis dan efektif dan bekerja sesuai dengan standarnya, beberapa manfaat dan fungsi berpikir kritis dalam keperawatan seperti berikut:

a. Penerapan profesionalisme

Seorang pemikir yang baik tentu juga seorang perawat yang baik. Diperlukan oleh perawat, karena perawat setiap hari mengambil keputusan, perawat menggunakan keterampilan berpikir, menggunakan pengetahuan dari berbagai subjek dan lingkungannya serta menangani perubahan yang berasal dari stressor lingkungan.

b. Penting dalam membuat keputusan

Menurut Mz.Kenzie, critical thinking ditujukan pada situasi, rencana, aturan yang terstandar dalam menggunakan pengetahuan untuk mengembangkannya. Hasil yang diharapkan berupa keterampilan guna mensintesa ilmu yang dimiliki untuk memilih tindakan.

Pelaksanaan keperawatan atau pelaksanaan tindakan keperawatan adalah keterampilan dalam menguji hipotesa, untuk tindakan nyata, menentukan tingkat keberhasilan, evaluasi keperawatan dan mengkaji efektifitas tindakan. Oleh karena itu, perawat harus dapat mengambil keputusan tentang pemenuhan kebutuhan dasar klien.

c. Argumentasi dalam keperawatan

Perawat dalam aktivitas sehari-harinya senantiasa dihadapkan pada situasi harus berargumentasi untuk menentukan, menjelaskan kebenaran, mengklarifikasi isu, memberikan penjelasan, mempertahankan terhadap suatu tuntutan/tuduhan yang dilakukan oleh pasien, keluarga bahkan oleh masyarakat.

Menurut Marinner-Tomey, A. (1994). terkait dengan konsep berpikir dalam keperawatan :

- 1) Berhubungan dengan situasi perdebatan
- 2) Debat tentang suatu isu

- 3) Upaya untuk mempengaruhi individu/kelompok
  - 4) Penjelasan yang rasional
- d. Penerapan dalam Proses Keperawatan

Perawat harus mampu berpikir kritis pada setiap langkah proses keperawatan, mengumpulkan data dan validasi. Perawat hendaknya selalu berpikir kritis dalam melakukan observasi, dalam pengumpulan data, dan mengelola data atau informasi dan isu yang muncul. Pada penerapan proses asuhan keperawatan tahapan perumusan diagnosa keperawatan adalah tahap pengambilan keputusan yang paling kritis, karena pada saat menentukan masalah diperlukan argumen secara rasional, sehingga masalah yang diangkat atau ditetapkan lebih tajam dan rasional.

Seseorang yang berpikir dengan cara kreatif akan melihat setiap masalah dengan sudut yang selalu berbeda meskipun obyeknya sama, sehingga dapat dikatakan, dengan tersedianya pengetahuan baru, seseorang profesional harus selalu melakukan sesuatu dan mencari apa yang selalu efektif dan ilmiah dan memberikan hasil yang lebih baik untuk kesejahteraan diri maupun orang lain.

Pada proses selanjutnya, apa fungsi atau manfaatnya berpikir kritis bagi perawat? Manfaat berpikir kritis bagi perawat dalam melakukan aktivitas atau pekerjaan keperawatan adalah sebagai berikut:

- 1) Penggunaan proses berpikir kritis dalam aktifitas keperawatan sehari-hari.
- 2) Membedakan sejumlah penggunaan dan isu-isu dalam keperawatan.
- 3) Mengidentifikasi dan merumuskan masalah keperawatan.
- 4) Menganalisis pengertian hubungan dari masing-masing indikasi, penyebab dan tujuan, serta tingkat hubungan.
- 5) Menganalisis argumen dan isu-isu dalam kesimpulan dan tindakan yang dilakukan.
- 6) Menguji asumsi-asumsi yang berkembang dalam keperawatan.
- 7) Melaporkan data dan petunjuk-petunjuk yang akurat dalam keperawatan.
- 8) Membuat dan mengecek dasar analisis dan faliidasi data keperawatan.

- 9) Merumuskan dan menjelaskan keyakinan tentang aktifitas keperawatan
- 10) Memberikan alasan-alasan yang relevan terhadap keyakinan dan kesimpulan yang dilakukan.
- 11) Merumuskan dan menjelaskan nilai-nilai keputusan dalam keperawatan
- 12) Mencari alasan-alasan kriteria, prinsip-prinsip dan akktifitas nilai-nilai keputusan.
- 13) Mengefaluasi penampilan kinerja perawat dan kesimpulan asuhan keperawatan.

### **3. Elemen Berpikir Kritis**

Kreativitas adalah komponen utama dalam berpikir kritis. Dengan kreativitas diharapkan perawat mampu membuat keputusan yang cepat dan tepat, keputusan ini seringkali berdampak pada kesejahteraan dan keselamatan jiwa pasien. Sehingga untuk mengambil keputusan yang baik, perawat harus mampu berpikir kritis untuk mengumpulkan dan menginterpretasikan informasi yang diperoleh selanjutnya diambil suatu keputusan yang terbaik bagi pasien.

Dengan menggunakan kreativitasnya perawat akan menghasilkan banyak gagasan, dapat memecahkan masalah lebih baik, meningkatkan kemandirian dan percaya diri perawat walaupun sering menghadapi tekanan oleh situasi pekerjaan. Berbagai elemen yang digunakan dalam berpikir kritis untuk membuat suatu keputusan dalam pemecahan masalah, keperawatan serta kriteria yang digunakan dengan komponen keterampilan dan sikap berpikir kritis. Elemen berpikir kritis tersebut antara lain:

a. Menentukan tujuan

Menentukan atau merumuskan tujuan dalam proses keperawatan merupakan tahapan yang paling utama dan paling penting. Tujuan merupakan hasil yang ingin dicapai untuk mengatasi masalah yang dihadapi atau dikeluhkan oleh pasien. Oleh karena itu, perawat dituntut untuk mampu berpikir kritis, dengan berpikir kritis tujuan yang dirumuskan atau ditentukan oleh perawat bisa tercapai atau tidak dengan menetapkan kreteria hasil sesuai dengan standar asuhan keperawatan.

b. Menyusun pertanyaan atau membuat kerangka masalah

Menyusun pertanyaan atau merumuskan masalah keperawatan (diagnosa keperawatan) merupakan keputusan kliniks mengenai masalah pasien yang harus diidentifikasi dan divalidasi berdasarkan data, informasi dan kondisi nyata yang dihadapi oleh pasien. Pada tahapan ini perawat dituntut untuk berpikir kritis, karena untuk mengangkat atau menyusun masalah keperawatan (diagnosa keperawatan yang tepat dibutuhkan beberapa pengetahuan dan kekerampilan yang harus dimiliki oleh perawat, seperti kemampuan memahami beberapa masalah, faktor yang menyebabkan masalah, batasan dan karakteristiknya, batasan atau ukuran normal dari masalah tersebut, sehingga dapat diambil keputusan yang tepat untuk memecahkan masalah yang diangkat secara rasional dan objektif.

c. Menunjukkan bukti

Kemampuan perawatan untuk menunjukkan bukti atau data dengan cara memvalidasi data merupakan upaya untuk memberikan justifikasi pada data yang telah dikumpulkan dengan melakukan perbandingan data subjektif dan objektif yang didapatkan dari berbagai sumber dengan berdasarkan standar nilai normal. Untuk itu diperlukan kemampuan atau keterampilan berpikir kritis oleh perawat.

#### **4. Keterampilan Dalam Berpikir Kritis**

Berpikir kritis adalah suatu proses pengaturan intelektual yang berlangsung secara aktif dan disertai dengan mengonsep, menerapkan, menganalisis, mengevaluasi informasi yang dikupulkan sebagai panduan untuk mengambil suatu keputusan dan bertindak. Agar keputusan dan tindakan yang diambil tidak merugikan pasien, maka perawat dituntut pula untuk memiliki keterampilan analisis kritis, yaitu kemampuan untuk menggunakan serangkaian pertanyaan terhadap situasi tertentu atau gagasan untuk menentukan informasi dan gagasan penting serta membuang informasi dan gagasan yang tidak berguna.

Perawat harus memiliki suatu keterampilan sehingga ia mampu berpikir kritis, keterampilan berpikir kritis yang harus dimiliki oleh perawat yaitu keterampilan berpikir secara induktif dan deduktif.

a. Berpikir secara Induktif

Penalaran atau berpikir induktif adalah cara berpikir generalisasi terbentuk dari serangkaian bukti atau fakta dan data hasil pengamatan yang selanjutnya dibuat interpretasi kasus atau dibuat suatu kesimpulan.

b. Berpikir secara Deduktif

Penalaran atau berpikir deduktif adalah cara berpikir sebaliknya, yaitu cara berpikir dari sesuatu yang bersifat umum ke khusus. Dalam berpikir kritis perawat, harus mampu membedakan pernyataan, bukti, kesimpulan baik secara umum maupun khusus, penilaian dan opini. Perawat perlu memastikan akurasi informasi dengan memeriksa data-data atau dokumen lain.

Perawat senantiasa dituntut mampu dan terampil dalam berpikir kritis, dan bagaimana caranya agar perawat mempunyai kemampuan dan keterampilan dan berpikir kritis? Untuk dapat meningkatkan kemampuan dan keterampilan dalam berpikir kritis dapat ditempuh dengan berbagai cara atau metode, seperti; mengikuti pelatihan atau pendidikan formal, beberapa cara berikut ini dapat membantu meningkatkan berpikir kritis.

1) Komunikasi

Komunikasi dalam pengertian proses penyampaian ide, pikiran, dan keahlian suatu pihak kepada pihak lain, mempercepat proses pemahaman terhadap nilai-nilai baru. Selama proses komunikasi berlangsung akan terjadi pertukaran informasi, masing-masing orang akan mencerahkan isi pikirannya kepada orang lain. Komunikasi yang efektif akan menghasilkan pengertian yang menyeluruh tentang pikiran dan perasaan seseorang. Pikiran manusia, selain memiliki pikiran subyektif memiliki juga pikiran intersubjektif yaitu kemampuan untuk mengerti dan memahami pikiran dan perasaan orang lain, mengerti apa yang diungkapkan orang lain. Pikiran intersubjektif inilah yang digunakan dalam komunikasi.

Seorang perawat, semakin sering berkomunikasi dengan kliennya maka semakin terlatih dan semakin baik kemampuan berpikirnya. Kemampuan berpikir intersubjektif yang baik ini menyebabkan seseorang dapat mengerti informasi-informasi dari orang lain dengan baik. Demikian pula, ia dapat mengetahui

maksud sebenarnya dari informasi yang diterimanya, dapat memahami mengapa seseorang mengemukakan suatu pendapat, apa yang melatar belakanginya dan untuk tujuan apa. Pada akhirnya dapat mengerti sistem nilai dan norma yang mempengaruhi orang lain. Pemahaman tersebut dapat membuat seseorang memiliki pengetahuan tentang banyaknya pendapat yang berbeda-beda yang masing-masing memiliki kemungkinan benar. Sehingga seseorang tidak kaku terhadap satu pendapat saja. Proses dialektik pun akan terjadi setiap kali akan mengambil tindakan. Hal ini tentu saja akan meningkatkan kemampuan kritis terhadap diri sendiri, masyarakat dan objek di sekelilingnya. Bentuk-bentuk komunikasi yang baik dilakukan dalam meningkatkan kemampuan dan berpikir kritis banyak macamnya, diantaranya adalah diskusi, tanya jawab, melakukan permainan-permainan yang melibatkan proses komunikasi, dan memberikan umpan balik kepada pendapat orang lain. Hal terpenting dalam komunikasi adalah harus ada hubungan yang sejajar antara peserta komunikasi.

## 2) Refleksi diri

Refleksi diri adalah suatu usaha untuk melihat kondisi diri kita, apa yang sudah kita lakukan, dan apa-apa saja yang ada dalam diri kita. Ada dua cara refleksi diri, yakni introspeksi dan retrospeksi. Introspeksi adalah suatu kegiatan di mana kita berusaha melihat ke dalam diri kita apa saja yang ada di sana sekarang. Hal-hal yang kita lihat adalah keseluruhan diri kita seperti pola pikir, nilai-nilai, perasaan dan sebagainya. Dengan seringnya kita melihat ke dalam diri kita, kita akan tahu kondisi diri kita, mana yang baik dan mana yang benar. Dengan pengetahuan itu kita bisa lebih mudah memperbaiki atau mengubahnya. Kita juga jadi kritis terhadap diri kita, termasuk sistem nilai kita. Kita bisa memperbaiki dan mengubah sistem nilai dan norma kita. Salah satu bentuk kegiatan introspeksi adalah dengan cara bertanya kepada diri kita tentang apa saja yang berkaitan dengan kondisi diri kita pada saat itu.

Retrospeksi adalah suatu kegiatan di mana kita berusaha melihat ke dalam diri kita apa saja yang sudah dilakukan. Hal-hal yang

kita lihat adalah keseluruhan dari apa yang sudah kita lakukan di masa lalu, bisa dalam periode tertentu atau periode seluruh hidup. Retrospeksi ini sebaiknya dilakukan berkaitan dengan introspeksi. Dengan seringnya kita melihat ke dalam diri kita dan apa saja yang sudah kita lakukan, kita akan tahu kondisi diri kita, mana yang baik dan mana yang buruk di masa lalu dan di masa kini. Dengan pengetahuan itu, kita bisa lebih mudah memperbaiki atau mengubahnya. Kita juga jadi kritis terhadap diri kita, termasuk sistem nilai dan norma yang dianut. Kita dapat memperbaiki dan mengubah sistem nilai kita. Sama seperti introspeksi, salah satu bentuk kegiatan retrospeksi adalah dengan cara bertanya kepada diri kita tentang apa saja yang sudah kita lakukan dan bagaimana hasilnya, kalau ada kesalahan dimana letak kesalahan itu.

### 3) Penghayatan Proses

Penghayatan proses adalah kegiatan menelusuri proses terjadinya sesuatu, mencari tahu mengapa dan bagaimana sesuatu terjadi. Dengan melakukan kegiatan ini kita bisa lebih mampu memahami mengapa sesuatu terjadi. Kita bisa lebih tahu seluk-beluk sesuatu. Selain itu, kebiasaan melakukan penghayatan proses membuat pikiran terlatih melakukan analisis, peka terhadap hal-hal yang tidak masuk akal, dan mampu mengenali masalah secara jernih.

Dengan kemampuan tersebut kita bisa lebih kritis dalam berpikir. Penghayatan proses ini bisa dilakukan dengan cara menanyakan "apa, mengapa, bagaimana dan untuk apa sesuatu itu ada". Misalnya, apa itu peraturan? Mengapa orang harus mentaati peraturan? Bagaimana peraturan dibuat? Untuk apa peraturan dibuat? Selama belajar berpikir kritis diperlukan kebesaran hati untuk menerima sesuatu yang baru, menerima sesuatu tanpa memberikan penilaian begitu saja sebelum mempertimbangkannya masak-masak. Keterbukaan pikiran merupakan kunci penting dalam mempelajari berpikir kritis. Berpikir kritis dapat dikatakan sebagai usaha untuk memberdayakan pikiran, untuk meningkatkan kemampuan kerja pikiran. Pikiran seperti parasut, keduanya bekerja

pada saat terbuka.

## 5. Model Berpikir Kritis Dalam Keperawatan

Penerapan pemikiran kritis dalam pendidikan keperawatan, dapat digunakan tiga model, yaitu: feeling, vision model, dan examine model. Penjelasannya yaitu sebagai berikut.

### a. Feeling Model

Model ini menerapkan pada rasa, kesan, dan data atau fakta yang ditemukan. Pemikir kritis mencoba mengedepankan perasaan dalam melakukan pengamatan, kepekaan dalam melakukan aktifitas keperawatan dan perhatian. Misalnya terhadap aktifitas dalam pemeriksaan tanda vital, perawat merasakan gejala, petunjuk dan perhatian kepada pernyataan serta pikiran klien.

### b. Vision Model

Model ini dingunakan untuk membangkitkan pola pikir, mengorganisasi dan perasaan untuk merumuskan hipotesis, analisis, dugaan dan ide tentang permasalahan perawatan kesehatan klien, beberapa kritis ini digunakan untuk mencari prinsip-prinsip pengertian dan peran sebagai pedoman yang tepat untuk merespon ekspresi.

### c. Examine Model

Model ini dungunakan untuk merefleksi ide, pengertian dan visi. Perawat menguji ide dengan bantuan kriteria yang relevan. Model ini dingunakan untuk mencari peran yang tepat untuk analisis, mencari, megusi, melihat konfirmasi, kolaborasi, menjelaskan dan menentukan sesuatu yang berkaitan dengan ide. Model berpikir kritis dalam keperawatan menurut para ahli,

#### 1) Julia B. George (1995)

Menurut Costa and Colleagues klasifikasi berpikir dikenal sebagai "the six Rs" yaitu:

- a) Remembering (mengingat)
- b) Repeating (mengulang)
- c) Reasoning (memberi alasan)
- d) Reorganizing (reorganisasi)
- e) Relating (berhubungan)
- f) Reflecting (merenungkan)

#### 2) Lima model berpikir kritis

- a) Total recall
- b) Habits (kebiasaan)
- c) Inquiry (penyelidikan/menanyakan keterangan)
- d) New ideas and creativity
- e) Knowing how you think (mengetahui apa yang kamu pikirkan)

Ada empat alasan mengapa perawat perlu berpikir kritis dalam memberikan asuhan keperawatan kepada pasien, yaitu: deduktif, induktif, aktifitas informal, aktivitas tiap hari, dan praktik. Untuk menjelaskan lebih mendalam tentang definisi tersebut, alasan berpikir kritis adalah untuk menganalisis penggunaan bahasa, perumusan masalah, penjelasan, dan ketegasan asumsi, kuatnya bukti-bukti, menilai kesimpulan, membedakan antara baik dan buruknya argumen serta mencari kebenaran fakta dan nilai dari hasil yang diyakini benar serta tindakan yang dilakukan.

Analisis kritis merupakan suatu cara untuk mencoba memahami kenyataan kejadian atau peristiwa dan pernyataan yang ada dibalik makna yang jelas atau makna langsung. Analisis kritis mempersaratkan sikap untuk berani menentang apa yang dikatakan atau dikemukakan oleh pihak-pihak yang berkuasa. Analisis kritis merupakan suatu kapasitas potensi yang dimiliki oleh semua orang demikian analisis kritis tetap akan tumpul dan tidak berkembang apabila tidak di asa atau dipraktekan.

## 6. Berpikir Logis Dan Kreatif

Berpikir logis adalah penalaran atau keterampilan berpikir dengan tepat, ketepatan berpikir sangat tergantung pada jalan pikiran yang logis dalam berpikir secara logis. Kita harus terampil untuk mengerti fakta, memahami konsep hubungan dalam menarik kesimpulan.

Berpikir kreatif adalah berpikir lintas bidang yang ditandai dengan karakteristik berpikir. Di samping itu berpikir kreatif juga menuntut adanya pengikatan diri terhadap tugas yang tinggi yang artinya kreatifitas menuntut disiplin yang tinggi dan konsisten terhadap bidang tugas.

Karakteristik berpikir kritis dalam keperawatan adalah:

- a. Konseptualisasi

Konseptualisasi artinya proses intelektual membentuk suatu konsep. Sedangkan konsep adalah fenomena atau pandangan mental tentang realitas, pikiran-pikiran tentang kejadian, objek atribut, dan sejenisnya. Dengan demikian, konseptualisasi merupakan pikiran abstrak yang digeneralisasi secara otomatis menjadi simbol-simbol dan disimpan dalam otak.

b. Rasional dan Beralasan

Artinya argumen yang diberikan selalu berdasarkan analisis dan mempunyai dasar kuat dari fakta-fenomena nyata.

c. Reflektif

Artinya bahwa seseorang pemikir kritis tidak menggunakan asumsi atau presensi dalam berpikir atau mengambil keputusan tetapi akan menyediakan waktu untuk mengumpulkan data dan menganalisisnya berdasarkan disiplin ilmu, fakta dan kejadian.

d. Bagian dari suatu sikap

Yaitu pemahaman dari suatu sikap yang harus diambil pemikir kritis akan selalu menguji apakah sesuatu yang dihadapi itu lebih baik atau lebih buruk dibanding yang lain.

e. Kemandirian berpikir

Seorang berpikir kritis selalu berpikir dalam dirinya tidak pasif menerima pemikiran dan keyakinan orang lain menganalisis semua isu, memutuskan secara benar dan dapat dipercaya.

f. Berpikir adil dan terbuka

Yaitu mencoba untuk berubah dari pemikiran yang salah dan kurang menguntungkan menjadi benar dan lebih baik.

g. Pengambilan keputusan berdasarkan keyakinan

Berpikir kritis dingunakan untuk mengevaluasi suatu argumentasi dan kesimpulan, mencipta suatu pemikiran baru dan alternatif solusi tindakan yang akan diambil.

h. Watak (dispositions)

Seseorang yang mempunyai keterampilan berpikir kritis mempunyai sikap skeptis, sangat terbuka, menghargai sebuah kejujuran, respek terhadap berbagai data dan pendapat, respek terhadap kejelasan dan ketelitian, mencari pandangan-pandangan lain yang berbeda, dan akan berubah sikap ketika terdapat sebuah pendapat yang dianggapnya baik.

i. Kriteria (criteria)

Dalam berpikir kritis harus mempunyai sebuah kriteria atau patokan. Untuk sampai kearah mana maka harus menemukan sesuatu untuk diputuskan atau dipercayai. Meskipun sebuah argumen dapat disusun dari beberapa sumber pembelajaran, namun akan mempunyai kriteria yang berbeda. Apabila kita akan menerapkan standarisasi maka haruslah berdasarkan relevansi, keakuratan fakta-fakta, berdasarkan sumber yang kredibel, teliti, tidak berasal dari logika yang keliru, logika yang konsisten dan pertimbangan yang matang.

j. Sudut pandang

Yaitu cara memandang atau menafsirkan dunia ini, yang akan menentukan konstruksi makna. Seseorang yang berpikir dengan kritis akan memandang sebuah fenomena dari berbagai sudut pandang yang berbeda.

## 7. Pemecahan Masalah Dalam Berpikir Kritis

Pemecahan masalah termasuk dalam langkah proses pengambilan keputusan, yang difokuskan untuk mencoba memecahkan masalah secepatnya. Masalah dapat digambarkan sebagai kesenjangan diantara "apa yang ada dan apa yang seharusnya ada". Pemecahan masalah dan pengambilan keputusan yang efektif diprediksi bahwa individu harus memiliki kemampuan berpikir kritis dan mengembangkan dirinya dengan adanya bimbingan dan role model di lingkungan kerjanya.

Seorang perawat dalam pemecahan masalah harus senantiasa mendapatkan informasi untuk mengklarifikasi sifat masalah dan mencari solusi dalam pemecahan masalah yang dihadapi oleh klien. Kemudian secara seksama mengevaluasi solusi dan memilih solusi terbaik untuk diimplementasikan. Beberapa langkah-langkah dapat digunakan dalam pemecahan masalah, seperti hal berikut:

- a. Mengetahui hakekat dari masalah dengan mendefinisikan masalah yang dihadapi.
- b. Mengumpulkan fakta-fakta dan data yang relevan.
- c. Mengolah fakta dan data.
- d. Menentukan beberapa alternatif pemecahan masalah.
- e. Memilih cara pemecahan dari alternatif yang dipilih.
- f. Memutuskan tindakan yang akan diambil.

g. Evaluasi.

Dalam proses pemecahan masalah untuk satu situasi dapat digunakan untuk membantu dalam pemecahan pada situasi yang lain. Beberapa pendekatan yang sering digunakan dalam pemecahan masalah, adalah trial and error, intuisi, proses penelitian atau metode ilmiah.

a. Trial and error

Trial and error adalah salah satu metode pemecahan masalah dengan cara mencoba beberapa pendekatan sampai ditemukan satu solusi. Seringkali metode trial and error tanpa mempertimbangkan alternatif secara sistematis, sehingga sulit untuk dapat mengevaluasi tingkat keberhasilannya.

Metode ini jika di terapkan dalam memberikan asuhan keperawatan dapat membahayakan keselamatan klien, karena dapat berakibat sangat fatal bagi kesehatan dan keselamatan jiwa klien bila pendekatan yang digunakan tidak sesuai dengan situasi dan kondisi klien. Akan tetapi, tidak sedikit perawat yang sering menggunakan sistem pendekatan ini manakala ketersediaan logistik peralatan dan sarana dan prasarana penunjang di puskesmas atau di rumah sakit kurang atau tidak ada sama sekali.

b. Intuisi

Intuisi adalah metode pemecahan masalah dengan cara memahami atau mempelajari mengenai suatu hal tanpa memakai penalaran yang disadari. Intuisi juga dikenal dengan sebutkan indera keenam, firasat, insting perasaan. Sebagai pendekatan pemecahan masalah, institusi dipandang sebagai bentuk dugaan, sehingga cara pendekatan ini tidak dapat digunakan sebagai landasan dalam pengambilan keputusan yang tepat.

Oleh karena itu, pengalaman sangat penting dalam mempertajam intuisi karena ketepatan dan kecepatan dalam penilaian untuk mengambil suatu keputusan sering dipengaruhi seberapa sering perawat menghadapi situasi yang serupa yang dialami oleh klien. Situasi ini biasanya dihadapi oleh perawat yang bertugas di unit perawatan kritis atau unit darurat yang sering kali memberikan perhatian yang lebih ketat dari biasanya, pada klien yang sering kali kondisinya dapat berubah

secara tiba-tiba. Meskipun pendekatan ini sering digunakan dalam menghadapi situasi yang kritis, tetapi sebagai bagian pendekatan dalam memecahkan masalah metode ini tidak dianjurkan untuk perawat, terutama bagi perawat pemula atau mahasiswa karena biasanya mereka kurang memiliki dasar pengetahuan dan pengalaman klinik untuk membuat penilaian atau pengambilan keputusan yang tepat.

c. Proses Penelitian atau Metode Ilmiah

Metode pemecahan masalah dengan pendekatan proses penelitian atau metode ilmiah adalah pendekatan yang sistematis, logis dan resmi untuk memecahkan masalah. Perawat profesional sering kali bekerja dengan beberapa tenaga profesional lain dengan situasi dan kondisi yang tak terkontrol, sehingga membutuhkan pendekatan modifikasi terhadap metode ilmiah untuk memecahkan masalah klien.

Metode pemecahan masalah ini sangat cocok untuk diterapakan oleh perawat dalam memberikan asuhan keperawatan, sehingga asuhan keperawatan yang diberikan memberikan rasa kepuasan pada klien.

## 8. Proses Pengambilan Keputusan Berpikir Kritis Dalam Keperawatan

Keputusan dalam penyelesaian masalah adalah kemampuan mendasar bagi praktisi kesehatan, khususnya dalam asuhan keperawatan dan kebidanan. Tidak hanya berpengaruh pada proses pengelolaan asuhan keperawatan dan kebidanan, tetapi penting untuk meningkatkan kemampuan merencanakan perubahan. Perawat dan bidan pada semua tingkatan posisi klinis harus memiliki kemampuan menyelesaikan masalah dan mengambil keputusan yang efektif, baik sebagai pelaksana/staf maupun sebagai pemimpin.

Penyelesaian masalah dan pengambilan keputusan bukan merupakan bentuk sinonim. Pemecahan masalah dan proses pengambilan keputusan membutuhkan pemikiran kritis dan analisis yang dapat ditingkatkan dalam praktek. Pengambilan keputusan merupakan upaya pencapaian tujuan dengan menggunakan proses yang sistematis dalam memilih alternatif. Tidak semua pengambilan keputusan dimulai dengan situasi masalah.

Ada lima hal yang perlu diperhatikan dalam pengambilan keputusan:

- Dalam proses pengambilan keputusan tidak terjadi secara kebetulan.

- b. Pengambilan keputusan tidak dilakukan secara sembrono tapi harus berdasarkan pada sistematika tertentu:
  - 1) Tersedianya sumber-sumber untuk melaksanakan keputusan yang akan diambil.
  - 2) Kualifikasi tenaga kerja yang tersedia
  - 3) Falsafah yang dianut organisasi.
  - 4) Situasi lingkungan internal dan eksternal yang akan mempengaruhi administrasi
  - 5) dan manajemen di dalam organisasi.
- c. Masalah harus diketahui dengan jelas.
- d. Pemecahan masalah harus didasarkan pada fakta-fakta yang terkumpul dengan sistematis.
- e. Keputusan yang baik adalah keputusan yang telah dipilih dari berbagai alternatif yang telah dianalisa secara matang.

Proses intuisi merupakan pendorong utama untuk benar logis (masuk akal) sekaligus pemicu aktifitas berpikir bagi siswa. Untuk itu perlu adanya upaya pemilihan pendekatan

pembelajaran yang tepat dan efektif sehingga kemampuan berpikir yang diharapkan mampu mengoptimalkan serta memupuk sikap positif dan pola berpikir yang membudaya dalam mengatasi permasalahan di dunia nyata (real world). Salah satu solusi yang dipandang tepat untuk mewujudkan tuntutan tersebut adalah pendekatan kontekstual berbasis intuisi sebagai suatu pendekatan yang diawali dengan berintuisi informal dalam menyelesaikan masalah berkonteks yang dirancang secara kusus.

Kegiatan berpikir kritis dapat dilakukan dengan melihat penampilan dari beberapa perilaku selama proses berpikir kritis itu berlangsung. Perilaku berpikir kritis seseorang dapat dilihat dari beberapa aspek:

- a. Relevance yaitu keterkaitan dari pernyataan yang dikemukakan.
- b. Importance, yaitu penting tidaknya isu atau pokok-pokok pikiran yang dikemukaan.
  - 1) Novelty, yaitu kebaruan dari isi pikiran, baik dalam membawa ide-ide atau informasi baru maupun dalam sikap menerima adanya ide-ide orang lain.
  - 2) Outside material, yaitu menggunakan pengalamannya sendiri atau bahan-bahan yang diterimanya dari perkuliahan.

- 3) Ambiguity clarified, yaitu mencari penjelasan atau informasi lebih lanjut jika dirasakan ada ketidakjelasan.
- 4) Linking ideas, yaitu senantiasa menghubungkan fakta, ide atau pandangan serta mencari data baru dari informasi yang berhasil dikumpulkan Justification, yaitu memberi bukti-bukti, contoh, atau justifikasi terhadap suatu solusi atau kesimpulan yang diambilnya. Termasuk di dalamnya senantiasa memberikan penjelasan mengenai keuntungan dan kerugian dari suatu situasi atau solusi.

Bagaimana indikator bahwa seseorang telah berpikir kritis? Beberapa indikator yang dapat digunakan untuk menilai apakah seseorang telah berpikir kritis. Hidayat, A. Aziz, A. (2004), mengidentifikasi delapan kerakteristik berpikir kritis, yakni meliputi:

- a. Kegiatan merumuskan pertanyaan
- b. Membatasi permasalahan
- c. Menguji data-data
- d. Menganalisis berbagai pendapat
- e. Menghindari pertimbangan yang sangat emosional
- f. Menghindari penyederhanaan berlebihan
- g. Mempertimbangkan berbagai interpretasi
- h. Mentolerasi ambiguitas

## B. Latihan

1. Berpikir kritis adalah suatu proses dimana seseorang atau individu dituntut untuk mengintervensi atau mengevaluasi informasi untuk membuat sebuah penilaian atau keputusan berdasarkan kemampuan, menerapkan ilmu pengetahuan dan pengalaman.  
Pengertian tersebut menurut ....
  - A. Bandman (1988)
  - B. Pery dan Potter (2005)
  - C. Abraham Maslow
  - D. Fahleti
2. Manfaat berpikir kritis bagi seorang perawat adalah, kecuali ....
  - A. Penerapan etis

- B. Pengetahuan teknis dan keterampilan teknis
  - C. Penting dalam membuat keputusan
  - D. Argumentasi dalam keperawatan
3. Metoda berpikir kritis menurut Freely debate adalah kecuali ....
- A. Individual decision group
  - B. Persuasi
  - C. Propaganda
  - D. Problem solving
4. Elemen berpikir kritis antara lain, kecuali ....
- A. Menentukan tindakan
  - B. Menyusun pertanyaan
  - C. Menujukan bukti
  - D. Menganalisis konsep
5. Dalam penerapan pembelajaran pemikiran kritis di pendidikan keperawatan, dapat digunakan tiga model berikut ini, kecuali ....
- A. Feeling
  - B. Vision model
  - C. Examine model
  - D. Nursing model

### **C. Glosarium**

- 1. Berpikir kritis: pengujian secara rasional terhadap ide-ide, kesimpulan, pendapat, prinsip, pemikiran, masalah, kepercayaan, dan tindakan.
- 2. Berpikir logis: penalaran atau keterampilan berpikir dengan tepat, ketepatan berpikir sangat tergantung pada jalan pikiran yang logis dalam berpikir secara logis.
- 3. Berpikir kreatif: berpikir lintas bidang yang ditandai dengan karakteristik berpikir
- 4. Proses Keperawatan: metode sistematis yang menggunakan penalaran ilmiah, pemecahan masalah dan pemikiran kritis untuk mengarahkan perawat dalam merawat pasien secara efektif

### **D. Daftar Pustaka**

Carpenito, L.J.1997.Nursing Diagnosis Application to Clinical Practice, 7 th Edition.Lippincoth.

- Doengeus, M. E. dan Moorhaouse, M. F. 2001. Rencana Perawatan Maternal/Bayi, Pedoman Untuk Perencanaan Dan Dokumentasi Perawatan Klien. Edisi 2.Jakarta: EGC.
- Hidayat, A. Aziz, A. 2004. Pengantar Konsep Dasar Keperawatan. Jakarta: EGC.
- Julia B. George,1995, Nursing Theories, The Base for Profesional Nursing Practice. 4 th. Appleton and Lange Norwalk, Connecticut
- Marinner-Tomey, A. (1994). Nursing Theorist and Their Work. (3th ed.) Philadelphia: Mosby
- Nanda. 2006. Nursing Diagnosis: Definitions and Classification. Dalam [http://www.Nanda.org/Portals/0/PDFs/NANDA-1%20Pubs/New\\_Book\\_Now\\_4\\_08.pdf/](http://www.Nanda.org/Portals/0/PDFs/NANDA-1%20Pubs/New_Book_Now_4_08.pdf/)
- Nursalam. 2000. Proses dan Dokumentasi Keperawatan. Jakarta: Salemba Medika.
- Pearson & Vaughan, ( 1999 ). Nursing models for practice. London: Heinemann Nursing
- Potter & Perry. 2005. Buku Ajar Fundamental Keperawatan, Konsep, Proses, dan Praktek. Edisi 2. Jakarta: EGC.
- Priharjo, P. 1996. Pengkajian Fisik Keperawatan. Jakarta: EGC.
- Talbot. L. A. & Mary Meyers – Marquardt. 1997. Pengkajian Keperawatan Kritis. Edisi 2. Jakarta: EGC.
- Tim Depkes RI. 1993. Standar Asuhan Keperawatan. Jakarta: PPNI.
- Wilkinsn Judith M. 2005. Nursing Diagnosis Handbook With NIC. Intervention and NOC Outcomes. Eighth Edition. New Jersey: Pearson Education.

# BAB 2

## PENERAPAN METODE PROSES KEPERAWATAN DALAM LAYANAN ASUHAN KEPERAWATAN PROFESIONAL

### Pendahuluan

Dewasa ini perkembangan dunia keperawatan cukup menggembirakan, walau disana-sini masih belum dirasakan maksimal. Hal tersebut dipengaruhi oleh berbagai faktor yang antara lain adalah masih rendahnya profesi perawat itu sendiri dalam melaksanakan asuhan keperawatan melalui metode proses keperawatan. Hal tersebut sangat besar pengaruhnya mengingat tugas dan tanggung jawab perawat sebagai suatu profesi yang profesional hanyalah dapat dibuktikan melalui pelaksanaan metode proses keperawatan yang maksimal. Maka untuk kesinergitas dalam memperjuangkan perkembangan profesi keperawatan kearah profesionalisme, dapat diperhatikan hal sebagai berikut:

1. Persiapan Sumber Daya Perawat (SDM)
  - a. a. Kognitif: penguasaan berbagai disiplin ilmu sangatlah penting sebagai pedoman dalam melaksanakan tugas keperawatan. Disiplin ilmu dimaksud antara lain: Ilmu penyakit, ilmu keperawatan, ilmu komunikasi, Tumbang, Anatomi fisiologi, Phatofisiologi, ilmu budaya, ilmu psikologi, dll. (Dapat diraih melalui pendidikan formal, seminar, lokakarya, diskusi ilmiah, dll.)
  - b. Psikomotor: Ketrampilan yang memadai tentang tindakan keperawatan, pedoman dan acuannya harus sesuai dengan standar praktek keperawatan yang telah ditentukan Dapat dipertajam melalui pelatihan-pelatihan & praktek klinik maupun praktek laboratorium.
  - c. Affektif: Sikap dan perilaku seorang perawat yang menjamin terciptanya hubungan yang harmonis antara pasien – perawat maupun perawat dengan tenaga kesehatan lainnya.(Swierczek 1989)
2. Sarana dan prasarana yang memadai
3. Police / kebijakan pimpinan.

Semoga dengan tersusunnya buku ajar ini akan dapat meningkatkan pengetahuan tentang proses keperawatan bagi mahasiswa D.III keperawatan yang pada muaranya akan dapat diterapkan dalam pelaksanaan pelayanan keperawatan pada semua tatanan pelayanan kesehatan seperti rumah sakit puskesmas maupun pada tatanan kelompok khusus.(Notoatmodjo soekidjo 2023)

**Tujuan Intruksional:**

1. Memahami prosedur dan tatacara tahap pengkajian
2. Memahami prosedur dan tatacara tahap perumusan diagnosis keperawatan
3. Memahami prosedur dan tatacara tahap perencanaan dalam keperawatan
4. Memahami prosedur dan tatacara tahap pelaksanaan tindakan keperawatan
5. Memahami prosedur dan tatacara tahap evaluasi dalam proses keperawatan.

**Capaian Pembelajaran:**

Memahami dan menerapkan Proses Keperawatan dalam layanan asuhan keperawatan sesuai konsep dalam buku SDKI, SIKI dan SLKI dari PPNI R.I

## **Uraian Materi**

### **Konsep Proses Keperawatan dalam layanan asuhan keperawatan.**

#### **A. Berbagai pandangan tentang konsep keperawatan.**

1. **Konsep Keperawatan:** Suatu bentuk pelayanan profesional sebagai bagian integral dari pelayanan kesehatan yang berbentuk pelayanan biologis, psikologis, sosial & spiritual secara komprehensip, ditujukan kepada individu, keluarga dan masyarakat baik yang sehat maupun yang sakit yang mencakup siklus hidup manusia.
2. **Proses Keperawatan:** tindakan yang berurutan, dilakukan secara sistematis untuk menentukan masalah pasien, membuat perencanaan untuk mengatasinya, melaksanakan rencana tersebut atau menugaskan orang lain untuk melaksanakannya dan mengevaluasi keberhasilan secara efektif akan masalah yang diatasinya. *Yura & Walsh (1983)*.
3. **Proses keperawatan:** Serangkaian langkah-langkah yang saintifik yg membantu perawat dgn menggunakan ilmu pengetahuan untuk mendiagnosa kekuatan dan kebutuhan keperawatan yang dibutuhkan individu & mengimplementasikan dalam bentuk rencana untuk ketercapaian tujuan mempertahankan dan mengupayakan fungsi bio-psiko-sosio-spiritual secara optimal. Undberg, Hunter & Kruszewski, 1990.
4. **Proses keperawatan** adalah metode sistematis yang menggunakan penalaran ilmiah, pemecahan masalah dan pemikiran kritis untuk mengarahkan perawat dalam merawat pasien secara efektif (Altamier, 2010).
5. **Asuhan keperawatan** (Askep) adalah rangkaian interaksi Perawat dengan Klien dan lingkungannya untuk mencapai tujuan pemenuhan kebutuhan dan kemandirian Klien dalam merawat dirinya (UUKEP. 38/2014

#### **B. Karakteristik Proses Keperawatan.**

1. Sistematis.  
Terdiri dari beberapa tahapan yang dimulai dari tahap pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.
2. Dinamis.  
Setiap tahapan dapat diperbaharui apabila situasi klien berubah.

3. Interpersonal.

Lebih berpusat kepada klien dari pada kepada tugas karena klien merupakan individu yang bersifat unik, melalui P.K. perawat bekerja sama dgn.klien untuk memenuhi kebutuhan dasar klien.

4. Bersifat umum.

Merupakan metode yang praktis yang dipergunakan pada individu, keluarga dan masyarakat baik yang sehat maupun yg sakitdiberbagai tingkat usia, keadaan/situsi.

5. Diarahkan kepada upaya pencapaian tujuan.

Perawat dan Klien bekerja sama untuk mengidentifikasi tujuan yang spesifik.

**C. Keuntungan Menggunakan Proses Keperawatan**

1. Kerangka yang terorganisir
2. Berfokus pada respons manusia
3. Pengambilan keputusan terstruktur
4. Keterlibatan pasien
5. Bahasa yang umum
6. Kontribusi ekonomi

**D. Langkah-Langkah Dalam Proses Keperawatan.**

**1. Tahap Pengkajian**

Merupakan dasar utama atau langkah awal dari proses keperawatan secara keseluruhan. Pada tahap ini semua data / informasi tentang klien yang dibutuhkan dikumpulkan dan dianalisa untuk menentukan diagnosa keperawatan.

Tujuan Tahap Pengkajian

- a. Mengumpulkan data secara sistematis
- b. Untuk mendapatkan informasi yang relevan tentang kekuatan dan kebutuhan klien.
- c. Mengidentifikasi dan mendapatkan data mengenai klien perawat dank lien mendapatkan masalah (YURA DAN WALSH)
- d. Untuk interpretasi dan menentukan diagnose (ERICKSON, TONLIN DAN SWAIN)

**Tabel 2.1 Data Subjektif vs Data Objektif**

<b>Data Subjektif</b>	<b>Data Objektif</b>
<b>Data dari pernyataan pasien maupun keluargannya.</b>	<b>Data hasil pemeriksaan fisik oleh perawat</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>*"Punggungku sakit"</li> <li>*"Saya belum buang air besar selama 3 hari</li> <li>*"Tensi saya biasanya 140/90"</li> <li>* "Saya pasrah dengan kondisi suami saya"</li> <li>* "Dia tidak bisa tidur nyenyak"</li> <li>* Pasien mengatakan tidak tahu apa yang harus dilakukan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Gelisah</li> <li>* Akral hangat</li> <li>* Tonus otot lemah</li> <li>* Wajah meringis</li> <li>*Hb 12 gr/dL</li> <li>*Glukosa 107 gr/dL</li> </ul>

## 2. Tahap Penegakan Diagnosis

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun yang potensial. (SDKI PPNI RI)

Proses menarik kesimpulan dari data yang dikumpulkan tentang pasien dgn menggunakan clinical judgement (penilaian klinis)

- a. Menjadi dasar penentuan intervensi keperawatan
- b. Dapat berubah sesuai dengan perkembangan pasien
- c. Tipe Diagnosis Keperawatan: Aktual, Risiko dan Promosi Kesehatan
  - 1) Aktual: Menggambarkan respon klien terhadap kondisi Kesehatan atau proses kehidupannya yang menyebabkan klien mengalami masalah Kesehatan.
  - 2) Risiko: Menggambarkan respon klien terhadap kondisi Kesehatan atau proses kehidupannya yang dapat menyebabkan klien beresiko mengalami masalah Kesehatan.
  - 3) Promkes: Menggambarkan adanya kenginan dan motivasi klien untuk meningkatkan kondisi Kesehatannya ke tingkat yang lebih baik atau optimal.(Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia 2016)

Berdasarkan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia perumusan atau penulisan dengan jenis diagnosis keperawatan. Terdapat dua metode perumusan diagnosis, yaitu:

Penulisan Tiga Bagian (Three Part) dan penulisan dengan dua bagian (Two Part)

Untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada tabel dibawah ini:

#### **Penulisan Three Part**

- *Diagnosis Aktual*

**Masalah berhubungan dengan Penyebab dibuktikan dengan Tanda/Gejala**

#### **Penulisan Two Part**

- Diagnosis Risiko

**Masalah dibuktikan dengan Faktor Risiko**

- Diagnosis Promosi Kesehatan

**Masalah dibuktikan dengan Tanda/Gejala**

**Gambar 2.1 Penulisan Three Part & Two Part**

Contoh Perumusan Diagnosis berdasarkan buku SDKI PPNI

**Bersihkan Jalan Napas L.01001**

**Definisi**: Kemampuan membersihkan sekret atau obstrusi jalan napas untuk mempertahankan jalan napas tetap paten.

**Ekspektasi**: Meningkat

**Kriteria Hasil**:

Batuk efektif	Menurun	Cukup Menurun	Sedang	Cukup Meningkat	Meningkat
Produksi sputum	1	2	3	4	5
Mengi	1	2	3	4	5
Wheezing	1	2	3	4	5
Mekonium (pada neonatus)	1	2	3	4	5
Dispnea	1	2	3	4	5
Ortopnea	1	2	3	4	5
Sulit bicara	1	2	3	4	5
Sianosis	1	2	3	4	5
Gelisah	1	2	3	4	5

Frekuensi napas	Memburuk	Cukup Memburuk	Sedang	Cukup Membaik	Membaiik
Pola napas	1	2	3	4	5

**PILIH KRITERIA HASIL YANG SE**

- Nomor Kode Panggil
- Label Luaran
- Definisi Luaran
- Ekspektasi Luaran
- Kriteria Hasil dan Skor

**Gambar 2.2 Perumusan Diagnosis berdasarkan buku SDKI PPNI**

### **3. Tahap Perencanaan Keperawatan**

Tahap ini merupakan penyusunan rencana tindakan keperawatan yang akan dilaksanakan untuk mengatasi masalah pasien sesuai dengan diagnosis keperawatan yang telah ditentukan dengan tujuan agar kebutuhan pasien dapat terpenuhi.

Intervensi keperawatan adalah segala treatment yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (outcome) yang diharapkan(Tim Pokja SIKI 2018)

a. Kegunaan dari rencana tindakan tersebut adalah:

- 1) Sebagai Alat komunikasi baik sesama perawat maupun tim kesehatan lainnya.
- 2) Meningkatkan keseimbangan dalam pelaksanaan asuhan keperawatan
- 3) Menjelaskan tindakan keperawatan yang harus dilaksanakan
- 4) Dasar pendekatan yang sistematis terhadap Asuhan keperawatan.
- 5) Sebagai penghubung dalam pemenuhan kebutuhan pasien.

b. Klasifikasi intervensi keperawatan.

Sistem klasifikasi standar intervensi keperawatan Indonesia terdiri dari 5 (lima) kategori dan 14 (empat belas) sub-kategori dengan uraian sebagai berikut:(Tim Pokja SIKI 2018)

- 1) Fisiologis : Kategori intervensi keperawatan yang ditunjukkan untuk mendukung fungsi fisik dan regulasi homeostatis, yang terdiri atas:
  - a) Respirasi, yang memuat kelompok intervensi keperawatan yang memulihkan fungsi pernapasan dan oksigenasi
  - b) Sirkulasi, yang membuat kelompok intervensi yang memulihkan fungsi jantung dan pembuluh darah
  - c) Nutrisi dan cairan, yang memuat kelompok intervensi yang memulihkan fungsi gastrointestinal, metabolisme dan regulasi cairan atau elektrolit
  - d) Eliminasi, memuat kelompok intervensi yang memulihkan fungsi eliminasi fekal dan urinaria
  - e) Aktivitas dan istirahat, yang memuat kelompok intervensi yang memulihkan fungsi muskuloskeletal, penggunaan energi serta istirahat atau tidur

- f) Neurosensori, memuat kelompok intervensi yang memulihkan fungsi otak dan saraf
  - g) Reproduksi dan Seksualitas, yang memuat kelompok intervensi yang melibatkan fungsi reproduksi dan seksualitas
- 2) Psikologis: Kategori intervensi keperawatan yang ditujukan untuk mendukung fungsi dan proses mental yang terdiri atas:
- a) Nyeri dan Kenyamanan: Memuat kelompok intervensi yang meredakan nyeri dan meningkatkan kenyamanan
  - b) Integritas Ego: Memuat kelompok intervensi yang memulihkan kesejahteraan diri sendiri secara emosional
  - c) Pertumbuhan dan Perkembangan: Memuat kelompok intervensi yang memulihkan fungsi pertumbuhan dan perkembangan
- 3) Perilaku
- Kategori intervensi keperawatan yang ditujukan untuk mendukung perubahan perilaku atau pola hidup sehat, yang terdiri atas:
- a) Kebersihan Diri, yang memuat kelompok intervensi yang memulihkan perilaku sehat dan merawat diri
  - b) Penyuluhan dan Pembelajaran, yang memuat kelompok intervensi yang meningkatkan pengetahuan dan perubahan perilaku sehat
- 4) Relasional
- Kategori intervensi keperawatan yang ditujukan untuk mendukung hubungan interpersonal atau interaksi sosial, terdiri atas: Interaksi Sosial, yang membuat kelompok intervensi yang memulihkan hubungan antara individu dengan individu lainnya
- 5) Lingkungan
- Kategori intervensi keperawatan yang ditujukan untuk mendukung keamanan lingkungan dan menurunkan risiko gangguan kesehatan, yang terdiri atas:
- Keamanan dan Proteksi, yang memuat kelompok intervensi yang meningkatkan keamanan dan menurunkan risiko cedera akibat ancaman dari lingkungan internal maupun eksternal.(Muhammadiyah 2024)

4. Tahap perencanaan ini meliputi 3 kegiatan utama yaitu : (Grindle 1980)
  - a. Menentukan prioritas diagnosis keperawatan
  - b. Menetapkan hasil (outcome) yang diharapkan
  - c. Menentukan intervensi keperawatan yang tepat
5. Intervensi keperawatan terdiri atas 3 tipe:
  - a. Independent (nurse-initiated)
  - b. Dependent (physician-initiated)
  - c. Collaboration
6. Penyusunan Intervensi Keperawatan menggunakan pendekatan OTEK

**Tabel 2.2 Contoh Penentuan Intervensi Keperawatan**

1.	<b>Observasi</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mengamati data status kesehatan pasien</li> </ul>
2.	<b>Terapeutik</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Memulihkan status kesehatan atau mencegah pemburukan masalah</li> </ul>
3.	<b>Edukasi</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Meningkatkan Pengetahuan/kemampuan merawat diri</li> </ul>
4.	<b>Kolaborasi</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bekerja sama dengan perawat atau tenaga kesehatan lainnya.</li> </ul>

## PILIH TINDAKAN YANG SESUAI

- Tuliskan label intervensi sesuai standar
- Tindakan dapat *ditambah, dikurangi* atau *dimodifikasi*
- Tuliskan tindakan secara sistematis (urutan OTEK)

**Manajemen Jalan Napas** I.01011

**Definisi**  
Mengidentifikasi dan mengelola kepaten jalan napas.

**Tindakan**

**Observasi**

- Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas)
- Monitor bunyi napas tambahan (mis. gurgling, mengi, wheezing, ronchi kering)
- Monitor sputum (jumlah, warna, aroma)

**Terapeutik**

- Pertahankan kepaten jalan napas dengan *head-tilt* dan *chin-lift* (*jaw-thrust* jika curiga trauma servikal)
- Posisikan semi-Fowler atau Fowler
- Berikan minum hangat
- Lakukan fisioterapi dada, jika perlu
- Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik
- Lakukan hiperoksidasi sebelum penghisapan endotrakeal
- Keluarkan sumbatan benda padat dengan forsep McGill
- Berikan oksigen, jika perlu *Rincikan flow dan device oksigen !*

**Edukasi**

- Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari, jika tidak kontraindikasi
- Ajarkan teknik batuk efektif

**Kolaborasi**

- Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu. *Spesifikkan flows*

# METODE ISIAN (FILL TEXT)

LOGO RS		RENCANA ASUHAN KEPERAWATAN	
		No.RM : 000-0-001 Nama : Tn. Ahmad Ardiansyah Jenis Kelamin : Laki-laki Tanggal lahir : 30 Maret 1984 <small>(Mohon ditulis atau tempelkan stiker jika ada)</small>	
Tanggal : 20/06/2021 Jam: 10.05			
Diagnosis Keperawatan	Perencanaan Keperawatan		Intervensi Keperawatan
	Luaran dan Kriteria Hasil		
<p>Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif b/d hiperekresi jalan napas, sekresi yang tertahan, merokok aktif d/d</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Batuk tidak efektif</li> <li>- Sputum berlebih</li> <li>- Terdengar wheezing</li> <li>- Dispnea</li> <li>- RR 32 x/menit</li> </ul>	<p>Setelah dilakukan intervensi selama 3 x 24 jam, Bersihkan Jalan Napas meningkat, dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Batuk efektif meningkat</li> <li>- Sputum menurun</li> <li>- Wheezing menurun</li> <li>- Dispnea menurun</li> <li>- RR 12-20 x/menit</li> </ul>	<p>Manajemen Jalan Napas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) tiap 1 jam</li> <li>- Monitor bunyi napas wheezing tiap 1 jam</li> <li>- Monitor sputum (jumlah, warna, aroma) tiap 1 jam</li> <li>- Posisikan semi Fowler atau Fowler</li> <li>- Berikan minum hangat</li> <li>- Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari</li> <li>- Ajarkan teknik batuk efektif</li> <li>- Kolaborasi pemberian mukolitik NAC 200 mg 3x1 PO</li> </ul>	

**Gambar 2.3 Contoh penulisan perencanaan dalam blanko RS**

## 7. Tahap Pelaksanaan (Implementasi)

Tahap Implementasi merupakan proses pelaksanaan suatu rencana tindakan yang telah ditentukan sebelumnya (Rasalinda Alfaro.RN.1986)

Tujuannya adalah untuk membantu klien dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan, yang mencakup peningkatan derajat kesehatan, pencegahan penyakit, pemulihan kesehatan dan menfasilitasi mekanisme coping.

Hal-hal yang perlu diperhatikan Sebelum merealisasikan implementasi keperawatan

- Pahami alasan melakukan intervensi, efek yang diharapkan dan bahaya yang mungkin muncul
- Menyediakan lingkungan yang kondusif
- Mempertimbangkan intervensi yang pelaksanaannya dapat digabung

### Pelaksanaan tindakan keperawatan.

Tindakan keperawatan dibedakan berdasarkan kewenangan dan tanggung jawab perawat secara profesional sebagaimana terdapat dalam standar praktik keperawatan, terdiri dari:

a. Independen.

Suatu kegiatan yang dilaksanakan oleh perawat secara mandiri tanpa petunjuk, perintah maupun supervisi dari tenaga kesehatan lainnya.

Tipe tindakan independen ini dikategorikan menjadi 4 jenis.

1) Tindakan diagnostik.

Tindakan yang ditunjukkan pada pengkajian dalam merumuskan suatu DX kepwt meliputi;

- a) Wawancara dengan klien untuk mendapatkan data / keluhan pasien.
- b) Observasi dan pemeriksaan fisik untuk mendapatkan data obyektif
- c) Pemeriksaan laboratorium sederhana (Pem.HB, pembacaan hasil-hasil lab)

2) Tindakan Terapeutik.

Tindakan yang ditujukan untuk mencegah, mengurangi dan mengatasi masalah klien.

Misalnya: klien stroke yang tidak sadarkan diri dengan terjadi paralise maka untuk mencegah terjadinya gangguan integritas kulit dilakukan mobilisasi dan memberikan bantal air pada bagian tubuh yg tertekan.

3) Tindakan edukatif.

Type tindakan ini adalah untuk merubah perilaku klien melalui promosi dan pendidikan kesehatan kepada klien dan keluarganya.

Misalnya: pada klien DM; cara pemberian insulin, pengenalan tanda-tanda hipoglikemia serta cara mengatasinya.

4) Tindakan merujuk.

Melakukan kolaborasi dengan tiem diet tentang menu makanan pasien.

b. Interdependen.

Kegiatan keperawatan yang memerlukan kerja sama dengan tenaga kesehatan lainnya, seperti; tenaga sosial, ahli gizi, fisioterapi, dan dokter.

(Konsultasi pengobatan, konsultasi makanan bagi pasien DM, dll)

c. Dependen.

Berkaitan dengan pelaksanaan rencana tindakan medis / menandakan suatu cara dimana tindakan medis dilaksanakan.

Misalnya: dokter menuliskan pemberian obat tablet / infus. Disini perawat perlu mendefinisikan kegiatan tersebut sesuai kebutuhan klien.

1) Penjelasan tentang manfaat obat.

2) Injeksi dilakukan sesuai prosedur (5 t)

3) Kalau obat yang potensi ada reaksi alergi lakukan skin test.

**Dokumentasi.**

Pelaksanaan tindakan keperawatan harus diikuti oleh kegiatan pencatatan (pendokumentasian) yg lengkap dan akurat terhadap suatu kejadian. Sehingga seluruh kegiatan keperawatan dapat dipertanggung-jawabkan.

**Catatan.**

a. Implementasi keperawatan dilakukan oleh:

1) Perawat dan tim kesehatan lain.

2) Perawat dengan perawat lain

3) Perawat bersama pasien, keluarga dan tenaga non keperawatan.

b. Tidak melaksanakan tindakan keperawatan tanpa memahami rasionalisasinya.

c. Memberikan penjelasan terlebih dahulu ttg.apa yg akan dilakukan

d. Kaji respon pasien terhadap tindakan yang diberikan.

e. Peran serta klien dan keluarganya sangat diharapkan.

f. Komponen yang harus didokumentasikan setelah memberikan tindakan adalah: tindakan yang dilakukan, waktu diberikan (jam,hari dan tanggal ), siapa yang melaksanakan, respon sesaat, paraf pelaksana.

g. Setiap jenis tindakan harus diikuti dengan pendokumentasian yang baik dan benar.

h. Dalam perumusanya, menggunakan kata kerja.

TGL, JAM	IMPLEMENTASI TINDAKAN KEPERAWATAN	PARAF & NAMA
20/06/2021 10.10	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Memonitor pola napas Hasil: RR 28 x/menit, napas dangkal</li> <li>- Memonitor bunyi napas Hasil: masih terdengar wheezing</li> <li>- Memposisikan semi Fowler</li> <li>- Memberikan minum air putih hangat</li> <li>- Memberikan mukolitik NAC 200 mg PO</li> </ul>	 Ns. Ali
20/06/2021 11.08	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Memonitor pola napas Hasil: RR 22 x/menit, kedalaman normal</li> <li>- Memonitor bunyi napas Hasil: wheezing menurun</li> <li>- Memonitor sputum</li> <li>- Hasil: Sputum menurun, bening, encer</li> <li>- Mengajurkan asupan cairan 2000 ml/ hari</li> <li>- Mengajarkan teknik batuk efektif</li> </ul>	 Ns. Ali

Activate Windows

**Gambar 2.3 Contoh Form Implementasi Keperawatan.**

Implementasi Keperawatan		CATATAN PERKEMBANGAN PASIEN TERINTEGRASI			
TGL, JAM	PROFESIONAL PEMBERI ASUHAN	HASIL ASESMEN PASIEN DAN PEMBERIAN PELAYANAN <i>(Tulis dengan format SOAP, disertai sasaran, tulis nama, beri paraf pada akhir catatan)</i>	INSTRUKSI PPA <i>Termasuk Pascabeda (Instruksi ditulis dengan rinci dan jelas)</i>	Muhamad Ad	VERIFIKASI DPJP Tulis nama, paraf, tgl, jam (DPJP harus membaca/ mereview seluruh rencana asuhan)
20/06/2021 10.10	Ners	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Memonitor pola napas Hasil: RR 28 x/menit, napas dangkal</li> <li>- Memonitor bunyi napas Hasil: masih terdengar wheezing</li> <li>- Memposisikan semi Fowler</li> <li>- Memberikan minum air putih hangat</li> <li>- Memberikan mukolitik NAC 200 mg PO</li> </ul>  Ns. Ali			
20/06/2021 11.08	Ners	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Memonitor pola napas Hasil: RR 22 x/menit, kedalaman normal</li> <li>- Memonitor bunyi napas Hasil: wheezing menurun</li> <li>- Memonitor sputum</li> <li>- Hasil: Sputum menurun, bening, encer</li> <li>- Mengajurkan asupan cairan 2000 ml/ hari</li> <li>- Mengajarkan teknik batuk efektif</li> </ul>  Ns. Ali			
	muhamad.adam31@ui.ac.id				Activate Windows Go to settings to activate ZOOCLOUD

**Gambar 2.4 Contoh Form Catatan Perkembangan**

## 8. Tahap Evaluasi Keperawatan.

Evaluasi keperawatan adalah suatu Tindakan intelektual untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan seberapa jauh

Diagnosa keperawatan, rencana tindakan, dan pelaksanaannya sudah berhasil dicapai. (DPP 2018)

Tujuan Evaluasi.

- a. Menilai apakah tujuan keperawatan tercapai atau gagal.
- b. menilai efektifitas renpra
- c. Menentukan rencana tindakan keperawatan selanjutnya.

Evaluasi ada 2 jenis.

- a. Evaluasi proses (formatur) yaitu evaluasi yang dilakukan sesaat setelah dilakukan tindakan atau pada waktu-waktu tertentu (spontanitas tergantung respon pasien), dengan tujuan untuk mengetahui hasil dari tindakan yang diberikan.
  - 1) Fokus perhatiannya adalah per item tindakan keperawatan.
  - 2) Dilakukan setiap saat selesai memberikan tindakan keperawatan / sesuai respon pasien
  - 3) Membantu dalam pencapaian evaluasi hasil
  - 4) Pendokumentasiannya melalui format catatan perkembangan.
  - 5) Rumusan yang digunakan adalah SOAP
- b. Evaluasi Hasil (Sumatif) yaitu evaluasi yang dilakukan sesuai dengan waktu yang ditentukan pada tahap rencana tindakan, dengan tujuan untuk mengetahui keberhasilan dari tindakan keperawatan secara menyeluruh.
  - 1) Fokus perhatiannya adalah tujuan rencana tindakan.
  - 2) Dilakukan sesuai waktu yang telah ditentukan pada tujuan.
  - 3) Merupakan hasil akhir dari proses keperawatan.
  - 4) Pendokumentasiannya melalui format Evaluasi keperawatan.

Ada 4 alternatif hasil dalam evaluasi

- a. Masalah terpecahkan / tercapai seluruhnya
- b. Masalah sebagian terpecahkan / tercapai sebagian
- c. Masalah tidak terpecahkan / tidak tercapai
- d. Timbul masalah baru.

## Catatan Perkembangan

Dokumentasi evaluasi keperawatan dilakukan dalam bentuk **Catatan Perkembangan** dengan format SOAP



Gambar 2.5 Contoh Form Evaluasi melalui catatan perkembangan SOAP

CATATAN PERKEMBANGAN PASIEN TERINTEGRASI				
TGL, JAM	PROFESSIONAL PEMBERI ASUHAN	HASIL ASESMEN PASIEN DAN PEMBERIAN PELAYANAN <i>(Tulis dengan format SOAP, disertai sasaran, tulis nama, beri paraf pada akhir catatan)</i>	INSTRUKSI PPA <i>Termasuk Pascabedah (Instruksi ditulis dengan rinci dan jelas)</i>	REVIEW & VERIFIKASI DPJP <i>Tulis nama, paraf, tgl, jam (DPJP harus membaca/mereview seluruh rencana asuhan)</i>
20/06/2021 14.00	Ners	<p>S: Keluhan sesak dan batuk menurun            O: Batuk efektif, RR 18-20 x/menit, wheezing menurun            A: Bersihkan Jalan Napas Tidak Efektif            P: Bersihkan Jalan Napas meningkat dengan kriteria: Batuk efektif meningkat, batuk menurun, sputum menurun, wheezing menurun, SpO2 &gt;94%</p> <p style="text-align: right;">ttd Ns. Umar</p> <p style="text-align: center;">Tambahkan kriteria hasil baru</p>	Manajemen Jalan Napas 1. Monitor pola napas tiap 2 jam 2. Monitor bunyi napas wheezing tiap 2 jam 3. Monitor sputum tiap 2 jam 4. Monitor saturasi oksigen 5. Posisikan semi Fowler 6. Berikan minum hangat 7. Berikan oksigen 2 L/ menit via nasal kanul 8. Kolaborasi pemberian mukolitik NAC 200 mg 3x1 PO	Perubahan interval pemantauan (1→ 2 jam) Tambahan tindakan baru

Gambar 2.6 Contoh Form Catatan perkembangan terintegrasi dg tim lain

### E. Latihan

Pilih salah satu jawaban yang paling tepat

1. Tujuan Standansi Asuhan Keperawatan adalah sbb, kecuali
  - Menjadi acuan penegakan diagnosis, penentuan luaran & intervensi keperawatan
  - Meningkatkan otonomi perawat
  - Memudahkan komunikasi intraprofesional dan interprofesional
  - Meningkatkan mutu asuhan keperawatan
  - Menjadi bahan dokumentasi di berbagai perpustakaan

2. Tujuan Standansi Asuhan Keperawatan lainnya adalah sbb, Kecuali
  - A. Mengarahkan dan menguatkan proses pembelajaran pada pendidikan keperawatan
  - B. Memperluas area penelitian keperawatan
  - C. Mengukur beban kerja dan *reward* perawat
  - D. **Agar jasa kinerja perawat dapat dibayarkan segera**
3. Sistem Klasifikasi (Taksonomi) Asuhan Keperawatan yang diberlakukan oleh organisasi profesi perawat Indonesia ( PPNI ) terdiri dari Diagnosis, Luaran, Intervensi Keperawatan sesuai pedoman dalam buku 3S adalah
  - A. Ada 14 kategori dan 4 sub kategori
  - B. Ada 4 kategori dan 14 sub kategori
  - C. Ada 14 kategori dan 7 sub kategori
  - D. **Ada 5 kategori dan 14 sub kategori**
  - E. Ada 4 kategori dan 7 sub kategori
4. Pada kategori Fisiologi terdapat subkategori :
  - A. Ada 4 sub kategori
  - B. **Ada 7 sub kategori**
  - C. Ada 14 sub kategori
  - D. Ada 17 sub kategori
  - E. Ada 20 sub kategori
5. Perumusan Diagnosis Keperawatan dengan menggunakan penulisan **format Three Part ( Tiga Komponen)** maka diagnosis tersebut termasuk diagnosis
  - A. **Diagnosis Aktual**
  - B. Diagnosis Risiko
  - C. Diagnosis Promosi Kesehatan
  - D. Diagnosis kesejahteraan
  - E. Diagnosis Potensial
6. Perumusan Diagnosis Keperawatan dengan menggunakan penulisannya format **Two Part ( Dua Komponen)** maka diagnosis tersebut termasuk diagnosis
  - A. **Diagnosis Aktual**

- B. Diagnosis Risiko
  - C. Diagnosis Promosi Kesehatan
  - D. Diagnosis a dan b
  - E. **Diagnosis b dan c**
7. **Masalah** berhubungan dengan(bd) **Penyebab** dibuktikan dengan(dd) **Tanda/Gejala**, merupakan rumusan yang tepat dari jepada diagnosis keperawatan dibawah ini :
- A. **Diagnosis Aktual**
  - B. Diagnosis Risiko
  - C. Diagnosis Promosi Kesehatan
  - D. Diagnosis kesejahteraan
  - E. Diagnosis Potensial
8. **Masalah** dibuktikan dengan **Tanda/Gejala**, merupakan rumusan yang tepat dari jenis diagnosis keperawatan dibawah ini :
- A. Diagnosis Aktual
  - B. Diagnosis Risiko
  - C. **Diagnosis Promosi Kesehatan**
  - D. Diagnosis kesejahteraan
  - E. Diagnosis Potensial
9. Ini merupakan sala satu contoh diagnosis keperawatan "Bersihkan **jalan napas tidak efektif** berhubungan dengan **spasme jalan napas** ditandai dengan **batuk tidak efektif sputum berlebih, mengi, dispnea, gelisah**.
- A. **Diagnosis Aktual**
  - B. Diagnosis Risiko
  - C. Diagnosis Promosi Kesehatan
  - D. Diagnosis kesejahteraan
  - E. Diagnosis Potensial
10. **Risiko aspirasi** dibuktikan dengan **tingkat kesadaran menurun**, merupakan contoh diagnosis keperawatan sbb :
- A. Diagnosis Aktual
  - B. Diagnosis Promosi kesehatan
  - C. **Diagnosis Risiko**

- D. Diagnosis kesejahteraan
  - E. Diagnosis Potensial
- 11.** "Kesiapan peningkatan eliminasi urin dibuktikan dengan pasien ingin meningkatkan eliminasi urin jumlah dan karakteristik urin normal" merupakan contoh rumusan diagnosis keperawatan sbb :
- A. Diagnosis Aktual
  - B. Diagnosis Risiko
  - C. **Diagnosis Promosi Kesehatan**
  - D. Diagnosis kesejahteraan
  - E. Diagnosis Potensial
- 12.** Segala **treatment** yang dikerjakan oleh Perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran(outcome) yang diharapkan, disebut
- A. Diagnosis keperawatan
  - B. **Intervensi keperawatan**
  - C. Implementasi keperawatan
  - D. Evaluasi keperawatan
  - E. Dokumentasi keperawatan.
- 13.** Perilaku / aktifitas spesifik yang dikerjakan oleh perawat untuk **mengimplementasikan intervensi** keperawatan disebut :
- A. Diagnosis keperawatan
  - B. Implementasi keperawatan
  - C. **Intervensi keperawatan**
  - D. Evaluasi keperawatan
  - E. Dokumentasi keperawatan.
- 14.** Komponen seperti; **label, devinisi dan tindakan** merupakan komponen yang yang membentuk item dibawah ini :
- A. Diagnosis keperawatan
  - B. Implementasi keperawatan
  - C. **Intervensi keperawatan**
  - D. Evaluasi keperawatan
  - E. Dokumentasi keperawatan.

- 15.** Aspek-aspek yang dapat diobservasi dan diukur meliputi kondisi, perilaku atau persepsi pasien, keluarga dan komunitas, sebagai respon terhadap intervensi keperawatan yang juga merupakan status diagnosis keperawatan setelah dilakukan implementasi keperawatan. Pernyataan tersebut merupakan devinisi dari:
- A. Dokumentasi keperawatan.
  - B. Tindakan keperawatan
  - C. Penilaian keperawatan
  - D. Evaluasi keperawatan
  - E. Luaran / outcome keperawatan

## F. Rangkuman Materi

Dewasa ini perkembangan dunia keperawatan cukup menggembirakan, berbagai konsep keilmuan baru dari ilmu keperawatan maju dengan pesatnya. Hal tersebut dipengaruhi oleh berbagai faktor antara lain adalah tuntutan pelayanan yang professional dari pasien, keluarga dan masyarakat yang semakin mendesak sehingga diperlukan terobosan baru dari profesi keperawatan untuk mengembangkan diri. Tugas dan tanggung jawab perawat sebagai suatu profesi yang profesional hanyalah dapat dibuktikan melalui pelaksanaan metode proses keperawatan yang memadai. Praktek keperawatan adalah pelayanan yang diselenggarakan oleh perawat dalam bentuk asuhan keperawatan yang ditujukan untuk memenuhi kebutuhan dan kemandirian klien dalam merawat dirinya. Dalam melaksanakan tugas asuhan tersebut perawat menggunakan metode proses keperawatan yang meliputi: pengkajian, perumusan diagnosis keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan dan melakukan evaluasi keperawatan.

Dengan telah diterbitkannya buku triple S (SDKI, SLKI dan SIKI) tahun 2021 maka pemenuhan standar layanan yang professional sedikit mempunyai harapan yang tinggi, tinggal saat ini bagaimana cara mensosialisasikan, mempelajari dan menerapkan konsep dalam buku triple S

Buku ajar ini berisi bagaimana cara dan teknik pelaksanaan asuhan keperawatan yang profesional mulai dari pengkajian, perumusan diagnosis keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi sehingga sangat strategis untuk mencapai layanan keperawatan yang professional karena

didalam buku ini sudah termuat dengan jelas tentang prosedur professional dalam pelaksanaan asuhan keperawatan.

## G. Glosarium

- SDKI : Standar Diagnosis Keperawatan Indonesian
- SIKI : Standar Intervensi Keperawatan Indonesian
- SLKI : Standar Luaran Keperawatan Indonesian
- ASKEP : Asuhan Keperawatan
- RENPRA : Rencana Keperawatan
- NANDA : North American Nursing Diagnosis Assosiasi
- NIC : Nursing Intervention clasifikasi
- NOC : Nursing Outcome Clasifikasi

## H. Daftar Pustaka

- DPP, PPNI. 2018. Dpp Ppni *Standar Luaran Keperawatan Indonesia*. <https://onesearch.id/Author/Home?author=Tim+Pokja+SLKI+DPP+PPNI>.
- Grindle, Merilee S. 1980. *Politics and Policy Implementation in the Third World*. New Jersey. Princeton University Press.
- Muhammadiyah, P K U. 2024. "" Aplikasi Buku 3S ( SDKI , SLKI , SIKI ) PPNI Dalam Layanan Asuhan Keperawatan ". " : 1–5.
- Notoatmodjo soekidjo. 2023. *Metodologi penelitian kesehatan*. Notoatmodj. ed. Notoatmodjo. Jakarta: Jakarta:PT Asdi Mahasatya.
- Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia. 2016. "Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia." In ed. Tim pokja SDKI PPNI. Jakarta: DPP PPNI RI, 328.
- Swierczek, Fredric William. 1989. "Measuring the Performance of public Enterprises." *Asian Journal of Public Administration* 11(1): 49–73.
- Tim Pokja SIKI. 2018. 30 PPNI RI *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia*.

# BAB 3

## METODE ILMIAH DAN PROSES KEPERAWATAN SEBAGAI METODE PENYELESAIAN MASALAH

### Pendahuluan

Metode ilmiah dan proses keperawatan memiliki keterkaitan erat karena keduanya berfungsi sebagai pendekatan sistematis dalam penyelesaian masalah (problem solving) dan memastikan kualitas dalam praktik. Metode ilmiah merupakan suatu pendekatan sistematis yang digunakan untuk memperoleh pengetahuan yang dapat diandalkan dan teruji. Metode ilmiah menjadi landasan bagi pengembangan ilmu pengetahuan modern, memungkinkan para ilmuwan memahami fenomena alam dan sosial dengan cara yang terstruktur dan objektif.

Dalam konteks keperawatan, proses keperawatan merupakan penerapan metode ilmiah yang terstruktur, yang mencakup langkah-langkah seperti pengkajian, diagnosis, perencanaan, implementasi, dan evaluasi (Shewangizaw, 2015). Proses ini tidak hanya berfungsi untuk memberikan asuhan keperawatan yang berkualitas, tetapi juga untuk memastikan bahwa tindakan yang diambil berdasarkan bukti ilmiah yang valid dan relevan (Winahyu, 2023).

Proses keperawatan, sebagai metode ilmiah, berfokus pada pengumpulan data yang akurat mengenai kondisi pasien, yang kemudian dianalisis untuk menentukan intervensi yang tepat. Hal ini sejalan dengan praktik berbasis bukti (evidence-based practice) yang menekankan pentingnya menggunakan bukti ilmiah dalam pengambilan keputusan klinis serta menunjukkan bahwa standar pelaporan yang jelas dalam penelitian keperawatan dapat meningkatkan produktifitas dan validitas hasil penelitian, yang pada gilirannya mendukung praktik berbasis bukti dalam keperawatan (Choi, 2020). Penelitian yang dilakukan oleh Hagos et al., ditemukan bahwa penerapan proses keperawatan dapat meningkatkan kualitas layanan kesehatan secara signifikan (Hagos et al., 2014).

Di sisi lain, metode ilmiah dalam konteks penelitian keperawatan juga mencakup pengembangan teori dan metodologi yang dapat digunakan untuk meningkatkan praktik dan kualitas asuhan keperawatan (Winahyu, 2023).

Dengan demikian, perbandingan antara metode ilmiah dan proses keperawatan menunjukkan bahwa keduanya saling melengkapi, metode ilmiah memberikan dasar teoritis dan metodologis, sementara proses keperawatan menerapkan prinsip-prinsip tersebut dalam praktik klinis sehari-hari.

Dalam pembahasan topik ini, baik metode ilmiah maupun proses keperawatan memiliki peran penting dalam penyelesaian masalah di bidang kesehatan. Metode ilmiah menyediakan kerangka kerja yang sistematis untuk penelitian dan pengembangan, sedangkan proses keperawatan menerapkan metode tersebut untuk memberikan asuhan yang berkualitas kepada pasien. Oleh karena itu, integrasi antara kedua pendekatan ini sangat penting bagi perawat khususnya dan praktisi kesehatan serta masyarakat umum untuk meningkatkan kesehatan dan kualitas pelayanan keperawatan secara keseluruhan.

Pada topik kajian ini, akan dibahas tahapan-tahapan dalam metode ilmiah, yaitu observasi, hipotesis, eksperimen, analisis, dan kesimpulan serta tahapan-tahapan dalam proses keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, intervensi/implementasi serta evaluasi hasil tindakan.

### **Tujuan Intruksional:**

Setelah mempelajari topik bahasan ini, pembaca mampu membandingkan metode ilmiah dan proses keperawatan dalam penyelesaian masalah.

### **Capaian Pembelajaran:**

Diharapkan mahasiswa dan pembaca mampu menjelaskan konsep metode ilmiah dan proses keperawatan terkait:

1. Definisi metode ilmiah dan proses keperawatan
2. Tujuan metode ilmiah dan proses keperawatan
3. Tahapan Dalam Metode Ilmiah dan Proses Keperawatan
4. Karakteristik Metode Ilmiah dan Proses Keperawatan
5. Peran Metode Ilmiah dan Proses Keperawatan Dalam Penyelesaian Masalah
6. Keterbatasan Metode Ilmiah dan Proses Keperawatan
7. Contoh Aplikasi Klinis Menggunakan Metode Ilmiah Dan Proses Keperawatan

## **Uraian Materi**

### **A. Definisi**

#### **1. Definisi Metode Ilmiah**

Metode ilmiah (*scientific method*) adalah suatu pendekatan sistematis yang digunakan untuk memperoleh pengetahuan dan memahami fenomena melalui pengamatan, eksperimen, dan analisis.

Definisi metode ilmiah ini mencakup serangkaian langkah yang terstruktur, mulai dari perumusan pertanyaan, pengumpulan data, analisis, hingga penarikan kesimpulan.

Menurut Mekarisce, metode penelitian didefinisikan sebagai kegiatan ilmiah yang terencana, terstruktur, dan sistematis, dengan tujuan tertentu baik praktis maupun teoritis (Mekarisce, 2020). Metode ilmiah tidak hanya berfokus pada hasil, tetapi juga pada proses yang digunakan untuk mencapai hasil tersebut.

Dalam konteks pendidikan, metode ilmiah juga berperan penting dalam pengembangan kompetensi profesional, seperti yang dalam penulisan karya ilmiah bagi guru untuk meningkatkan profesionalisme (Handayani & Dewi, 2019).

Metode ilmiah dalam pendidikan mengharuskan guru dan siswa untuk menggunakan keterampilan berpikir kritis dan analitis, serta menerapkan pengetahuan yang diperoleh dalam situasi nyata (Muizudin, 2021). Akan tetapi, metode ilmiah tidak hanya terbatas pada penelitian akademis, tetapi juga dapat diterapkan dalam praktik sehari-hari.

Lebih lanjut, metode ilmiah juga melibatkan penggunaan teknik dan alat yang tepat untuk mengumpulkan dan menganalisis data. Sebagai contoh, dalam penelitian kualitatif, dimana berbagai pendekatan dalam penelitian ini dijelaskan dan hal ini juga menunjukkan bahwa metode ilmiah dapat bervariasi tergantung pada tujuan dan konteks penelitian (Yusanto, 2020). Ini juga menunjukkan bahwa metode ilmiah merupakan alat yang fleksibel yang dapat disesuaikan dengan kebutuhan spesifik dari penelitian yang dilakukan.

Dari beberapa pengertian diatas, simpulan metode ilmiah adalah pendekatan yang fundamental dalam penelitian dan pendidikan, yang memungkinkan individu untuk mengembangkan pemahaman yang lebih dalam tentang dunia di sekitar mereka. Dengan mengikuti langkah-langkah yang sistematis dan terstruktur, peneliti dapat memastikan

bahwa hasil yang diperoleh valid dan dapat diandalkan, serta dapat berkontribusi pada pengembangan ilmu pengetahuan dan praktik profesional.

## 2. Definisi Proses Keperawatan

Menurut Barbara Kozier, salah satu ahli keperawatan terkemuka, proses keperawatan (Nursing process) didefinisikan sebagai pendekatan sistematis dan dinamis dalam memberikan asuhan keperawatan yang berfokus pada kebutuhan individu.

Proses keperawatan adalah suatu metode sistematis yang digunakan oleh perawat untuk memberikan asuhan kepada pasien, yang mencakup serangkaian langkah yang terstruktur.

Proses ini terdiri dari lima tahap utama: pengkajian, diagnosis, perencanaan, implementasi, dan evaluasi (friska, 2019). Dalam tahap pengkajian, perawat mengumpulkan data yang relevan tentang kondisi pasien, termasuk riwayat kesehatan, gejala, dan faktor-faktor yang mempengaruhi kesehatan. Data yang dikumpulkan kemudian dianalisis untuk menentukan diagnosis keperawatan, yang mencakup masalah aktual, risiko, atau potensi masalah kesehatan yang mungkin dihadapi pasien (Nurhaliza, 2019).

Setelah diagnosis ditetapkan, tahap berikutnya adalah perencanaan, di mana perawat merumuskan tujuan dan intervensi yang diperlukan untuk mencapai hasil yang diinginkan (friska, 2019). Implementasi adalah tahap di mana perawat melaksanakan rencana yang telah dibuat, dengan melakukan tindakan keperawatan yang sesuai untuk membantu pasien (Hapsari, 2023). Terakhir, evaluasi dilakukan untuk menilai efektivitas intervensi yang telah dilakukan, serta untuk menentukan apakah tujuan yang telah ditetapkan tercapai (friska, 2019).

Proses ini bersifat dinamis dan dapat disesuaikan dengan kebutuhan pasien, sehingga memungkinkan perawat untuk memberikan asuhan yang lebih baik dan lebih responsif terhadap perubahan kondisi pasien (Jainurakhma, 2022).

Pentingnya proses keperawatan terletak pada kemampuannya untuk memberikan kerangka kerja yang jelas bagi perawat dalam melaksanakan tugas mereka. Dengan mengikuti proses ini, perawat dapat memastikan bahwa setiap tindakan yang diambil didasarkan pada data yang akurat dan analisis yang mendalam, sehingga meningkatkan

kualitas asuhan keperawatan (Patoding, 2022). Selain itu, proses keperawatan juga mendukung praktik berbasis bukti, di mana keputusan klinis diambil berdasarkan bukti ilmiah yang valid dan relevan (friska, 2019; Hapsari, 2023).

Proses keperawatan adalah alat yang esensial dalam praktik keperawatan, tidak hanya membantu perawat dalam memberikan asuhan yang berkualitas, tetapi juga berkontribusi pada peningkatan hasil kesehatan pasien. Dengan pendekatan yang sistematis dan terstruktur, proses ini memungkinkan perawat untuk mengatasi masalah kesehatan pasien secara efektif dan efisien.

## B. Tujuan

### 1. Tujuan metode ilmiah

Tujuan metode ilmiah adalah untuk menyediakan kerangka kerja yang sistematis dan terstruktur dalam proses pencarian pengetahuan, yang memungkinkan peneliti untuk memahami, menjelaskan, dan memprediksi fenomena yang terjadi di alam atau dalam konteks sosial.

Metode ilmiah bertujuan untuk menghasilkan pengetahuan yang valid dan dapat diandalkan melalui pengujian hipotesis dan pengumpulan data yang objektif, sehingga tujuan utama dari metode ilmiah adalah untuk mengurangi ketidakpastian dan meningkatkan pemahaman kita tentang berbagai aspek kehidupan.

Salah satu tujuan penting dari metode ilmiah adalah untuk mengembangkan keterampilan berpikir kritis dan analitis. Melalui penerapan metode ilmiah, individu dilatih untuk merumuskan pertanyaan, mengumpulkan dan menganalisis data, serta menarik kesimpulan berdasarkan bukti yang ada. Hal ini sangat relevan dalam konteks pendidikan, di mana pembelajaran berbasis sains mendorong siswa untuk terlibat dalam proses eksplorasi dan penemuan, sehingga mereka dapat menghubungkan teori dengan praktik.

Selain itu, metode ilmiah juga bertujuan untuk memastikan bahwa pengetahuan yang dihasilkan dapat dipertanggungjawabkan dan diulang. Ini berarti bahwa penelitian yang dilakukan harus dapat direplikasi oleh peneliti lain dengan hasil yang serupa, dan merupakan salah satu prinsip dasar dalam penelitian ilmiah. Metode ilmiah berfungsi sebagai alat untuk membangun konsensus dalam komunitas ilmiah, di mana temuan-temuan baru dapat diuji dan divalidasi oleh peneliti lain.

Lebih jauh lagi, metode ilmiah juga berperan dalam pengembangan teknologi dan inovasi. Dengan menggunakan pendekatan sistematis untuk memecahkan masalah, peneliti dapat menciptakan solusi baru yang dapat diterapkan dalam berbagai bidang, mulai dari kesehatan hingga teknologi informasi. Oleh karena itu, metode ilmiah tidak hanya berfokus pada pengembangan pengetahuan teoritis, tetapi juga pada penerapan praktis dari pengetahuan tersebut untuk meningkatkan kualitas hidup dan memecahkan masalah yang dihadapi masyarakat.

Dapat disimpulkan, bahwa tujuan metode ilmiah mencakup pengembangan pengetahuan yang valid, peningkatan keterampilan berpikir kritis, penciptaan pengetahuan yang dapat direplikasi, dan penerapan pengetahuan untuk inovasi. Dengan mengikuti langkah-langkah yang sistematis, metode ilmiah memungkinkan peneliti untuk menjawab pertanyaan kompleks dan memberikan kontribusi yang berarti bagi masyarakat.

## 2. Tujuan Proses Keperawatan

Tujuan proses keperawatan adalah untuk memberikan asuhan yang berkualitas dan efektif kepada pasien melalui pendekatan yang sistematis dan terstruktur. Proses keperawatan terdiri dari lima langkah utama: pengkajian, diagnosis, perencanaan, implementasi, dan evaluasi, yang bertujuan untuk mengidentifikasi dan memenuhi kebutuhan kesehatan pasien secara holistik dan perawat dapat memastikan bahwa setiap tindakan yang diambil didasarkan pada data yang akurat dan analisis yang mendalam, sehingga meningkatkan kualitas asuhan keperawatan (friska, 2019).

Salah satu tujuan utama dari proses keperawatan adalah untuk meningkatkan hasil kesehatan pasien. Melalui pengkajian yang cermat, perawat dapat mengidentifikasi masalah kesehatan yang dihadapi pasien dan merumuskan diagnosis keperawatan yang tepat. Dengan diagnosis yang akurat, perawat dapat merencanakan intervensi yang sesuai untuk membantu pasien mencapai tujuan kesehatan yang diinginkan. Penerapan proses keperawatan yang baik dapat meningkatkan efektivitas asuhan dan kepuasan pasien (Wahyudi, 2020).

Selain itu, proses keperawatan juga bertujuan untuk meningkatkan profesionalisme perawat. Dengan mengikuti langkah-langkah yang sistematis, perawat dapat mengembangkan keterampilan klinis dan

pengetahuan yang diperlukan untuk memberikan asuhan yang berkualitas. Dalam penerapan proses keperawatan penting menekankan bahwa metode asuhan keperawatan profesional diutamakan meningkatkan kepuasan kerja perawat, yang pada gilirannya berdampak positif pada kualitas pelayanan yang diberikan kepada pasien (Patoding, 2022).

Proses keperawatan juga berfungsi sebagai alat untuk meningkatkan komunikasi dan kolaborasi antar tenaga kesehatan. Dalam konteks ini, perawat berperan sebagai penghubung antara pasien dan tim kesehatan lainnya, memastikan bahwa semua informasi yang relevan tentang kondisi pasien disampaikan dengan jelas dan tepat waktu. Dengan demikian, tujuan proses keperawatan tidak hanya terbatas pada perawatan individu, tetapi juga mencakup peningkatan sistem pelayanan kesehatan secara keseluruhan.

Maka dapat disimpulkan bahwa tujuan proses keperawatan mencakup peningkatan hasil kesehatan pasien, pengembangan profesionalisme perawat, dan peningkatan kolaborasi antar tenaga kesehatan. Dengan pendekatan yang sistematis dan terstruktur, proses keperawatan memungkinkan perawat untuk memberikan asuhan yang lebih baik dan lebih responsif terhadap kebutuhan pasien.

### **C. Tahapan Dalam Metode Ilmiah Dan Proses keperawatan**

Pada Tahapan metode ilmiah dan proses keperawatan memiliki kesamaan dalam pendekatan sistematis yang digunakan untuk mencapai tujuan tertentu, meskipun konteks dan aplikasinya berbeda. Dalam tahapan metode ilmiah, banyak ahli memberikan pendapat, namun secara umum tahapan umum yang diikuti meliputi perumusan pertanyaan, pengumpulan data, analisis, dan penarikan kesimpulan. Berikut tahapan metode ilmiah dan tahapan proses keperawatan, yakni:

#### **1. Tahapan Metode Ilmiah**

Menurut Setiawan et al (2022), tahapan ilmiah sebagai metode dalam mencari kebenaran adalah:



**Gambar 3.1 Tahapan Metode Ilmiah**  
 (Sumber : <https://www.researchgate.net/>)

Tahapan dalam metode ilmiah adalah sebagai berikut:

a. Perumusan Masalah

Tahap ini melibatkan identifikasi masalah atau fenomena yang ingin diteliti. Peneliti merumuskan pertanyaan penelitian yang jelas dan spesifik untuk memandu proses penelitian (Usman et al., 2021).

b. Kerangka Berpikir

Kerangka berpikir dalam metode ilmiah melibatkan pemahaman yang mendalam tentang struktur penulisan, pengelolaan informasi, dan penerapan metode pembelajaran yang tepat untuk meningkatkan keterampilan berpikir kritis. Karya ilmiah merupakan tulisan yang disusun secara teratur dan sistematis berdasarkan aturan keilmuan, yang melibatkan kemampuan berpikir kritis dan analitis untuk menghasilkan pemahaman yang lebih mendalam (Sujarwati et al., 2021)

c. Metode Penelitian

Pada metode penelitian dilakukan setelah pertanyaan ditetapkan, peneliti mengumpulkan data melalui berbagai metode, seperti eksperimen, survei, atau observasi. Data yang dikumpulkan harus relevan dan dapat diandalkan untuk memastikan validitas hasil penelitian (Riswakhyuningih, 2023).

d. Merumuskan Hipotesa

Merumuskan hipotesis merupakan langkah penting dalam proses penelitian ilmiah. Hipotesis berfungsi sebagai pernyataan sementara yang dapat diuji dan dibuktikan kebenarannya melalui pengumpulan dan analisis data. Berdasarkan pemahaman tentang masalah penelitian dan variabel yang terlibat, hipotesis dapat dirumuskan. Hipotesis harus jelas, spesifik, dan dapat diuji.

Hipotesis dapat dibedakan menjadi dua jenis utama: hipotesis nol ( $H_0$ ) dan hipotesis alternatif ( $H_1$ ). Hipotesis nol biasanya menyatakan bahwa tidak ada hubungan atau perbedaan yang signifikan antara variabel yang diteliti, sedangkan hipotesis alternatif menyatakan bahwa ada hubungan atau perbedaan yang signifikan (Sujarwati et al., 2021).

e. Mengumpulkan Data

Mengumpulkan data adalah langkah penting dalam proses penelitian ilmiah, yang bertujuan untuk mendapatkan informasi yang relevan dan akurat untuk menjawab pertanyaan penelitian atau menguji hipotesis yang telah dirumuskan. Proses pengumpulan data dapat dilakukan melalui berbagai metode, tergantung pada jenis penelitian yang dilakukan, tujuan penelitian, dan sumber data yang tersedia.

f. Menguji Hipotesa

Menguji hipotesis adalah langkah penting dalam penelitian ilmiah yang bertujuan untuk menentukan apakah hipotesis yang telah dirumuskan dapat diterima atau ditolak berdasarkan data yang dikumpulkan. Proses ini melibatkan penggunaan metode statistik untuk menganalisis data dan menarik kesimpulan yang valid.

g. Analisa Data

Data yang telah dikumpulkan kemudian dianalisis menggunakan teknik statistik atau metode analisis kualitatif, tergantung pada jenis data dan tujuan penelitian. Analisis ini bertujuan untuk menemukan pola atau hubungan yang dapat menjawab pertanyaan penelitian (Wahyudi, 2020).

h. Penarikan Kesimpulan

Berdasarkan hasil analisis, peneliti menarik kesimpulan yang menjawab pertanyaan penelitian. Kesimpulan ini harus didukung

oleh data dan analisis yang telah dilakukan, serta dapat diuji kembali oleh peneliti lain (Groot et al., 2019).

i. Publikasi dan Replikasi

Hasil penelitian biasanya dipublikasikan dalam jurnal ilmiah untuk diseminasi kepada komunitas ilmiah. Penelitian yang baik harus dapat direplikasi oleh peneliti lain untuk memvalidasi temuan tersebut (Aristoteles, 2024).



**Gambar 3.2 Tahapan Proses Keperawatan**  
(Sumber: <https://www.slideshare.net/>)

## 2. Proses Kepererawatan

Sementara itu, proses keperawatan terdiri dari lima langkah utama: pengkajian, diagnosis, perencanaan, implementasi, dan evaluasi (Coil, 2023; Prabasari, 2021). Tahapan dalam proses keperawatan menurut Kozier, (2010) terdiri dari lima langkah yang saling berurutan namun saling berhubungan. Kozier menekankan bahwa proses keperawatan bersifat pasien-sentris, artinya selalu berpusat pada kebutuhan individu pasien dan membutuhkan kemampuan berpikir kritis, empati, serta kolaborasi dengan pasien dan tim kesehatan lainnya. Tahapan atau langkah-langkah proses keperawatan adalah sebagai berikut :

a. Pengkajian (*Assessment*)

Mengumpulkan data atau informasi tentang kondisi fisik, psikologis, sosial, dan lingkungan pasien secara menyeluruh. Pada tahap ini, perawat mengumpulkan informasi tentang kondisi pasien melalui

wawancara, pemeriksaan fisik, dan pengamatan. Data yang dikumpulkan mencakup riwayat kesehatan, gejala, dan faktor-faktor yang mempengaruhi kesehatan pasien (Khoiroh, 2024).

b. Diagnosa Keperawatan (*Nursing Diagnosis*)

Setelah pengkajian, perawat menganalisis data untuk menentukan diagnosis keperawatan. Mengidentifikasi masalah kesehatan aktual atau potensial pasien berdasarkan analisis data yang telah dikumpulkan. Diagnosis ini mencakup masalah kesehatan yang aktual atau potensial yang dihadapi pasien (Istiningtyas, 2020).

c. Perencanaan (*Planning*)

Dalam tahap ini, perawat merumuskan rencana perawatan yang mencakup tujuan yang ingin dicapai dan intervensi yang diperlukan untuk mencapai tujuan tersebut. Menetapkan tujuan yang spesifik dan merencanakan intervensi keperawatan untuk mencapai hasil yang diinginkan sesuai dengan kebutuhan pasien. Rencana ini harus spesifik, terukur, dan realistik (Winahyu, 2023).

d. Implementasi (*Implementation*)

Tahap implementasi melibatkan pelaksanaan rencana perawatan yang telah disusun. Melakukan tindakan atau intervensi yang telah direncanakan untuk membantu pasien mencapai tujuan kesehatan. Perawat melakukan tindakan keperawatan yang sesuai untuk membantu pasien mencapai tujuan yang telah ditetapkan (Widayanti et al., 2022).

e. Evaluasi (*Evaluation*)

Setelah intervensi dilakukan, perawat mengevaluasi hasil dari tindakan yang telah diambil. Mengevaluasi efektivitas dari intervensi yang telah diberikan dan menilai apakah tujuan asuhan tercapai atau diperlukan perubahan dalam rencana perawatan. Evaluasi ini bertujuan untuk menentukan apakah tujuan perawatan telah tercapai dan apakah perlu ada penyesuaian dalam rencana perawatan (Hapsari, 2023).

#### **D. Karakteristik Metode Ilmiah Dan Proses keperawatan**

Karakteristik merupakan ciri-ciri atau sifat-sifat yang membedakan suatu objek, individu, atau kelompok dari yang lainnya. Dalam konteks penelitian, karakteristik dapat merujuk pada berbagai aspek, termasuk karakteristik demografis, psikologis, sosial, atau karakteristik spesifik dari

suatu fenomena yang sedang diteliti. Karakteristik Metode Ilmiah adalah sebagai berikut:

### **1. Sistematis dan Terstruktur**

Menurut Pakpahan. et al (2021) metode ilmiah mengikuti langkah-langkah yang teratur, mulai dari perumusan hipotesis, pengumpulan data, analisis, hingga penarikan kesimpulan. Pendekatan ini memastikan bahwa setiap langkah dilakukan dengan cermat dan terencana.

### **2. Objektivitas**

Metode ilmiah menekankan pentingnya objektivitas dalam pengumpulan dan analisis data. Peneliti harus menghindari bias pribadi dan memastikan bahwa hasil penelitian dapat dipertanggungjawabkan.

### **3. Replikasi**

Salah satu karakteristik penting dari metode ilmiah adalah kemampuan untuk direplikasi. Penelitian yang baik harus dapat diulang oleh peneliti lain dengan hasil yang serupa, yang menunjukkan validitas temuan.

### **4. Berbasis Bukti**

Metode ilmiah berfokus pada pengumpulan bukti yang dapat diuji dan diverifikasi. Hal ini penting dalam pengembangan teori dan praktik berbasis bukti di berbagai bidang, termasuk kesehatan.

### **5. Fleksibilitas**

Meskipun mengikuti langkah-langkah yang terstruktur, metode ilmiah juga memungkinkan peneliti untuk beradaptasi dan mengubah pendekatan berdasarkan temuan yang diperoleh selama penelitian.

Sedangkan karakteristik Proses Keperawatan adalah sebagai berikut:

### **1. Pendekatan Holistik**

Proses keperawatan mempertimbangkan seluruh aspek kesehatan pasien, termasuk fisik, emosional, sosial, dan spiritual. Hal ini memungkinkan perawat untuk memberikan asuhan yang komprehensif dan sesuai dengan kebutuhan pasien.

### **2. Sistematis dan Terstruktur**

Proses keperawatan terdiri dari lima langkah utama: pengkajian, diagnosis, perencanaan, implementasi, dan evaluasi. Setiap langkah memiliki tujuan dan hasil yang jelas, yang membantu perawat dalam memberikan asuhan yang efektif.

### **3. Berbasis Bukti**

Seperti metode ilmiah, proses keperawatan juga berfokus pada praktik berbasis bukti. Perawat diharapkan untuk menggunakan penelitian terbaru dan pedoman klinis dalam pengambilan keputusan terkait asuhan keperawatan.

### **4. Kolaboratif**

Proses keperawatan melibatkan kolaborasi antara perawat, pasien, dan tim kesehatan lainnya. Komunikasi yang baik dan kerja sama tim sangat penting untuk mencapai hasil yang optimal dalam perawatan pasien).

### **5. Adaptif**

Proses keperawatan bersifat dinamis dan dapat disesuaikan dengan perubahan kondisi pasien. Perawat harus mampu mengevaluasi dan mengubah rencana perawatan berdasarkan respons pasien terhadap intervensi yang dilakukan.

Melihat dari kedua konsep diatas, terdapat persamaan dan perbedaan karakteristik metoda ilmiah dan proses keperawatan, diantaranya:

#### **1. Pendekatan sistematis**

Baik metode ilmiah maupun proses keperawatan mengikuti pendekatan yang sistematis. Dalam metode ilmiah, peneliti mengikuti langkah-langkah yang terstruktur untuk mengumpulkan dan menganalisis data, sedangkan dalam proses keperawatan, perawat mengikuti langkah-langkah yang terstandarisasi untuk memberikan asuhan kepada pasien.

#### **2. Berbasis Bukti**

Keduanya mengutamakan penggunaan bukti dalam pengambilan keputusan. Dalam metode ilmiah, keputusan didasarkan pada data dan hasil penelitian, sementara dalam proses keperawatan, keputusan asuhan keperawatan didasarkan pada bukti ilmiah dan praktik berbasis bukti (*evidence-based practice*).

#### **3. Memiliki tujuan memecahkan masalah**

Baik metode ilmiah maupun proses keperawatan bertujuan untuk memecahkan masalah. Dalam penelitian, tujuan utamanya adalah untuk menjawab pertanyaan penelitian atau menguji hipotesis, sedangkan dalam keperawatan, tujuannya adalah untuk mengidentifikasi dan mengatasi masalah kesehatan pasien).

Sedangkan perbedaan karakteristik dari metode ilmiah dan proses keperawatan adalah sebagai berikut :

### **1. Fokus dan konteks**

Metode ilmiah umumnya digunakan dalam konteks penelitian untuk menghasilkan pengetahuan baru, sedangkan proses keperawatan berfokus pada penyediaan asuhan kesehatan kepada pasien. Proses keperawatan mencakup pengkajian, diagnosis, perencanaan, implementasi, dan evaluasi, yang semuanya diarahkan untuk memenuhi kebutuhan kesehatan pasien.

### **2. Langkah-langkah yang diterapkan**

Langkah-langkah dalam metode ilmiah biasanya terdiri dari pengamatan, perumusan hipotesis, eksperimen, analisis data, dan penarikan kesimpulan. Sebaliknya, proses keperawatan mengikuti langkah-langkah seperti pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, implementasi, dan evaluasi. Meskipun ada kesamaan dalam hal sistematis, langkah-langkah tersebut dirancang untuk tujuan yang berbeda.

### **3. Hasil yang diharapkan**

Hasil dari metode ilmiah adalah pengetahuan baru atau teori yang dapat diuji lebih lanjut, sedangkan hasil dari proses keperawatan adalah peningkatan kesehatan pasien dan kualitas asuhan keperawatan. Proses keperawatan berfokus pada penerapan teori dan praktik untuk mencapai hasil yang optimal bagi pasien.

## **E. Peran Metode Ilmiah Dan Proses Keperawatan Dalam Penyelesaian Masalah**

Peran adalah fungsi atau tanggung jawab yang diemban oleh individu atau kelompok dalam konteks tertentu. Metode ilmiah memiliki peran yang sangat penting dalam penyelesaian masalah, baik dalam konteks penelitian akademis maupun dalam praktik profesional di berbagai bidang. Metode ilmiah menyediakan kerangka kerja yang sistematis untuk mengidentifikasi, menganalisis, dan memecahkan masalah. Peran metode ilmiah dalam penyelesaian masalah, dapat diuraikan berikut ini:

### **1. Mengidentifikasi Masalah**

Langkah pertama dalam metode ilmiah adalah mengidentifikasi masalah yang perlu diselesaikan. Dalam konteks ini, peneliti atau praktisi harus memahami dengan jelas apa yang menjadi fokus permasalahan.

Misalnya, dalam penelitian pendidikan, masalah yang dihadapi bisa berupa rendahnya hasil belajar siswa. Dengan menggunakan metode ilmiah, peneliti dapat merumuskan pertanyaan penelitian yang spesifik dan terukur (Faniashi et al. 2023)

## **2. Mengumpulkan Data**

Setelah masalah diidentifikasi, langkah selanjutnya adalah mengumpulkan data yang relevan. Metode ilmiah mendorong penggunaan teknik pengumpulan data yang sistematis, seperti survei, eksperimen, atau observasi. Data yang dikumpulkan akan menjadi dasar untuk analisis lebih lanjut. Sebagai contoh, dalam penelitian tentang efektivitas metode pembelajaran, data dapat dikumpulkan melalui tes hasil belajar siswa sebelum dan setelah penerapan metode tersebut (Zebua, 2023).

## **3. Menganalisa Data**

Setelah data dikumpulkan, langkah berikutnya adalah menganalisis data tersebut untuk menemukan pola atau hubungan yang signifikan. Metode ilmiah menyediakan berbagai teknik analisis statistik yang dapat digunakan untuk menguji hipotesis. Misalnya, analisis regresi dapat digunakan untuk menentukan pengaruh variabel independen terhadap variabel dependen. Hasil analisis ini akan memberikan wawasan yang lebih dalam tentang masalah yang sedang diteliti (Sodikin, 2015).

## **4. Mengambil Keputusan dan Implementasi Solusi**

Berdasarkan hasil analisis, peneliti dapat menarik kesimpulan dan merumuskan rekomendasi untuk tindakan selanjutnya. Dalam konteks praktik profesional, seperti keperawatan, hasil penelitian dapat digunakan untuk mengembangkan protokol atau pedoman baru yang lebih efektif dalam memberikan asuhan kepada pasien (friska, 2019). Misalnya, jika penelitian menunjukkan bahwa pendekatan tertentu meningkatkan kepuasan pasien, maka pendekatan tersebut dapat diadopsi secara lebih luas dalam praktik keperawatan.

## **5. Mengevaluasi dan Uji Coba**

Setelah solusi diimplementasikan, penting untuk melakukan evaluasi untuk menilai efektivitas tindakan yang diambil. Metode ilmiah mendorong peneliti untuk melakukan uji coba dan pengujian berulang untuk memastikan bahwa solusi yang diterapkan benar-benar efektif dalam menyelesaikan masalah. Jika hasil evaluasi menunjukkan bahwa

solusi tidak berhasil, peneliti dapat kembali ke langkah awal untuk mengidentifikasi masalah baru atau memperbaiki pendekatan yang ada (Anoesyirwan et al., 2020)

Dalam konteks keperawatan, peran proses keperawatan menjadi sangat penting. Proses keperawatan menjadi alat utama dalam melakukan asuhan keperawatan kepada klien. Diantara peran proses keperawatan dalam menyelesaikan masalah klien adalah sebagai berikut:

#### **1. Mengidentifikasi Masalah Kesehatan**

Langkah pertama dalam proses keperawatan adalah pengkajian, di mana perawat mengumpulkan data tentang kondisi pasien. Melalui pengkajian yang menyeluruh, perawat dapat mengidentifikasi masalah kesehatan yang dihadapi pasien. Misalnya, dalam penelitian oleh Simamora et al., proses pengkajian yang baik memungkinkan perawat untuk mendeteksi masalah kesehatan secara dini dan merencanakan intervensi yang tepat (Aristoteles, A. 2024).

#### **2. Mendiagnosis Keperawatan**

Setelah mengidentifikasi masalah, perawat melakukan diagnosis keperawatan. Diagnosis ini merupakan penilaian yang didasarkan pada data yang telah dikumpulkan. Dengan menggunakan diagnosis keperawatan, perawat dapat menentukan masalah spesifik yang perlu ditangani. Tamba menyatakan bahwa pengambilan keputusan yang tepat dalam diagnosis keperawatan sangat penting untuk memenuhi kebutuhan pasien (Tamba, 2020).

#### **3. Merencanakan Intervensi**

Setelah diagnosis ditetapkan, perawat merencanakan intervensi yang sesuai untuk mengatasi masalah yang telah diidentifikasi. Rencana ini harus spesifik, terukur, dan realistik. Dalam konteks ini, perawat berfungsi sebagai perencana yang mempertimbangkan berbagai faktor yang dapat mempengaruhi hasil perawatan (Wahyudi, 2020). Misalnya, dalam penelitian oleh Wahyudi, perawat berperan sebagai manajer yang merencanakan tindakan berdasarkan kebutuhan pasien dan sumber daya yang tersedia (Wahyudi, 2020).

#### **4. Melakukan Intervensi Keperawatan**

Setelah rencana disusun, perawat melaksanakan intervensi yang telah direncanakan. Implementasi ini melibatkan tindakan langsung terhadap pasien, seperti memberikan obat, melakukan prosedur medis,

atau memberikan edukasi kepada pasien dan keluarganya. Proses ini sangat penting untuk memastikan bahwa pasien menerima perawatan yang tepat dan sesuai dengan kebutuhan mereka (Zaman, 2024).

### **5. Mengevaluais Hasil**

Langkah terakhir dalam proses keperawatan adalah evaluasi. Perawat menilai efektivitas intervensi yang telah dilakukan dan menentukan apakah tujuan perawatan telah tercapai. Jika hasilnya tidak sesuai dengan yang diharapkan, perawat dapat kembali ke langkah sebelumnya untuk menyesuaikan rencana perawatan. Hal ini menunjukkan bahwa proses keperawatan bersifat dinamis dan adaptif, yang memungkinkan perawat untuk terus meningkatkan kualitas asuhan (Nilasari et al., 2021).

## **F. Keterbatasan Metode Ilmiah Dan Proses Keperawatan**

Keterbatasan metode ilmiah dan proses keperawatan dapat dilihat dari berbagai aspek, termasuk dalam hal penerapan, sumber daya, dan konteks situasi. Meskipun kedua pendekatan ini memiliki tujuan yang sama, yaitu untuk meningkatkan pemahaman dan kualitas pelayanan, mereka juga menghadapi tantangan dan keterbatasan yang perlu dipertimbangkan.

Beberapa analisis terkait keterbatasan metode ilmiah adalah sebagai berikut:

### **1. Keterbatasan Metode Ilmiah**

Salah satu keterbatasan utama dari metode ilmiah adalah kesulitan dalam menggeneralisasi temuan dari sampel yang kecil ke populasi yang lebih besar. Penelitian yang dilakukan dengan sampel terbatas mungkin tidak mencerminkan kondisi nyata di populasi yang lebih luas, sehingga hasilnya bisa jadi tidak dapat diterapkan secara umum (Rahmayanti, 2021).

### **2. Ketergantungan pada Data**

Metode ilmiah sering kali lebih fokus pada data, seperti penelitian kuantitatif, terkadang mengabaikan aspek kualitatif yang penting dalam memahami fenomena sosial atau perilaku manusia. Hal ini dapat menyebabkan pemahaman yang tidak lengkap tentang masalah yang sedang diteliti (Surya & Afrizal, 2021).

### **3. Pengaruh Bias Peneliti**

Dalam beberapa kasus, bias peneliti dapat mempengaruhi hasil penelitian. Peneliti mungkin memiliki pandangan atau harapan tertentu yang dapat memengaruhi cara mereka mengumpulkan dan menganalisis

data. Ini dapat mengarah pada kesimpulan yang tidak objektif (Prabasari, 2021).

Sedangkan keterbatasan dari proses keperawatan, diantaranya:

### **1. Variabilitas Dalam Penerapan**

Proses keperawatan dapat bervariasi tergantung pada pengalaman dan pengetahuan perawat. Keterampilan dan pemahaman yang berbeda di antara perawat dapat mempengaruhi kualitas asuhan keperawatan yang diberikan, sehingga menghasilkan hasil yang tidak konsisten (Sukesi, 2021).

### **2. Beban Kerja Dan Sumber Daya**

Keterbatasan sumber daya, seperti jumlah perawat yang tidak mencukupi dan beban kerja yang tinggi, dapat menghambat penerapan proses keperawatan secara optimal. Hal ini dapat menyebabkan perawat tidak dapat melaksanakan semua langkah dalam proses keperawatan dengan baik, yang pada akhirnya berdampak pada kualitas perawatan pasien (Riswakhyuningih, 2023).

### **3. Keterbatasan Dalam Dokumentasi**

Dokumentasi yang tidak lengkap atau tidak akurat dapat menjadi masalah dalam proses keperawatan. Penelitian menunjukkan bahwa pelatihan yang tidak memadai dan beban kerja yang tinggi dapat memengaruhi kelengkapan pendokumentasian, yang penting untuk memastikan kontinuitas perawatan dan komunikasi antar anggota tim kesehatan (Purba, 2019).

## **G. Contoh Aplikasi Klinis Menggunakan Metode Ilmiah Dan Proses Keperawatan**

### **1. Aplikasi Metode Ilmiah**

Metode ilmiah merupakan pengamatan terhadap fenomena atau masalah, gejala-gejala yang belum dipahami dengan menyusun serta menguji fenomena atau gejala tersebut, yang pada akhirnya menemukan jawaban dari pertanyaan yang belum dipahami diawal tersebut. Berikut contoh kasus menggunakan beberapa langkah sederhana metode ilmiah dalam penelitian, yakni:

- a. Obsevasi Awal

Langkah awal dimulai dengan melakukan observasi terhadap fenomena atau gejala yang terjadi disekitar area penelitian. Proses ini

dapat dilakukan dengan menelusuri literatur dan membandingkan dengan fakta dilapangan, seperti: seorang peneliti membaca literatur bahwa mangga sangat baik dikonsumsi setiap hari karena mengandung antioksidan yang tinggi.

b. Merumuskan Masalah

Rumusan masalah merupakan tahapan yang dilakukan untuk mengidentifikasi hal-hal apa saja yang akan diteliti, biasanya dibuat dalam bentuk kalimat tanya, contohnya: "Apakah mangga mengandung antioksidan yang tinggi?" dan "Berapa banyakkah kandungan antioksidan dalam 100 gram mangga?"

c. Hipotesis

Hipotesis merupakan dugaan sementara yang masih membutuhkan pembuktian secara ilmiah. Hipotesis terdiri dari 2 (dua) bagian, yakni hipotesis alternatif ( $H_a$ ) dan hipotesis nol ( $H_0$ ), contohnya:

- Hipotesis Nol ( $H_0$ ): Tidak ada kandungan antioksidan dalam satu kilogram mangga"
- Hipotesis Alternatif ( $H_a$ ): Ada kandungan antioksidan dalam satu kilogram mangga"

d. Melakukan Pengumpulan Dan Analisis Data

Memilih salah satu metode atau gabungan metode dalam menguji hipotesis, seperti metode eksperimen seorang peneliti akan membuat rancangan dan prosedur dalam proses pengumpulan data. Selain itu, semua kebutuhan dalam proses pengumpulan data dan lingkungan harus dibuat sesuai dengan kondisi lingkungan sebenarnya, sehingga faktor-fator yang akan menjadi perancu harus dikendalikan.

e. Menarik Kesimpulan

Dalam menarik kesimpulan, perlu dilihat kembali tujuan dan bandingkan dengan hasil penelitian serta hipotesis penelitian mana yang memenuhi hasil penelitian., Contoh: Mangga mengandung antioksidan, diantaranya: asam askorbat, karotenoid dan fenolik yang cukup tinggi. Kandungan asam askorbat bervariasi antara 11,5-134,5 mg/100 g. Kesimpulan tergantung pada apa yang menjadi tujuan peneliti.

## 2. Contoh Aplikasi Proses Keperawatan

Aplikasi proses keperawatan dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien, terdiri dari 5 (lima) tahapan/langkah, yaitu:

a. Pengkajian (*Assessment*)

- 1) Identitas Pasien: Nama, usia, jenis kelamin, alamat, pekerjaan, status pernikahan, dan sebagainya.
- 2) Riwayat Kesehatan: Keluhan utama, riwayat penyakit sebelumnya, riwayat pengobatan, riwayat alergi, riwayat keluarga, dan riwayat sosial.
- 3) Pemeriksaan Fisik: Pemeriksaan tanda vital (tekanan darah, suhu, nadi, dan laju pernapasan), serta pemeriksaan fisik umum dan khusus sesuai keluhan utama.
- 4) Pengkajian Psikososial: Status mental, emosional, dukungan keluarga, kondisi sosial, dan status spiritual.

b. Diagnosa (*Nursing Diagnosis*)

Berdasarkan SDKI (Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia) atau NANDA (North American Nursing Diagnosis Association):

- 1) Contoh diagnosa: Nyeri akut berhubungan dengan trauma jaringan sekunder terhadap kecelakaan.
- 2) Diagnosa lain: Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot akibat imobilitas.

c. Perencanaan (*Planning*)

Berdasarkan diagnosa, tujuan dan kriteria hasil yang spesifik dan dapat diukur dibuat. Tujuan dapat menggunakan SLKI (Standar Luaran Keperawatan Indonesia) atau NOC (*Nursing Outcome Classification*).

- 1) Tujuan: Pasien akan melaporkan penurunan intensitas nyeri dalam 2 hari.
- 2) Kriteria Hasil: Nyeri berkurang menjadi skala 2 dari skala 5 dalam 24 jam, mobilitas fisik meningkat dalam 3 hari.

d. Implementasi (*Implementation*)

Rencana intervensi keperawatan dilakukan, dapat merujuk ke SIKI (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia) atau NIC (*Nursing Interventions Classification*).

- e. Intervensi untuk Nyeri:
  - 1) Lakukan tindakan non-farmakologis (teknik relaksasi atau kompres hangat/dingin).
  - 2) Kolaborasi dengan dokter untuk pemberian analgetik jika diperlukan.
  - 3) Monitor respons pasien terhadap tindakan.
- f. Intervensi untuk Gangguan Mobilitas:
  - 1) Bantu pasien melakukan mobilisasi ringan secara bertahap.
  - 2) Berikan edukasi kepada pasien tentang latihan yang aman dan bermanfaat.
  - 3) Kolaborasi dengan fisioterapis jika dibutuhkan.
- g. Evaluasi
  - 1) Evaluasi efektivitas asuhan keperawatan terhadap pencapaian tujuan dan kriteria hasil yang telah ditetapkan.
  - 2) Apakah skala nyeri menurun? Apakah mobilitas fisik pasien membaik?
  - 3) Apabila hasil belum tercapai, rencana asuhan keperawatan bisa dimodifikasi atau ditingkatkan sesuai kebutuhan pasien.

Contoh ini mengikuti proses asuhan keperawatan yang sistematis dan terstruktur, sesuai standar SDKI, SIKI, SLKI, atau kerangka NANDA, NIC, NOC yang bisa dipilih sesuai kebutuhan atau panduan di fasilitas tempat bertugas.

## H. Latihan

1. Apa yang dimaksud dengan metode ilmiah:
  - A. Pendekatan dalam menyusun laporan penelitian yang sistematis
  - B. Pendekatan sistematis dalam memperoleh pengetahuan dengan langkah-langkah terstruktur
  - C. Merupakan teknik observasi yang digunakan dalam mencatat fenomena kehidupan sehari-hari
  - D. Suatu cara menciptakan teori baru melalui pengalaman
  - E. Suatu proses dalam mengidentifikasi masalah penelitian
2. Tujuan dari proses keperawatan adalah:
  - A. Menyediakan data penelitian dalam memecahkan masalah klinis
  - B. Memastikan kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan pada klien

- C. Memberikan asuhan berkualitas yang holistik dengan pendekatan terstruktur
  - D. Menghasilkan pengetahuan yang dapat diandalkan terkait dengan kesehatan masyarakat
  - E. Mengembangkan inovasi di bidang keperawatan
3. Tahapan yang bukan merupakan langkah dari proses keperawatan adalah:
- A. Pengkajian
  - B. Diagnosis
  - C. Implementasi
  - D. Hipotesis
  - E. Evaluasi
4. Karakteristik berikut merupakan bagian dari metode ilmiah adalah:
- A. Sistematis dan terukur
  - B. Berbasis bukti
  - C. Adaptif dan kolaboratif
  - D. Objektif dan dapat direplikasi
  - E. Fleksibel
5. Salah satu keterbatasan dari proses keperawatan adalah:
- A. Tergantung pada data
  - B. Beban kerja tenaga keperawatan
  - C. Hanya dapat digunakan pada kontek sklinis
  - D. Sulit diukur secara kuantitatif
  - E. Tergantung pada hipotesa

Kunci Jawaban:

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

## **I. Rangkuman**

### **1. Definisi**

- a. Metode Ilmiah adalah Metode ilmiah adalah pendekatan sistematis untuk memperoleh pengetahuan melalui langkah-langkah terstruktur yang dapat diterapkan dalam penelitian maupun praktik sehari-hari, membantu mencapai hasil yang valid dan dapat diandalkan.
- b. Proses Keperawatan adalah Proses keperawatan adalah metode sistematis yang digunakan perawat untuk memberikan asuhan berkualitas, terdiri dari pengkajian, diagnosis, perencanaan, implementasi, dan evaluasi, yang disesuaikan dengan kebutuhan pasien dan mendukung praktik berbasis bukti

### **2. Tujuan**

- a. Metode ilmiah bertujuan untuk memperoleh pengetahuan yang valid dan dapat diandalkan melalui pengujian dan analisis sistematis. Selain meningkatkan keterampilan berpikir kritis, metode ini memungkinkan penelitian yang dapat direplikasi dan mendorong inovasi untuk memecahkan masalah nyata, sehingga berkontribusi pada peningkatan kualitas hidup masyarakat.
- b. Tujuan proses keperawatan adalah memberikan asuhan yang berkualitas melalui langkah-langkah terstruktur, yaitu pengkajian, diagnosis, perencanaan, implementasi, dan evaluasi. Proses ini memastikan perawatan holistik yang responsif terhadap kebutuhan pasien, meningkatkan profesionalisme perawat, dan memfasilitasi kolaborasi antar tenaga kesehatan

### **3. Tahapan**

- a. Tahapan metode ilmiah, terdiri dari: perumusan masalah, kerang berpikir, metode penelitian, merumuskan hipotesa, mengumpulkan data, menguji hipotesa, analisa dta dan penarikan kesimpulan serta publikasi dan replikasi.
- b. Tahapan proses keperawatan, terdiri dari: pengkajian, menentukan diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi

### **4. Karakteristik**

- a. Karakteristik metode ilmiah: sistematis dan terukur, Objektivitas, Replikasi, Berbasis bukti, Fleksibilitas.

- b. Karakteristik proses keperawatan: pendekatan holistik, sistematis dan terstruktur, Berbasis bukti, Kolaboratif, dan adaptif.
- c. Persamaan metode ilmiah dengan proses keperawatan adalah: pendekatan sistematis, Berbasis bukti, memiliki tujuan memecahkan masalah.
- d. Sedangkan perbedaan metode ilmiah dengan proses keperawatan terletak pada: Fokus dan konteks, langkah-langkah yang diterapkan, hasil yang diharapkan.

## 5. Peran

- a. Peran metode ilmiah adalah mengidentifikasi masalah, mengumpulkan data, menganalisa data, mengambil keputusan dan implementasi solusi serta mengevaluasi dan uji coba.
- b. Peran proses keperawatan, diantaranya: mengidentifikasi masalah kesehatan, mendiagnosis, merencanaakan intervensi, melakukan intervensi dan mengevaluasi hasil.

## 6. Keterbatasan

- a. Keterbatasan metode ilmiah yakni: keterbatasan metode, ketergantungan pada data, pengaruh bias peneliti.
- b. Sedangkan keterbatasan proses keperawatan: variabilitas dalam penerapan, beban kerja dan sumber daya serta keterbatasan dalam dokumentasi.

## J. Glosarium

### Wajib Ada Bukan Opsional

Contoh:

- SDKI : Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia  
SIKI : Standar Intervensi Keperawatan Indonesia  
SLKI : Standar Luaran Keperawatan Indonesia  
NOC : *Nursing Objective Classification*  
NIC : *Nursing Interventions Classification*

## K. Daftar Pustaka

Aristoteles, A. (2024). Aplikasi proses pembelajaran mahasiswa keperawatan berbasis android. Sains Aplikasi Komputasi Dan Teknologi Informasi, 5(1), 32. <https://doi.org/10.30872/jsakti.v5i1.10362>

Anoesyirwan, A., Madiistriyatno, H., & Mutmainnah, S. (2020). Peningkatan kualitas manajemen publikasi ilmiah menggunakan metode agile. Adi

- Bisnis Digital Interdisiplin Jurnal, 1(2 Desember), 31-39.  
<https://doi.org/10.34306/abdi.v1i2.99>
- Barbara, Kozier dkk. 2010. Buku Ajar Fundamental Keperawatan. Jakarta : Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Coil, C. (2023). Pendidikan dan strategi pembelajaran dalam kurikulum 2013. Anthor Education and Learning Journal, 2(4), 516-521.  
<https://doi.org/10.31004/anthor.v2i4.191>
- Friska, A. (2019). Penerapan proses keperawatan dalam praktik keperawatan profesional.. <https://doi.org/10.31227/osf.io/4zur3>
- Faniashi, N., Astra, I., & Susanti, D. (2023). Model pembelajaran kolaboratif berbasis stem (science, technology, engineering, and mathematics) terhadap hasil belajar kognitif fisika peserta didik sma..  
<https://doi.org/10.21009/03.1102.pf42>
- Groot, K., Triemstra, M., Paans, W., & Francké, A. (2019). Quality criteria, instruments, and requirements for nursing documentation: a systematic review of systematic reviews. Journal of Advanced Nursing, 75(7), 1379-1393. <https://doi.org/10.1111/jan.13919>
- Handayani, S. and Dewi, T. (2019). Pelatihan penulisan karya ilmiah bagi guru-guru sekolah dasar untuk meningkatkan kompetensi profesionalisme guru. Aksiologiya Jurnal Pengabdian Kepada Masyarakat, 4(1), 70.  
<https://doi.org/10.30651/aks.v4i1.2602>
- Hapsari, E. (2023). Persepsi mahasiswa keperawatan terhadap profesionalisme keperawatan Indonesia: kajian literatur sistematis. Jurnal Kedokteran Meditek, 29(3), 348-361.  
<https://doi.org/10.36452/jkdoktmeditek.v29i3.2887>
- Istiningtyas, A. (2020). Analisis kepemimpinan dalam keperawatan di pelayanan gawat darurat. Jurnal Keperawatan Aisyiyah, 7(2), 27-34.  
<https://doi.org/10.33867/jka.v7i2.211>
- Jainurakhma, J. (2022). Penerapan metode asuhan keperawatan profesional: analisis motivasi terhadap optimalisasi kinerja perawat. Jurnal Ilmiah Kesehatan Media Husada, 11(2), 194-200.  
<https://doi.org/10.33475/jikmh.v11i2.298>
- Khoiroh, I. (2024). Analisis kebutuhan dalam pengembangan asesmen diagnostik literasi informasi mahasiswa dalam penulisan karya ilmiah. Jurnal Onoma Pendidikan Bahasa Dan Sastra, 10(1), 368-378.  
<https://doi.org/10.30605/onoma.v10i1.3082>
- Mekarisce, A. (2020). Teknik pemeriksaan keabsahan data pada penelitian

- kualitatif di bidang kesehatan masyarakat. Jurnal Ilmiah Kesehatan Masyarakat Media Komunikasi Komunitas Kesehatan Masyarakat, 12(3), 145-151. <https://doi.org/10.52022/jikm.v12i3.102>
- Muizudin, M. (2021). Penerapan strategi learning contract dalam meningkatkan hasil belajar siswa smp. Jurnal Educatio Fkip Unma, 7(2), 332-341. <https://doi.org/10.31949/educatio.v7i2.1014>
- Nurhaliza, S. (2019). Pelaksanaan proses diagnosa dalam asuhan keperawatan di rumah sakit.. <https://doi.org/10.31219/osf.io/thd9w>
- Nilasari, P., Saraswasta, I., Agustina, F., Ayu, V., Pratiwi, L., & Afriani, T. (2021). Upaya pengembangan sumber daya keperawatan melalui cpd (continuing professional development). Jurnal Kepemimpinan Dan Manajemen Keperawatan, 4(1). <https://doi.org/10.32584/jkmk.v4i1.936>
- Prabasari, N. (2021). Application of the role and function of nurses in nursing care for elderly with hypertension in the community (phenomenology study). Jurnal Keperawatan Malang, 6(2), 115-126. <https://doi.org/10.36916/jkm.v6i2.145>
- Patoding, S. (2022). Hubungan penerapan metode asuhan keperawatan profesional (makp) tim dengan kepuasan kerja perawat. MBJN, 1(2), 64-72. <https://doi.org/10.59183/mbjn.v1i2.16>
- [Pakpahan, A., Prasetio, A., Gurning, E., Situmorang, R., Sipayung, T., Sesilia, A., Purba, P., Chaerul, M., Siagian, Y., Rantung, G. \(2021\). Metodologi Penelitian Ilmiah. Yayasan Kita Menulis. Cetakan 1. ISBN:978-623-342-088-4.](#)
- Purba, M. (2019). Faktor-faktor yang berhubungan dengan pendokumentasian diagnosa keperawatan.. <https://doi.org/10.31227/osf.io/9cm32>
- Riswakhyuningsih, T. (2023). Membuat teka-teki silang (tts) hakikat ilmu sains dan metode ilmiah secara online melalui situs puzzlemaker. Ristek Jurnal Riset Inovasi Dan Teknologi Kabupaten Batang, 8(1), 35-46. <https://doi.org/10.55686/ristek.v8i1.154>
- Sujarwati, I., Azwandi, A., & Syafryadin, S. (2021). Pelatihan penggunaan aplikasi mendeley dalam pengelolaan sitasi dan referensi karya ilmiah. Jurnal Inovasi Pengabdian Masyarakat Pendidikan, 2(1), 1-15. <https://doi.org/10.33369/jurnalinovasi.v2i1.18303>
- Surya, D. and Afrizal, A. (2021). Efektifitas metode pembelajaran simulasi online terhadap kompetensi mahasiswa dalam perawatan berfokus

- keluarga. Jik Jurnal Ilmu Kesehatan, 5(1), 97.  
<https://doi.org/10.33757/jik.v5i1.382>
- Setiawan, B., Wardani, I., Juniarto, T., (2022). Ilmu Alamiah Dasar. Penerbit CV. Eureka Media Aksara. ISBN.978-623-5251-54-7
- Sodikin, S. (2015). Penerapan pembelajaran berbasis masalah melalui metode eksperimen dan demonstrasi ditinjau dari kemampuan menggunakan alat ukur dan sikap ilmiah siswa. Jurnal Ilmiah Pendidikan Fisika Al-Biruni, 4(2), 257-269.  
<https://doi.org/10.24042/jpifalbiruni.v4i2.97>
- Tamba, T. (2020). Pengaruh empowerment terhadap pengambilan keputusan asuhan keperawatan..  
<https://doi.org/10.31219/osf.io/rdb3g>
- Usman, D., Mujahidin, E., & Fath, A. (2021). Penerapan metode ceramah online dalam pembelajaran di masa pandemi covid-19. Ta Dibuna Jurnal Pendidikan Islam, 10(4), 496.  
<https://doi.org/10.32832/tadibuna.v10i4.5181>
- Wahyudi, I. (2020). Pengalaman perawat menjalani peran dan fungsi perawat di Puskesmas Kabupaten Garut. Jurnal Sahabat Keperawatan, 2(01), 36-43. <https://doi.org/10.32938/jsk.v2i01.459>
- Widayanti, L., Rahayu, W., Kala'lembang, A., & Fitria, V. (2022). Pengaruh budaya literasi melalui karya ilmiah siswa-siswi SMK mahardika malang karangploso. Jurnal Pengabdian Masyarakat, 3(1), 145-152.  
<https://doi.org/10.32815/jpm.v3i1.1222>
- Winahyu, K. (2023). Beyond citation counts: dampak penerbitan artikel terhadap pengembangan karir peneliti keperawatan. Jurnal Ilmiah Keperawatan Indonesia (Jiki), 6(2), 121.  
<https://doi.org/10.31000/jiki.v6i2.8259>
- Wahyudi, I. (2020). Pengalaman perawat menjalani peran dan fungsi perawat di puskesmas kabupaten garut. Jurnal Sahabat Keperawatan, 2(01), 36-43. <https://doi.org/10.32938/jsk.v2i01.459>
- Yusanto, Y. (2020). Ragam pendekatan penelitian kualitatif. Journal of Scientific Communication (Jsc), 1(1).  
<https://doi.org/10.31506/jsc.v1i1.7764>
- Zebua, E. (2023). Analisis kemampuan pemecahan masalah dengan model pembelajaran problem based learning di smp negeri 4 gunungsitoli selatan. edukasia, 4(2), 1741-1750.  
<https://doi.org/10.62775/edukasia.v4i2.493>



# BAB 4

## PENGKAJIAN KEPERAWATAN

### **Pendahuluan**

Proses keperawatan merupakan suatu cara yang digunakan sebagai pedoman perawat untuk mengatasi masalah klien dan bertujuan menghasilkan asuhan keperawatan yang berkualitas dengan menggunakan lima tahapan dalam proses keperawatan, yaitu pengkajian, diagnosis, perencanaan, implementasi dan evaluasi. Tahap pertama dalam proses keperawatan yaitu pengkajian. Bab ini menjelaskan tentang konsep pengkajian dalam keperawatan. Pengkajian merupakan tahap yang penting yaitu pengumpulan data yang akurat dari klien sehingga dapat terdeteksi jika ada permasalahan.

### **Tujuan Intruksional:**

Setelah menyelesaikan pembelajaran pada bab ini, diharapkan pembaca mampu memahami konsep dasar pengkajian dalam proses asuhan keperawatan.

### **Capaian Pembelajaran:**

Setelah menyelesaikan pembelajaran pada Bab ini, maka pembaca diharapkan mampu:

1. Menjelaskan pengertian pengkajian
2. Menyebutkan tujuan pengkajian
3. Menjelaskan langkah-langkah pengkajian
4. Menyebutkan jenis dan klasifikasi data
5. Menjelaskan sumber data dalam pengkajian
6. Menjelaskan metode pengumpulan data

## **Uraian Materi**

Pengkajian keperawatan dilakukan untuk mengumpulkan informasi dari berbagai sumber guna mendapatkan gambaran yang lengkap dan akurat mengenai kondisi yang dialami pasien. Pengkajian yang tepat akan memudahkan perawat dalam penegakan diagnosis keperawatan yang tepat dan akurat serta penentuan rencana keperawatan yang efektif. Pengkajian yang fokus dan komprehensif diperlukan untuk mendapatkan data yang lengkap.

### **A. Pengertian**

Pengkajian adalah proses pengumpulan data yang sistematis dan diperoleh dari berbagai sumber data untuk mengidentifikasi dan mengevaluasi status kesehatan klien (Kusnan *et al.*, 2019). Pengkajian yang komprehensif benar, dan sesuai dengan kenyataan sangat penting dalam perumusan diagnose keperawatan serta pemberian pelayanan keperawatan sesuai dengan standar praktik keperawatan dan ANA (*American Nurses Association*) (Handayaningsih, 2007 dalam Rahmi Upik, 2019).

Pengkajian menurut Kozier, et al. (2011) adalah suatu proses pengumpulan, validasi, pengaturan dan dokumentasi data yang sistematis dan berkesinambungan. Pengkajian dapat disebut sebagai proses berkesinambungan yang dilakukan sepanjang proses keperawatan. Pengkajian juga dapat diartikan sebagai langkah awal dalam suatu proses keperawatan untuk mengetahui berbagai permasalahan yang ada di klien dengan cara mengumpulkan data yang akurat (Hidayat, 2009).

### **B. Tujuan Pengkajian**

Pengkajian memiliki tujuan untuk menyusun data dasar tentang respon klien terhadap suatu masalah, kebutuhan serta masalah kesehatan klien. Selain itu Tujuan dari pengkajian yaitu untuk memberikan kesempatan kepada perawat dalam menilai kondisi pasien secara efektif kemudian merencanakan perawatannya. (Potter&Perry, 2009 ; Mustamu *et al.*, 2023).

### **C. Langkah-langkah pengkajian**

Langkah-langkah pengkajian keperawatan menurut Hidayat (2021) adalah Pengumpulan data, validasi data dan identifikasi pola atau masalah.

#### **1. Pengumpulan Data**

Pengumpulan data merupakan upaya untuk memperoleh dan mengumpulkan data yang digunakan sebagai sumber informasi tentang klien. Data tersebut berisi tentang data yang berhubungan dengan

masalah klien, data tentang bisa psikososio kultural dan spiritual, dan faktor-faktor yang berhubungan dengan klien serta data tentang lingkungan maupun keluarga (Hidayat, 2009). Pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan format yang disesuaikan dengan kebutuhan klien, contoh: format data dasar, *flowsheet*, format data fungsional dan format catatan masuk (Rahmi Upik, 2019).

a. Jenis dan Klasifikasi Data Keperawatan

Beberapa jenis dan klasifikasi data keperawatan menurut Kusnan *et al.*, (2019) dan Mustamu *et al.* (2023) meliputi:

1) Jenis data

Beberapa jenis data pada pengkajian keperawatan, yaitu:

a) Data Subyektif adalah data yang diperoleh langsung dari klien yang merupakan pendapat dari suatu kejadian dan situasi. Perawat memperoleh data subyektif sebagai informasi melalui komunikasi atau interaksi dengan klien atau wawancara. Contoh: nyeri yang dirasakan klien, kelemahan.

b) Data Obyektif adalah data yang diperoleh melalui proses ukur atau observasi oleh perawat. Informasi mengenai data ini dapat diperoleh melalui "Senses" 2S (smell, sight) dan HT (Hearing dan Taste atau Touch) selama proses pemeriksaan fisik.

c) Data Primer

Data primer merupakan data yang diperoleh secara langsung dari pasien atau keluarganya. Data yang termasuk ke dalam data primer adalah data subjektif dan objektif

d) Data Sekunder

Data sekunder merupakan data yang didapat dari catatan medis, catatan keperawatan sebelumnya dan data laboratorium. Informasi mengenai keadaan kesehatan pasien yang lengkap dapat perawat dapatkan melalui data sekunder ini.

e) Data Masalah

Data masalah merupakan data yang digunakan dalam penegakan diagnosis keperawatan yang tepat. Data ini merupakan data yang menunjukkan gambaran masalah kesehatan yang dialami pasien seperti infeksi atau luka.

2) Klasifikasi Data

Klasifikasi data menurut Mustamu *et al.* (2023) adalah sebagai berikut:

a) Data fisik

Data fisik seperti tekanan darah suhu tubuh

b) Data Psikososial

Data psikososial mencakup informasi tentang kondisi psikologis dan social pasien seperti dukungan social atau stres

c) Data Fungsional

Data ini mencakup informasi tentang kemampuan pasien dalam melakukan kegiatan sehari-hari seperti berjalan atau mandi.

3) Karakteristik Data

Karakteristik dalam pengumpulan data yaitu:

a) Nyata dan Akurat

b) Relevan

c) Lengkap

b. Sumber data dalam pengkajian

Beberapa sumber data dalam pengkajian keperawatan menurut Mustamu et al., (2023) yaitu:

1) Pasien

Sumber data yang utama dalam pengkajian keperawatan berasal dari pasien. Data didapatkan melalui wawancara secara langsung dengan pasien, keluhan utama, riwayat kesehatan pasien, riwayat pengobatan sebelumnya, riwayat keluarga dan riwayat social.

2) Keluarga pasien

Data tentang riwayat kesehatan, pola hidup, dukungan social serta pola hidup dapat juga diberikan oleh keluarga pasien. Khususnya jika data tersebut tidak dapat diperoleh dari pasien secara langsung karena ketidakmampuannya dalam memberikan informasi.

3) Catatan Medis

Sumber data lain yang penting dalam pengkajian keperawatan adalah catatan medis pasien. Catatan ini seperti catatan dokter, catatan keperawatan dan radiologi. Data yang diperoleh dalam catatan medis ini menunjukkan tentang gambaran diagnosis, rencana perawatan serta hasil pemeriksaan sebelumnya.

4) Hasil Pemeriksaan radiologi dan laboratorium

Data mengenai kondisi pasien yang tidak didapat melalui pemeriksaan fisik atau wawancara adalah data hasil pemeriksaan radiologi dan laboratorium seperti hasil tes darah dapat menunjukkan informasi tentang kadar enzim hati, kadar glukosa darah atau fungsi ginjal

c. Metode Pengumpulan Data

Beberapa metode yang dapat digunakan untuk mendapatkan data menurut Kozier *et al.* (2011) dan Rahmi Upik (2019) yaitu:

1) Komunikasi efektif (wawancara)

Komunikasi efektif dalam keperawatan lebih dikenal dengan komunikasi terapeutik. Perawat harus siap menjadi pendengar yang baik, pendengar yang aktif dan tanggap terhadap setiap keluhan dari klien. Syarat agar data yang didapatkan merupakan data yang baik adalah memperkenalkan diri, menjelaskan maksud dan tujuan wawancara, menjaga kontak mata, tenang dan tidak tergesa-gesa saat pengajian serta tetap menjaga kerahasiaan klien.

2) Observasi

Tahap kedua dari pengumpulan data yaitu observasi. Perawat mengamati setiap kondisi kesehatan pasien dan mengamati perilaku klien. Kegiatan observasi ini mencakup aspek fisik, spiritual, mental dan sosial. Kegiatan dari observasi terdiri dari *sight, feeling, healing, taste dan hearing*.

3) Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik merupakan suatu proses inspeksi tubuh dan sistem tubuh untuk memastikan ada atau tidaknya penyakit berdasarkan hasil laboratorium dan pemeriksaan fisik. Tujuan utama dari pemeriksaan fisik pada klien adalah untuk mengidentifikasi masalah dan menentukan status kesehatan klien serta mengambil data dasar sebagai acuan dalam penentuan rencana keperawatan. Pemeriksaan fisik dilakukan dengan menggunakan empat metode, yaitu inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi.

## 2. Validasi Data

Validasi merupakan tindakan memeriksa kembali data yang diperoleh untuk memastikan bahwa data yang telah diperoleh perawat adalah factual dan akurat. Kegiatan yang dilakukan pada tahap ini adalah

membandingkan data yang telah dikumpulkan (data subjektif dan objektif) dengan standar nilai normal (Kozier *et al.*, 2011; Hidayat A.A, 2021).

Perawat sangat terbantu dalam pelaksanaan tugasnya dengan adanya validasi data ini. Tugas tersebut adalah sebagai berikut:

- a. Menunjukkan kepastian adanya kesesuaian dan saling berhubungan antara data objektif dan subjektif
- b. Menunjukkan kepastian kelengkapan data yang diperoleh
- c. Mendapatkan tambahan informasi lain yang mungkin tidak terkaji (terlewati)
- d. Mampu membedakan antara kesimpulan dan petunjuk.
- e. Menghindari adanya kesalahan dalam mengikuti petunjuk dan melompat pada kesimpulan (Kozier *et al.*, 2011)

### 3. Identifikasi pola/Masalah

Identifikasi pola atau masalah merupakan kegiatan terakhir dalam pengkajian setelah validasi data dilakukan. Kegiatan identifikasi pola/masalah (Hidayat A.A, 2021)

## D. Latihan Soal

1. Sebutkan tahapan dari proses keperawatan!

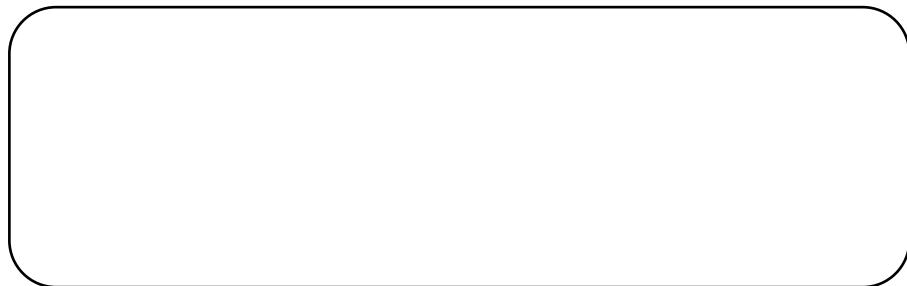


2. Jelaskan pengertian dari pengkajian keperawatan



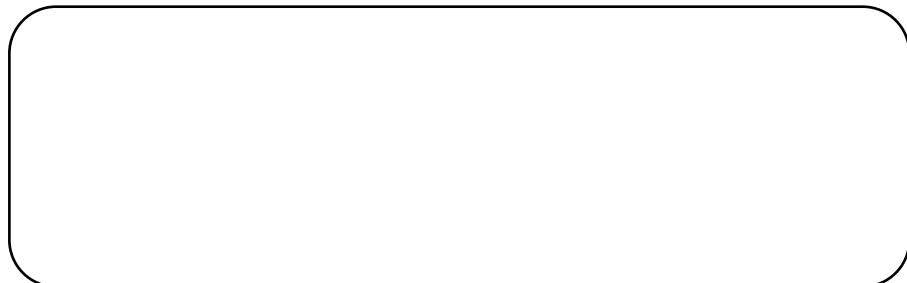
3. Apakah tujuan dari pengkajian keperawatan?

**Jawaban:**



4. Sebutkan langkah-langkah dari pengkajian keperawatan!

**Jawaban:**



5. Jelaskan metode yang digunakan untuk pemeriksaan fisik!

**Jawaban:**



6. Sebut dan jelaskan macam-macam sumber data dalam pengkajian!

**Jawaban:**



## **E. Rangkuman**

1. Pengkajian adalah proses pengumpulan data yang sistematis dan diperoleh dari berbagai sumber data untuk mengidentifikasi dan mengevaluasi status kesehatan klien
2. Langkah-langkah dalam pengkajian ada 3, yaitu Pengumpulan data, validasi data dan identifikasi pola/masalah
3. Jenis-jenis data pada pengkajian keperawatan yaitu Data subyektif, data obyektif, data primer, data sekunder, data masalah.
4. Klasifikasi data menurut Mustamu *et al.* (2023) adalah Data fisik, data psikososial, data fungsional
5. Sumber data pengajian ada 4, yaitu Pasien, keluarga pasien, catatan medis, hasil pemeriksaan radiologi dan laboratorium

## **F. Glosarium**

ANA : *American Nurses Association*

## **G. Daftar Pustaka**

- Hidayat Azis Alimul. (2009). *Pengantar Konsep Dasar keperawatan* (edisi 2). Jakarta:Salemba Medika.
- Hidayat Aziz Alimul. (2021). *Proses Keperawatan Pendekatan NANDA, NIC, NOC, SDKI*(1st ed.). Surabaya: Health Books Publishing.
- Kozier, Erb, Berman, S. (2011). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan Konsep, Proses dan Praktik Alih bahasa* (Edisi 7 Vo). Jakarta:EGC.
- Kusnan Adius, Rangki La, Al. L. O. (2019). *Physical Assesment dan Dokumentasi Keperawatan* (1st ed.). Jakarta:CV. Sagung Seto.
- Mustamu Alva, Fabanyo Rizqi Alvian, Moberen Oktovina, D. R. F. (2023). *Buku Ajar Metodologi Keperawatan* (M. Nasrudin (ed.); 1st ed.). Pekalongan:NEM.
- Potter&Perry. (2009). *Fundamentals of Nursing Fundamental Keperawatan Buku 1 Edisi 7*. Jakarta: Salemba Medika
- Rahmi Upik. (2019). *Dokumentasi Keperawatan* (Bunga Sari Fatmawati (ed.); cetakan 1). Jakarta: Bumi medika.

# BAB 5

## DIAGNOSIS KEPERAWATAN

### Pendahuluan

Perkuliahan ini memberikan kesempatan bagi mahasiswa untuk memperluas wawasannya tentang penggunaan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI). Setelah menempuh matakuliah ini mahasiswa diharapkan dapat memahami dan menerapkan diagnosis keperawataan pada tatanan layanan kesehatan pada praktik klinik keperawatan. Selain itu, matakuliah ini mengkaji dan mendiskusikan konsep-konsep diagnosis keperawatan. Kajian diawali dengan pengertian, tujuan, klasifikasi dan perbedaan diagnosis medik. Dalam matakuliah ini juga dikaji dan didiskusikan jenis diagnosis keperawatan, komponen diagnosis keperawatan dan proses penegakan diagnosis keperawatan. Pembelajaran disajikan sebagaimana besar melalui contextual teaching and learning dengan mengungkap fakta-fakta (studi kasus) yang ditemukan dalam kehidupan sehari-hari, antara lain melalui ceramah, tanya jawab, penugasan dan diskusi kelompok.

### Tujuan Intruksional:

Bahan ajar ini merupakan bagian dari bahan ajar pada mata kuliah Metodologi Keperawatan pada Program Studi D3 dan D4 Keperawatan yang disusun dengan tujuan untuk memudahkan mahasiswa dalam memahami dan menerapkan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) yang dianggap sulit oleh sebagian besar mahasiswa.

### Capaian Pembelajaran:

7. Mahasiswa mampu memahami pengertian, tujuan, klasifikasi diagnosis keperawatan dan bedanya dengan diagnosis medik
8. Mahasiswa mampu memahami jenis, komponen dan proses perumusan diagnosis keperawatan
9. Mahasiswa mampu merumuskan diagnosis keperawatan berdasarkan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI)

## **Uraian Materi**

Setelah selesai melakukan tahap pengkajian keperawatan dimana data dasar telah terkumpul, tahap berikutnya yang dilakukan adalah tahap diagnosis keperawatan. Proses keperawatan pada tahap ini adalah membentuk kesimpulan diagnosis yang akan menentukan pelayanan keperawatan yang akan diterima oleh klien. Beberapa kesimpulan akan menunjukkan ke satu arah diagnosis keperawatan. Kesimpulan diagnosis keperawatan meliputi masalah yang ditangani oleh perawat (masalah keperawatan) dan masalah yang memerlukan penanganan dari beberapa disiplin (masalah kolaborasi). Berdasarkan peraturan menteri kesehatan Republik Indonesia nomor 40 tahun 2017 menyatakan bahwa salah satu kompetensi perawat adalah merumuskan diagnosis keperawatan. Oleh karena itu, capaian pembelajaran mata kuliah ini disesuaikan dengan bahan ajar, yaitu: mampu menerapkan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI).

### **A. Pengertian**

Diagnosis keperawatan adalah suatu pernyataan yang menjelaskan respons manusia (status kesehatan atau resiko perubahan pola) dari individu atau kelompok, dimana perawat secara akontabilitas dapat mengidentifikasi dan memberikan intervensi secara pasti untuk menjaga status kesehatan menurunkan, membatasi, mencegah, dan merubah. Diagnosis keperawatan adalah keputusan klinis mengenai seseorang, keluarga, atau masyarakat sebagai akibat dari masalah kesehatan atau proses kehidupan yang aktual atau potensial. Diagnosis keperawatan merupakan dasar dalam penyusunan rencana tindakan asuhan keperawatan. Diagnosis keperawatan sejalan dengan diagnosis medis sebab dalam mengumpulkan data-data saat melakukan pengkajian keperawatan yang dibutuhkan untuk menegakkan diagnosis keperawatan ditinjau dari keadaan penyakit dalam diagnosis medis.

*North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA) menyatakan bahwa diagnosis keperawatan adalah penilaian klinis mengenai respon manusia terhadap kondisi kesehatan/proses kehidupan, atau kerentanan terhadap respons tersebut, yang diketahui pada individu, pengasuh, keluarga, kelompok, atau komunitas. Diagnosis keperawatan memberikan dasar pemilihan intervensi keperawatan untuk mencapai hasil yang dapat dipertanggungjawabkan oleh perawat (disetujui pada Konferensi NANDA; diubah pada tahun 2009, 2013, dan 2019). Menurut Persatuan Perawat Nasional Indonesia atau PPNI (2016), diagnosis keperawatan adalah bagian vital dalam menentukan asuhan keperawatan yang sesuai untuk membantu

klien mencapai kesehatan yang optimal. Perawat diharapkan memiliki rentang perhatian yang luas, baik pada pasien yang sakit maupun sehat. Respon-respon tersebut merupakan reaksi terhadap masalah Kesehatan dan proses kehidupan yang dialami klien.

## B. Tujuan

Tujuan penyusunan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI), dapat dibagi 3 (tiga), yaitu:

### 4) Bagi Pelayanan Keperawatan

- f) Menjadi acuan penegakan diagnosis keperawatan
- g) Meningkatkan otonomi perawat
- h) Memudahkan komunikasi intraprofesional
- i) Meningkatkan mutu asuhan keperawatan
- j) Mengukur beban kerja dan reward perawat

### 5) Bagi Penelitian Keperawatan

Memperluas area penelitian keperawatan, dalam artian diagnosis keperawatan merupakan kumpulan Fenomena Keperawatan yang dapat menjadi fokus penelitian. Penelitian yang dapat dikembangkan, seperti:

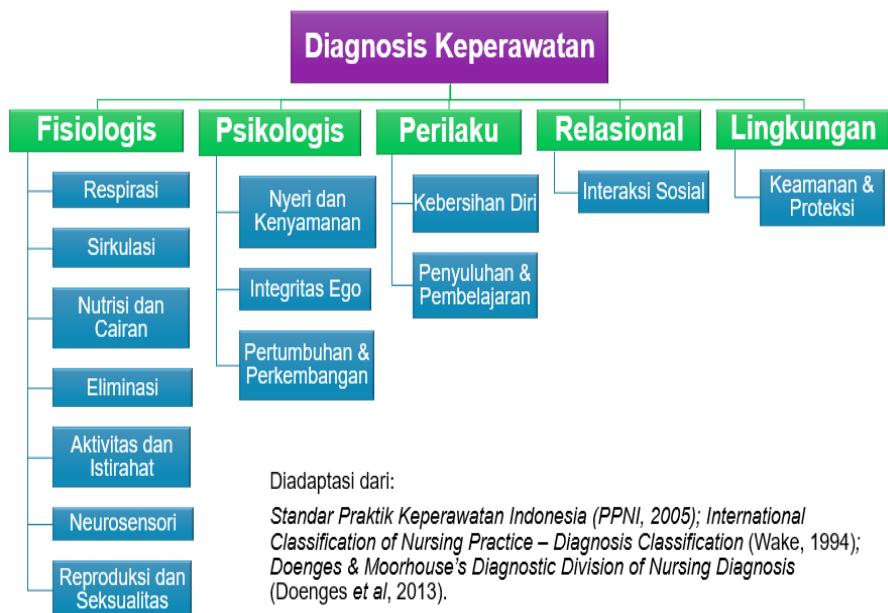
- a. Penelitian epidemiologis
- b. Uji validitas dan uji sensitivitas/spesifitas
- c. Penelitian eksperimental

### 6) Bagi Pendidikan Keperawatan

Mengarahkan dan menguatkan proses pembelajaran pada pendidikan keperawatan karena diagnosis keperawatan merupakan kumpulan konsep inti dalam praktik keperawatan yang dapat menjadi fokus pembelajaran. Selain itu, diagnosis keperawatan mengarahkan peserta didik dan pendidik keperawatan dalam mempelajari konsep-konsep dasar untuk dapat memahami konsep inti.

## C. Pengelompokan Diagnosis Keperawatan

Menurut Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI) tahun 2016, *International Council of Nurses* (ICN) membagi diagnosis keperawatan menjadi lima kategori, yaitu: fisiologis, psikologis, perilaku, relasional dan lingkungan. Kategori dan subkategori diagnosis keperawatan yang dimaksud dapat dilihat pada skema sebagai berikut:



**Gambar 5.1 Skema: Klasifikasi Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI)**

#### D. Perbedaan Diagnosis Keperawatan dengan Diagnosis Medik

Untuk membedakan antara diagnosis keperawatan dengan diagnosis medik dapat dilihat pada tabel berikut:

**Tabel 5.1 Perbedaan Diagnosis Keperawatan dengan Diagnosis Medik**

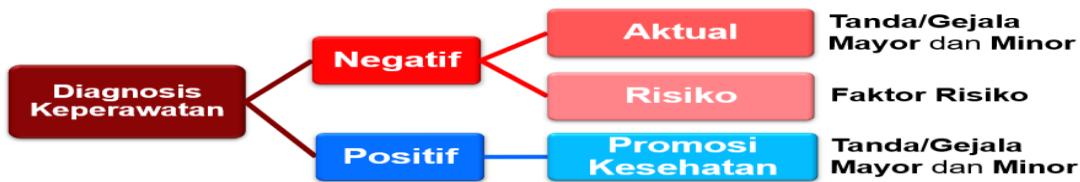
Diagnosis Medis	Diagnosis Keperawatan
Fokus: Faktor-faktor pengobatan penyakit	Fokus: reaksi/respon klien terhadap tindakan keperawatan dan tindakan medis/lainnya
Orientasi: keadaan patologis	Orientasi: kebutuhan dasar individu
Cenderung tetap, mulai sakit sampai sembuh	Berubah sesuai perubahan respon klien
Mengarah pada tindakan medis yang sebagian dilimpahkan kepada perawat	Mengarah pada fungsi mandiri perawat dalam melaksanakan tindakan dan evaluasinya

Sumber: Hidayat (2002)

#### E. Jenis Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan dibagi menjadi dua jenis, yaitu: diagnosis negatif dan diagnosis positif. Diagnosis negatif menunjukkan bahwa klien dalam kondisi sakit atau berisiko mengalami sakit sehingga penegakan

diagnosis ini akan mengarahkan pemberian intervensi keperawatan yang bersifat penyembuhan, pemulihan dan pencegahan. Diagnosis ini terdiri dari diagnosis aktual dan diagnosis risiko. Sedangkan diagnosis positif menunjukkan bahwa pasien dalam kondisi sehat dan dapat mencapai kondisi yang lebih sehat atau optimal. Diagnosis ini juga disebut dengan diagnosis promosi Kesehatan.



Diadaptasi dari:  
*Standar Praktik Keperawatan Indonesia (PPNI, 2005); International Classification of Nursing Practice – Diagnosis Classification (ICNP, 2015)*

**Gambar 5.2 Skema: Jenis Diagnosis Keperawatan**

Jenis-jenis diagnosis keperawatan dapat diuraikan sebagai berikut:

1. Diagnosis aktual

Diagnosis ini menggambarkan respon klien terhadap kondisi kesehatan atau proses kehidupannya yg menyebabkan klien mengalami masalah kesehatan. Tanda/gejala mayor dan minor dapat ditemukan dan divalidasi pada klien

**Rumus: PES (Problem+Etiologi+ Sign/Sympton)**

2. Diagnosis risiko

Diagnosis ini menggambarkan respon klien terhadap kondisi kesehatan atau proses kehidupannya yang dapat menyebabkan klien berisiko mengalami masalah kesehatan. Tidak ditemukan tanda/gejala mayor dan minor pada klien, namun klien memiliki faktor risiko mengalami masalah kesehatan.

**Rumus: PE (Problem+Etiologi)**

3. Diagnosis promosi Kesehatan

Diagnosis ini menggambarkan adanya keinginan dan motivasi klien untuk meningkatkan kondisi kesehatannya ke tingkat yang lebih baik atau optimal. Tanda/gejala mayor dan minor dapat ditemukan.

**Rumus: PS (Problem+Sign/Sympton)**

## F. Komponen Diagnosis Keperawatan

Komponen diagnosis keperawatan terdiri dari dua label, yaitu: masalah, indikator diagnosis. Kedua komponen ini dapat diuraikan sebagai berikut:

### 1. Masalah

Masalah menggambarkan inti dan respon pasien terhadap kondisi kesehatan. Masalah merupakan label diagnosis keperawatan yang menggambarkan inti dari respon klien terhadap kondisi Kesehatan atau proses kehidupan. Label diagnosis ini terdiri dari Deskriptor atau penjelasan dan Fokus Diagnostik.

**Tabel 5.2 Deskriptor dan Fokus Diagnostik Pada Diagnosis Keperawatan**

Fokus Diagnostik	
Deskriptor	
Tidak efektif	Bersihkan jalan nafas
Gangguan	Pertukaran gas
Penurunan	Curah jantung
Intoleransi	Aktivitas
Defisit	Pengetahuan

Sumber: PPNI (2016)

Deskriptor merupakan pernyataan yang menjelaskan bagaimana suatu focus diagnostik terjadi. Beberapa deskriptor yang digunakan dalam diagnosis keperawatan diuraikan pada tabel berikut:

**Tabel 5.3 Deskriptor dan Definisi Deskripto Pada Diagnosis Keperawatan**

No	Deskriptor	Definisi
1	Defisit	Tidak cukup, tidak adekuat
2	Disfungsi	Tidak berfungsi secara normal
3	Efektif	Menimbulkan efek yg diinginkan
4	Gangguan	Mengalami hambatan atau kerusakan
5	Lebih	Berada di atas nilai normal atau yg diperlukan
6	Penurunan	Berkurang baik dlm ukuran, jumlah maupun derajat
7	Rendah	Berada di bawah nilai normal atau yg diperlukan
8	Tidak efektif	Tidak menimbulkan efek yg diinginkan

Sumber: PPNI (2016)

## 2. Indikator diagnostik

Indikator diagnostik terdiri dari penyebab, tanda/gejala dan faktor risiko dengan uraian sebagai berikut:

- a. Penyebab (Etiologi) merupakan faktor-faktor yang mempengaruhi perubahan status kesehatan. Etiologi dapat mencakup 4 kategori, yaitu:
  - 1) Fisiologi, biologis dan psikologis
  - 2) Efek terapi/tindakan
  - 3) Situasional (lingkungan atau personal)
  - 4) Maturasional
- b. Tanda (sign) & gejala (sympton). Tanda merupakan data objektif yang diperoleh dari hasil pemeriksaan fisik, laboratorium dan prosedur diagnostik. Sedangkan gejala merupakan data subjektif yang diperoleh dari hasil anamnesis. Tanda dan gejala dikelompokkan dalam dua kategori, yaitu:
  - 1) Mayor: tanda/gejala ditemukan 80-100% utk validasi diagnosis
  - 2) Minor: Tanda/gejala tdk harus ditemukan, namun jika ditemukan dpt mendukung penegakan diagnosis
- c. Faktor risiko merupakan kondisi atau situasi yang dapat meningkatkan kerentanan klien dalam mengalami masalah kesehatan.

## **G. Proses Penegakan Diagnosis Keperawatan**

Proses penegakan diagnosis atau mendiagnosis merupakan suatu proses yang sistematis yang terdiri atas tiga tahap, yaitu: analisis data, identifikasi masalah dan perumusan diagnosis. Pada perawat yang telah berpengalaman, proses ini dapat dilakukan secara simultan, namun pada perawat yang belum memiliki pengalaman yang memadai maka perlu melakukan latihan dan pembiasaan untuk melakukan proses penegakan diagnosis secara sistematis. Berikut proses penegakan diagnosis keperawatan:

### **1. Analisis data**

Analisis data dilakukan dengan membandingkan data normal dan pengelompokan data. Data-data yang didapatkan dari pengkajian dibandingkan dengan nilai-nilai normal dan identifikasi tanda/gejala yang bermakna. Selanjutnya, tanda/gejala yang bermakna dikelompokkan berdasarkan pada kebutuhan dasar yang meliputi: respiration, sirkulasi, nutrisi/cairan, eliminasi, aktivitas/istirahat, neurosensori, reproduksi/ seksualitas, nyeri/kenyamanan, integritas ego, pertumbuhan/ perkembangan, kebersihan diri, penyuluhan/pembelajaran, interaksi sosial, dan keamanan/ proteksi. Proses pengelompokan data dapat dilakukan baik secara induktif maupun deduktif. Secara induktif dengan memilih data sehingga membentuk sebuah pola, sedangkan secara deduktif dengan menggunakan kategori pola kemudian mengelompokan data sesuai kategorinya.

### **2. Identifikasi masalah**

Identifikasi masalah dilakukan dengan merujuk pada label diagnosis. Setelah data dianalisis, perawat dan klien bersama-sama mengidentifikasi masalah actual, risiko dan/atau promosi Kesehatan. Pernyataan masalah Kesehatan merujuk ke label diagnosis keperawatan.

### **3. Perumusan diagnosis keperawatan**

Perumusan diagnosis keperawatan disesuaikan dengan jenis diagnosis keperawatan. Perumusan atau penulisan diagnosis disesuaikan dengan jenis diagnosis keperawatan. Terdapat dua metode perumusan diagnosis, yaitu:

a. Penulisan Tiga Bagian (*Three Part*)

Metode penulisan ini terdiri atas Masalah, Penyebab dan Tanda/Gejala. Metode penulisan ini hanya dilakukan pada diagnosis aktual, dengan formulasi sebagai berikut:

Masalah berhubungan dengan Penyebab dibuktikan dengan  
Tanda/Gejala

**Contoh:**

Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan spasme jalan nafas dibuktikan dengan batuk tidak efektif, sputum berlebih, mengi, dispnea, gelisah.

b. Penulisan Dua Bagian (Two Part)

Metode penulisan ini dilakukan pada diagnosis risiko dan diagnosis promosi kesehatan, dengan formulasi sebagai berikut:

1) Diagnosis risiko

Masalah dibuktikan dengan Faktor Risiko

**Contoh:**

Risiko aspirasi dibuktikan dengan tingkat kesadaran menurun

2) Diagnosis promosi Kesehatan

Masalah dibuktikan dengan Tanda/Gejala

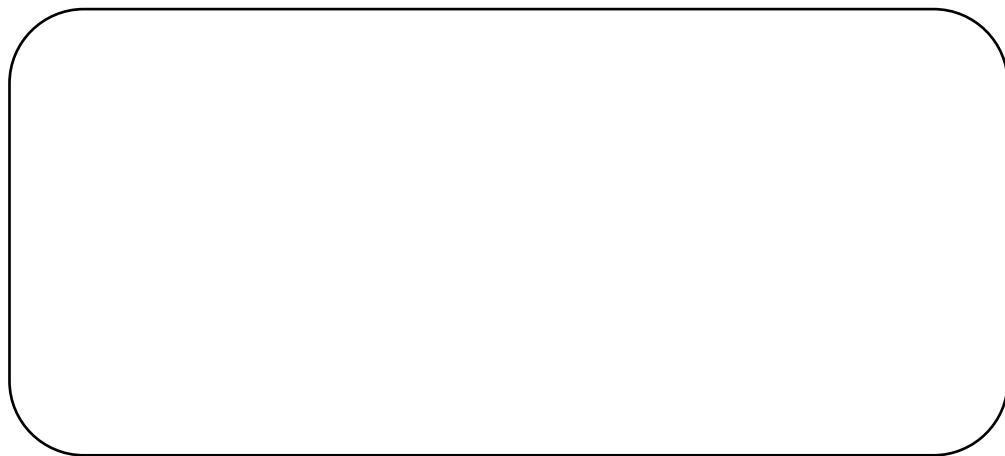
**Contoh:**

Kesiapan peningkatan eliminasi urin dibuktikan dengan pasien ingin meningkatkan eliminasi, jumlah dan karakteristik urin normal.

#### **H. Latihan Soal**

7. Jelaskan pengertian dan tujuan diagnosis keperawatan!

**Jawaban:**



8. Apakah perbedaan antara diagnosis keperawatan dengan diagnosis medis?

**Jawaban:**



9. Jelaskan jenis-jenis diaganosis keperawatan!

**Jawaban:**

10. Jelaskan komponen diaganosis keperawatan!

**Jawaban:**

11. Jelaskan langkah-langkah perumusan diaganosis keperawatan!

**Jawaban:**

12. Kasus:

Perempuan berusia 68 tahun dirawat di Ruang Perawatan intermediate dengan keluhan sesak napas dan mudah lelah. Riwayat hipertensi sejak 20 tahun yang lalu dan riwayat infark miokard 10 tahun yang lalu, tekanan darah 160/100 mmHg, frekuensi nadi 98 x/menit, frekuensi napas 24 x/menit, distensi vena jugularis, terdengar ronchi dan edema ekstremitas +2, sianosis, CRT >3 detik.

**Pertanyaan:**

Apa diagnosis keperawatan pada kasus tersebut?

**Jawaban:**

## I. Rangkuman Materi

1. Diagnosis keperawatan adalah keputusan klinik tentang respon individu, keluarga dan masyarakat tentang masalah kesehatan aktual atau potensial, sebagai dasar seleksi intervensi keperawatan untuk mencapai tujuan asuhan keperawatan sesuai dengan kewenangan perawat.
2. Diagnosis keperawatan dibagi menjadi dua jenis, yaitu: diagnosis negatif dan diagnosis positif. Diagnosis negatif menunjukkan bahwa klien dalam kondisi sakit atau berisiko mengalami sakit sehingga penegakan diagnosis ini akan mengarahkan pemberian intervensi keperawatan yang bersifat penyembuhan, pemulihan dan pencegahan. Diagnosis ini terdiri dari diagnosis aktual dan diagnosis risiko. Sedangkan diagnosis positif menunjukkan bahwa pasien dalam kondisi sehat dan dapat mencapai kondisi yang lebih sehat atau optimal.
3. Proses penegakan diagnosis atau mendiagnosis merupakan suatu proses yang sistematis yang terdiri atas tiga tahap, yaitu: analisis data, identifikasi masalah dan perumusan diagnosis.

## **J. Glosarium**

- SDKI : Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia  
NANDA : *North American Nursing Diagnosis Association*  
PPNI : Persatuan Perawat Nasional Indonesia  
ICN : *International Council of Nurses (ICN)*  
PES : *Problem+Etiologi+ Sign/Sympton*  
PE : *Problem+Etiologi*  
PS : *Problem+Sign/Sympton*

## **K. Daftar Pustaka**

- Hadinata, D. & Abdillah, A.J. (2022). Metodologi Keperawatan. Bandung: Widina Bhakti Persada.
- Hanyaningsih, I. (2009). Dokumentasi Keperawatan Panduan,Konsep dan Aplikasi. Jogyakarta: Mitra Cendikia
- Hidayat, A.A.A. (2002). Pengantar Dokumentasi Proses Keperawatan. Jakarta: EGC.
- Hutahaean, S. (2010).Konsep dan Dokumentasi Proses Keperawatan.Jakarta: Trans Info Media
- Potter, P.A. & Perry, A.G. (2010). Fundamental of Nursing, Buku 1, Edisi 7. Jakarta: Salemba Medika
- PPNI. (2016). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik. Jakarta: DPP PPNI.



# BAB 6

## IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

### Pendahuluan

Selamat Anda telah menyelesaikan pembelajaran pada BAB 6 tentang Perencanaan Keperawatan. Berikutnya Anda akan mempelajari Bab 7 pada buku Metodologi Keperawatan ini yang menguraikan tentang konsep implementasi tindakan keperawatan. Implementasi keperawatan merupakan bagian dari tahap-tahap proses keperawatan yang ke empat setelah tahap pengkajian, perumusan diagnosa keperawatan, dan perencanaan tindakan keperawatan. Setelah menyelesaikan pembelajaran tentang implementasi keperawatan Anda akan mempelajari tahapan proses keperawatan berikutnya yaitu evaluasi keperawatan.

### Tujuan Intruksional:

Setelah menyelesaikan pembelajaran pada Bab ini, Anda diharapkan mampu menguasai konsep implementasi keperawatan yang mencakup:

1. Definisi implementasi
2. Proses implementasi
3. Kategori intervensi keperawatan
4. Klasifikasi implementasi keperawatan
5. Keterampilan yang digunakan dalam implementasi keperawatan
6. Prioritas tindakan pada tahap implementasi
7. Keamanan klien
8. Klasifikasi intervensi keperawatan
9. Dokumentasi implementasi keperawatan
10. Contoh implementasi keperawatan

### Capaian Pembelajaran:

Setelah menyelesaikan pembelajaran pada Bab 7 ini, Anda diharapkan mampu:

1. Menguasai konsep implementasi keperawatan yang merupakan bagian dari tahap proses keperawatan.
2. Mampu mengimplementasikan tindakan keperawatan baik mandiri, bergantung dan saling ketergantungan untuk menyelesaikan masalah

kesehatan klien setelah melalui tahap pengumpulan data, analisa data dan perumusan diagnosa keperawatan dan perencanaan keperawatan.

3. Menyelesaikan pekerjaan berlingkup luas dengan mengimplementasikan tindakan keperawatan berdasarkan analisis data dengan metode yang sesuai, analisis diagnosa keperawatan dan perencanaan keperawatan yang telah disusun yang terdiri dari perencanaan tujuan, kriteria hasil, dan rencana tindakan.
4. Memecahkan masalah kesehatan klien dengan tindakan yang sesuai dengan kewenangan perawat berdasarkan bidang keahliannya, menggunakan pemikiran logis, kritis, inovatif, dan bertanggung jawab atas hasilnya secara mandiri, bergantung, maupun kolaborasi.

## **Uraian Materi**

Pada BAB 7 ini Anda akan mempelajari tahap ke empat dari proses keperawatan, yaitu tahap implementasi. Pada BAB ini Anda akan mempelajari tentang definisi implementasi; proses implementasi; kategori intervensi keperawatan; klasifikasi implementasi keperawatan; keterampilan yang digunakan dalam implementasi keperawatan; memprioritaskan tindakan pada tahap implementasi; keamanan klien; klasifikasi intervensi keperawatan (NIC); Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI); mendokumentasikan implementasi keperawatan; contoh implementasi keperawatan; dan latihan soal.

### **A. Definisi**

Implementasi adalah langkah ke-empat dari proses keperawatan. Implementasi merupakan langkah yang melibatkan tindakan dan pelaksanaan intervensi keperawatan (*American Nurses Association*, 2021). Tahap implementasi dari proses keperawatan adalah saat perawat menerapkan rencana perawatan (Capriotti, 2018). Berdasarkan diagnosis dan rencana yang telah diuraikan dalam langkah-langkah proses keperawatan, perawat menentukan terlebih dahulu intervensi keperawatan yang akan membantu klien mencapai tujuan mereka. Perawat menggunakan pengetahuan, pengalaman, pemikiran kritisnya, dan penilaian klinis (*clinical judgment*) untuk memutuskan intervensi mana yang menjadi prioritas (Capriotti, 2018). Proses ini sering kali melibatkan pemberian informasi kepada klien tentang perawatan mereka dan mengapa mereka menerimanya sehingga mereka dapat mengartikulasikan dengan lebih baik apakah intervensi tersebut berhasil. Sering kali, intervensi keperawatan didasarkan pada perintah dari dokter sebagai tindakan kolaborasi (Toney-Butler & Thayer, 2022).

Setelah rencana perawatan awal dikembangkan, penilaian ulang klien secara berkelanjutan diperlukan untuk mendeteksi setiap perubahan kondisi klien yang memerlukan modifikasi rencana. Kebutuhan akan penilaian ulang klien secara berkelanjutan menggarisbawahi sifat dinamis dari proses keperawatan dan sangat penting untuk memberikan perawatan yang aman (Capriotti, 2018). Selama fase implementasi dalam proses keperawatan, perawat memprioritaskan intervensi yang telah direncanakan, menilai keselamatan klien saat mengimplementasikan intervensi, mendelegasikan intervensi sebagaimana mestinya, dan mendokumentasikan intervensi yang dilakukan. Fase implementasi memerlukan intervensi keperawatan untuk

mengatasi masalah pasien seperti mempertahankan kebersihan diri, penerapan monitor jantung atau oksigen, perawatan langsung atau tidak langsung, pemberian obat, protokol perawatan standar, standar praktik berbasis bukti (*evidence based practice/EBP*) dan intervensi keperawatan yang lainnya (*American Nurses Association, 2021*).

## B. Proses Implementasi

Capriotti (2018) memaparkan bahwa proses implementasi mencakup hal-hal berikut:

### 1. Mengkaji ulang klien.

Sebelum mengimplementasikan rencana intervensi, perawat harus mengkaji ulang klien untuk memastikan bahwa intervensi masih diperlukan. Meskipun perintah tertulis pada rencana keperawatan, kondisi klien mungkin telah berubah.

### 2. Menentukan kebutuhan perawat akan bantuan.

Tugas atau aktivitas keperawatan lainnya juga dapat dilakukan atau dibantu oleh anggota tim perawatan kesehatan *non-RN*. Anggota tim ini dapat mencakup personel asisten tanpa lisensi dan pengasuh, serta pekerja perawatan kesehatan berlisensi lainnya, seperti perawat praktik berlisensi/perawat vokasional berlisensi. Perawat mungkin memerlukan bantuan saat mengimplementasikan beberapa intervensi keperawatan, seperti menggerakkan klien obesitas yang tidak stabil, mengubah posisi klien, atau saat perawat tidak terbiasa dengan model peralatan traksi tertentu yang memerlukan bantuan saat pertama kali diterapkan.

### 3. Menerapkan intervensi keperawatan.

Perawat tidak hanya harus memiliki dasar pengetahuan yang kuat tentang sains, teori keperawatan, praktik keperawatan, dan parameter hukum intervensi keperawatan, tetapi juga harus memiliki keterampilan psikomotorik untuk menerapkan prosedur dengan aman. Perawat perlu menjelaskan, menerangkan, dan mengklarifikasi kepada klien dan atau keluarga intervensi apa yang akan dilakukan, sensasi apa yang diharapkan, apa yang diharapkan klien, dan apa hasil yang diharapkan. Saat menerapkan implementasi keperawatan, perawat melakukan aktivitas yang dapat bersifat mandiri (*independent*), bergantung (*dependent*), atau saling bergantung atau kolaborasi (*interdependent*).

### 4. Mengawasi perawatan yang didelegasikan.

Perawat dapat mendelegasikan intervensi keperawatan tertentu kepada anggota tim keperawatan lainnya sebagaimana mestinya. Pertimbangkan kemampuan dan keterbatasan anggota tim keperawatan dan awasi kinerjanya dalam memberikan intervensi keperawatan. Perawat dapat memutuskan apakah pendeklasifikasi yang diindikasikan adalah merupakan aktivitas lain yang muncul selama proses keperawatan.

*American Nurses Association (ANA) dan National Council of State Boards of Nursing* mendefinisikan pendeklasifikasi sebagai "proses bagi seorang perawat untuk mengarahkan orang lain untuk melakukan tugas dan aktivitas keperawatan." Secara umum, hal ini menyangkut penunjukan pelaksanaan aktivitas atau tugas yang terkait dengan perawatan pasien kepada personel asisten yang tidak berlisensi sambil tetap mempertahankan akuntabilitas atas hasilnya. Namun demikian, perawat tidak dapat mendelegasikan tanggung jawab yang terkait dengan pembuatan keputusan keperawatan. Contoh aktivitas keperawatan yang tidak dapat didelegasikan kepada personel asisten yang tidak berlisensi meliputi pengkajian dan evaluasi dampak intervensi terhadap perawatan yang diberikan kepada pasien.

## 5. Mendokumentasikan kegiatan keperawatan.

Catat tindakan keperawatan yang telah dilakukan beserta respons pasien terhadap tindakan keperawatan secara tepat dan ringkas.

## C. Kategori Intervensi Keperawatan

Toney-Butler dan Thayer (2022) menjelaskan intervensi keperawatan dikelompokkan menjadi tiga kategori menurut peran profesional perawatan kesehatan yang terlibat dalam perawatan pasien yaitu intervensi keperawatan mandiri, bergantung, dan saling bergantung:

### 1. Intervensi keperawatan mandiri (*Independent Nursing Interventions*).

Intervensi keperawatan independen berada dalam lingkup praktik perawat dan tidak memerlukan partisipasi profesional kesehatan lain, seperti dokter, untuk melaksanakan intervensi. Perawat dapat memulai, melaksanakan, dan mengevaluasi intervensi keperawatan secara independen. Perawat dapat melakukan intervensi mandiri, seperti:

- a. Tugas keperawatan rutin seperti memeriksa tanda-tanda vital.
- b. Memberikan edukasi pada pasien tentang pentingnya pengobatan sehingga pasien dapat mematuhi konsumsi obat sesuai resep.

## **2. Intervensi keperawatan dependen (*Dependent Nursing Interventions*).**

Perawat tidak dapat melakukan intervensi dependen sendirian. Intervensi dependen sering kali diperintahkan oleh dokter dan kemudian dilaksanakan oleh perawat. Beberapa tindakan dependen yang memerlukan panduan atau pengawasan dari dokter atau profesional kesehatan lainnya, seperti:

- a. pengambilan sampel darah
- b. meresepkan obat baru
- c. memasang dan melepas kateter urin
- d. menyediakan makanan sesuai diet
- e. menerapkan irigasi luka
- f. menetapkan irigasi kandung kemih

## **3. Intervensi keperawatan interdependen/kolaborasi (*Interdependent Nursing Interventions*).**

Intervensi keperawatan kolaboratif dilaksanakan dengan profesional kesehatan lain melalui kolaborasi atau konsultasi. Perawat bertindak sebagai bagian dari intervensi kolaboratif atau interdependen yang melibatkan anggota tim lintas disiplin ilmu.

- a. Dalam beberapa kasus, seperti pascaoperasi, rencana pemulihan pasien mungkin memerlukan resep obat dari dokter misalnya pasien tiba-tiba mengalami demam tinggi pascaoperasi sehingga temuan perawat tersebut dilaporkan ke dokter untuk mendapat penanganan medis, bantuan makan dari perawat yang dikolaborasikan dengan ahli gizi, dan rehabilitasi oleh terapis fisik atau terapis okupasi.
- b. Dokter dapat meresepkan diet khusus untuk pasien. Perawat memasukkan konseling diet dalam rencana keperawatan pasien. Untuk lebih membantu pasien, perawat meminta bantuan ahli gizi yang tersedia di fasilitas tersebut.

## **D. Klasifikasi Implementasi Keperawatan**

Menurut Capriotti (2018) implementasi yang dilakukan oleh perawat terbagi dalam beberapa jenis klasifikasi berikut:

1. Intervensi yang dirancang untuk menargetkan perilaku klien: Intervensi perilaku membantu menyesuaikan perilaku klien untuk hasil kesehatan yang lebih baik, seperti membantu mengelola stres atau mendorong klien melakukan olahraga.

2. Intervensi yang membantu masyarakat atau keluarga: Intervensi ini membantu klien dan orang-orang di sekitar mereka. Ini termasuk memberikan edukasi tentang HIV atau membantu anggota keluarga lebih memahami penyakit orang yang mereka cintai dan cara merawatnya.
3. Intervensi untuk membantu pasien dalam lingkungan klinis: Perawat mengikuti intervensi untuk membantu klien menerima perawatan terbaik di rumah sakit. Misalnya, mereka dapat membantu klien menyesuaikan posisi untuk menghindari luka baring (decubitus).
4. Intervensi untuk meningkatkan keselamatan: Perawat juga menjaga klien tetap aman dan bebas dari bahaya dalam lingkungan perawatan klinis. Misalnya, mereka dapat membuat rencana pencegahan jatuh atau memastikan bahwa klien dengan alergi menerima pengobatan tanpa reaksi alergi.
5. Intervensi untuk membantu pasien secara fisik: Intervensi untuk meningkatkan kesehatan fisik klien termasuk memasang infus atau membantu klien dengan kebersihan.

#### **E. Keterampilan yang Digunakan dalam Implementasi Keperawatan**

Toney-Butler dan Thayer (2022) berpendapat bahwa ketika melaksanakan implementasi keperawatan, perawat memerlukan keterampilan kognitif, interpersonal, dan teknis untuk menjalankan rencana perawatan dengan sukses.

1. Keterampilan kognitif (pemahaman) juga dikenal sebagai keterampilan intelektual, yaitu keterampilan yang melibatkan pembelajaran dan pemahaman pengetahuan mendasar termasuk ilmu dasar, prosedur keperawatan, dan alasan mendasarnya sebelum merawat klien. Keterampilan kognitif juga mencakup pemecahan masalah, pengambilan keputusan, pemikiran kritis, penalaran klinis, dan kreativitas.
2. Keterampilan interpersonal adalah keterampilan yang melibatkan keyakinan, perilaku, dan hubungan dengan orang lain. Efektivitas tindakan keperawatan biasanya bergantung terutama pada kemampuan perawat untuk berkomunikasi dengan pasien dan anggota tim perawatan kesehatan.
3. Keterampilan teknis adalah keterampilan "langsung" yang bertujuan seperti mengganti balutan steril, memberikan suntikan, memanipulasi peralatan, perawatan luka, memindahkan, mengangkat, dan mengubah

posisi klien. Semua kegiatan ini memerlukan kinerja yang aman dan kompeten.

#### **F. Memprioritaskan Intervensi pada Tahap Implementasi**

Memprioritaskan intervensi dalam tahap implementasi mengikuti metode yang sama seperti memprioritaskan diagnosis keperawatan. Hirarki kebutuhan Maslow (yang terdiri dari kebutuhan fisiologis, kebutuhan keamanan, kebutuhan sosial, kebutuhan ego, dan kebutuhan aktualisasi diri) dan ABC (airway, breathing, dan circulation) digunakan untuk menetapkan prioritas intervensi utama (Toney-Butler & Thayer, 2022). Jika memungkinkan, tindakan yang paling tidak invasif biasanya lebih disukai karena risiko cedera dari pilihan invasif. Selain hirarki Maslow dan ABC, prioritas tindakan juga bisa didasarkan atas patient preference (pilihan pasien) sejauh tidak ada kondisi yang mengancam jiwa.

Dampak potensial pada kejadian di masa mendatang, terutama jika suatu tugas tidak selesai pada waktu tertentu, juga disertakan saat memprioritaskan intervensi keperawatan. Misalnya, jika klien dijadwalkan menjalani prosedur pembedahan di kemudian hari, perawat memprioritaskan tindakan nil per-os (NPO: tidak boleh makan lewat mulut) sebelum menyelesaikan edukasi praoperasi kepada klien tentang prosedur tersebut. Alasan keputusan ini adalah jika klien makan atau minum air, maka waktu pembedahan akan tertunda. Mengetahui dan memahami tujuan perawatan klien, situasi terkini, dan hasil yang diharapkan diperlukan untuk memprioritaskan intervensi secara akurat.

#### **G. Keamanan Klien (Client Safety)**

Keamanan klien perlu diperhatikan saat menerapkan intervensi. Klien mungkin mengalami perubahan kondisi yang membuat intervensi keperawatan yang direncanakan atau resep pemberi pelayanan kesehatan tidak lagi aman untuk diterapkan. Misalnya, pernyataan rencana keperawatan yang ditetapkan untuk klien ditulis, "Perawat akan mengajak klien berjalan sejauh 30 meter tiga kali sehari." Namun, selama pengkajian pagi ini, klien melaporkan merasa pusing hari ini, dan tekanan darahnya 90/60 mmHg. Dengan menggunakan pemikiran kritis dan penilaian klinis, perawat memutuskan untuk tidak menerapkan intervensi yang direncanakan untuk mengajak klien berjalan. Keputusan ini dan temuan penilaian pendukung harus didokumentasikan dalam catatan klien dan juga dikomunikasikan

selama laporan serah terima shift, bersama dengan pemberitahuan yang sesuai kepada petugas kesehatan yang lain tentang perubahan kondisi klien.

Mengimplementasikan intervensi dan penyelesaian tugas yang ditetapkan pada rencana keperawatan harus berfokus pada keselamatan klien. Sebagai penyedia layanan garis depan, perawat berada dalam posisi untuk menghentikan kesalahan sebelum dialami oleh klien.

## **H. Klasifikasi Intervensi Keperawatan (Nursing Intervention Classification/NIC)**

Klasifikasi Intervensi Keperawatan (Nursing Intervention Classification [NIC]) membantu menciptakan proses standar untuk menjelaskan tindakan keperawatan untuk menyelesaikan masalah klien (Wagner et al, 2024). Hal ini dapat membantu perawat dengan mudah menggunakan catatan yang dibuat oleh perawat lain, melihat diagnosis keperawatan, dan menerapkan intervensi yang direkomendasikan karena setiap orang memiliki kosakata umum (nomenklatur) untuk digunakan. Hal ini dapat membantu komunikasi antar perawat dan memberikan perawatan yang lebih konsisten.

Klasifikasi ini mencakup intervensi yang dilakukan perawat atas nama pasien, baik intervensi independen maupun kolaboratif, baik perawatan langsung maupun tidak langsung. Intervensi didefinisikan sebagai "setiap perawatan, berdasarkan penilaian dan pengetahuan klinis, yang dilakukan perawat untuk meningkatkan hasil pasien/klien" (Wagner et al, 2024, hlm. xix). Sementara seorang perawat sebagai individu hanya akan memiliki keahlian dalam sejumlah intervensi terbatas yang mencerminkan spesialisasi mereka, seluruh klasifikasi menangkap keahlian semua perawat. NIC dapat digunakan di semua tempat (dari unit perawatan intensif perawatan akut, hingga perawatan di rumah, hingga rumah sakit, hingga perawatan primer) dan semua spesialisasi (dari perawatan kritis hingga perawatan rawat jalan dan perawatan jangka panjang). Sementara seluruh klasifikasi menggambarkan domain keperawatan, beberapa intervensi dalam klasifikasi juga dilakukan oleh penyedia layanan kesehatan lainnya.

Di dalam NIC, setiap intervensi sebagaimana yang muncul dalam klasifikasi dicantumkan dengan nama label, definisi, serangkaian aktivitas untuk melaksanakan intervensi, dan bacaan latar belakang berbasis bukti. Intervensi NIC mencakup baik fisiologis (misalnya, Manajemen Asam-Basa) maupun psikososial (misalnya, Pengurangan Kecemasan). Intervensi disertakan untuk pengobatan penyakit (misalnya, Manajemen Hiperglikemia),

pencegahan penyakit (misalnya, Pencegahan Jatuh), dan promosi kesehatan (misalnya, Promosi Olahraga). Sebagian besar intervensi ditujukan untuk digunakan pada individu tetapi banyak yang ditujukan untuk digunakan pada keluarga (misalnya, Promosi Integritas Keluarga), dan beberapa ditujukan untuk digunakan pada seluruh komunitas (misalnya, Manajemen Lingkungan: Komunitas). Intervensi perawatan tidak langsung (misalnya, Manajemen Rantai Pasokan, Manajemen Protokol Penelitian) juga disertakan (Wagner et al, 2024).

614 intervensi dalam NIC pada edisi ke-8 dikelompokkan ke dalam tiga puluh kelas dan tujuh domain untuk kemudahan penggunaan. Ketujuh domain tersebut adalah: Fisiologis: Dasar, Fisiologis: Kompleks, Perilaku, Keamanan, Keluarga, Sistem Kesehatan, dan Komunitas (Wagner et al, 2024). Setiap intervensi memiliki nomor (kode) yang unik. Klasifikasi ini terus diperbarui dengan proses umpan balik dan peninjauan yang berkelanjutan. Di bagian belakang buku, terdapat petunjuk tentang bagaimana pengguna dapat mengirimkan saran untuk modifikasi intervensi yang ada atau mengusulkan intervensi baru. Edisi baru klasifikasi ini direncanakan sekitar setiap 4 hingga 6 tahun. Klasifikasi ini pertama kali diterbitkan pada tahun 1992, dan edisi kedelapan pada tahun 2024.

NIC telah ditampilkan dalam publikasi penelitian yang menghubungkan diagnosis keperawatan (NANDA-I) dan klasifikasi hasil keperawatan (Nursing Outcome Classification [NOC]). Ketiga bahasa ini, yang dikenal sebagai NNN (NANDA-I, NIC, NOC) dapat dikaitkan dalam menentukan rencana perawatan pasien. Untuk memahami secara detail tentang NIC, Anda dapat membaca dan mempelajari klasifikasi tindakan keperawatan pada buku Nursing interventions classification (NIC) (8th ed.) karya Wagner, C. M., dkk., terbitan Elsevier tahun 2024.

## I. Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)

Sama halnya dengan NIC, di Indonesia telah dikembangkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) dengan menggunakan system klasifikasi yang diadaptasi dari system klasifikasi International Classification of Nursing Practice (ICNP) yang diprakarsai oleh International Council of Nurses (ICN) sejak tahun 1991. SIKI adalah "tolok ukur yang dipergunakan sebagai panduan dalam penyusunan intervensi keperawatan dalam rangka memberikan asuhan keperawatan yang aman, efektif dan etis" (PPNI, 2018, halaman 6). SIKI merupakan standar klasifikasi intervensi atau tindakan

keperawatan yang ditetapkan Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI). Penyusunan SIKI merupakan upaya PPNI menetapkan standar dalam pemberian intervensi bagi klien dalam perencanaan Asuhan Keperawatan sebagai implementasi amanat Undang-Undang Nomor 38 tahun 2014 tentang Keperawatan. Dengan adanya SIKI maka perawat dapat menentukan intervensi yang sesuai dengan diagnosis keperawatan yang telah terstandar sehingga dapat memberikan Asuhan Keperawatan yang tepat, seragam secara nasional, peka budaya, dan terukur mutu pelayanannya. PPNI (2018) menjelaskan sistem klasifikasi SIKI memuat lima kategori dan 14 subkategori yang ditunjukkan pada table 7.1.

**Tabel 7.1. Kategori dan Subkategori Intervensi Keperawatan dalam Sistem Klasifikasi Standar Intervensi Keperawatan Indonesia.**

No.	Kategori	Subkategori
1.	Fisiologis	Kategori intervensi keperawatan yang ditujukan untuk mendukung fungsi fisik dan regulasi homeostasis yang meliputi: a. Respirasi b. Sirkulasi c. Nutrisi dan cairan d. Eliminasi e. Aktivitas dan istirahat f. Neurosensori g. Reproduksi dan seksualitas
2.	Psikologis	Kategori intervensi keperawatan yang ditujukan untuk mendukung fungsi mental yang meliputi: a. Nyeri dan kenyamanan b. Integritas ego c. Pertumbuhan dan perkembangan
3.	Perilaku	Kategori intervensi keperawatan yang ditujukan untuk mendukung perubahan perilaku atau pola hidup sehat yang meliputi: a. Kebersihan diri b. Penyuluhan dan pembelajaran
4.	Relasional	Kategori intervensi keperawatan yang ditujukan untuk mendukung hubungan/interaksi sosial, yang meliputi: a. Interaksi sosial
5.	Lingkungan	Kategori intervensi keperawatan yang ditujukan untuk mendukung keamanan lingkungan dan menurunkan risiko gangguan Kesehatan, yang meliputi: a. Keamanan dan proteksi

Intervensi keperawatan dalam SIKI terdiri atas tiga komponen yaitu label, definisi dan tindakan (PPNI, 2018). Komponen label terdiri dari 18 deskriptor yaitu dukungan, edukasi, kolaborasi, konseling, konsultasi, Latihan, manajemen, pemantauan, pemberian, pemeriksaan, pencegahan, pengontrolan, perawatan, promosi, rujukan, resusitasi, skrining, dan terapi (PPNI, 2018). Komponen definisi menguraikan tentang arti dari label intervensi keperawatan, yang diawali dengan kata kerja (PPNI, 2018). Komponen tindakan merupakan serangkaian aktivitas yang dilakukan oleh perawat berupa implementasi keperawatan. Pada setiap klasifikasi intervensi terdiri dari empat tindakan yaitu observasi, terapeutik, edukasi dan kolaborasi atau dikenal dengan singkatan OTEK (PPNI, 2018). Untuk mempelajari secara lengkap tentang SIKI, Anda dapat membaca dan mempelajari buku Standar Intervensi Keperawatan Indonesia yang disusun oleh tim kelompok kerja DPP PPNI yang terbit tahun 2018.

#### **J. Pendokumentasian Intervensi Keperawatan**

Saat intervensi dilakukan, intervensi tersebut harus didokumentasikan dalam catatan klien tepat waktu. Kurangnya dokumentasi dianggap sebagai kegagalan dalam berkomunikasi dan menjadi dasar untuk tindakan hukum. Aturan dasar yang berlaku adalah jika intervensi tidak didokumentasikan, intervensi tersebut dianggap tidak dilakukan di pengadilan. Penting juga untuk mendokumentasikan pemberian obat dan intervensi lain tepat waktu untuk mencegah kesalahan yang dapat terjadi karena keterlambatan waktu dokumentasi. Semua intervensi didokumentasikan dalam rekam medis elektronik (Electronic Medical Record/EMR).

## **K. Contoh Implementasi Keperawatan dengan Mengaitkan SDKI dan SIKI**

Pada diagnosa keperawatan: Ketidakefektifan perfusi jaringan miokard (D.0002) berhubungan dengan peningkatan tekanan darah yang ditandai dengan tekanan darah 170/110 mmHg, EKG menunjukkan hipertropi ventrikel kiri ringan, dan edema ekstremitas bawah +1.

Intervensi keperawatan sesuai SIKI untuk diagnosis keperawatan: Ketidakefektifan perfusi jaringan miokard (D.0002) meliputi:

1. Observasi:
  - a. Kaji tanda dan gejala hipertensi (SIKI I.16270)
  - b. Pantau tanda-tanda vital secara teratur (SIKI I.13670)
2. Terapeutik:
  - a. Anjurkan pasien untuk melakukan diet DASH dan pembatasan natrium (SIKI I.01970, I.02010)
3. Edukasi:
  - a. Berikan edukasi tentang manajemen hipertensi, termasuk pentingnya minum obat secara teratur dan modifikasi gaya hidup (SIKI I.02570, I.02580)
  - b. Ajarkan teknik relaksasi untuk mengurangi stres (SIKI I.15440)
4. Kolaborasi:
  - a. Kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian terapi obat antihipertensi (SIKI I.07010)

## **L. Latihan**

Setelah menyelesaikan pembelajaran tentang Implementasi Keperawatan, selanjutnya Anda dapat mengerjakan soal-soal latihan berikut ini untuk mengukur kemampuan dan pemahaman Anda tentang pokok bahasan yang telah dipelajari. Untuk mengetahui apakah jawaban Anda sudah sesuai, silahkan bandingkan jawaban Anda dengan kunci jawaban di halaman selanjutnya. Selamat mengerjakan.

1. Seorang perawat hendak melakukan perawatan daerah luka operasi pemasangan pen akibat fraktur tulang tibia pada pasien yang telah dipasangi alat traksi dengan pemberat. Apa tindakan keperawatan pertama yang harus dilakukan oleh perawat sebelum melakukan tindakan tersebut?
  - A. Berikan obat pereda nyeri.
  - B. Kaji ulang kondisi pasien.
  - C. Siapkan peralatan.

- D. Jelaskan prosedur kepada pasien.
  - E. Berikan edukasi pencegahan infeksi.
2. Seorang mahasiswa keperawatan sedang menjalani rotasi klinis di sebuah bangsal rumah sakit yang sibuk. Perawat yang bertugas memberi tahu mahasiswa tersebut untuk mengganti balutan bedah pada seorang pasien, sementara ia merawat pasien lain. Mahasiswa tersebut belum pernah mengganti balutan sebelumnya dan tidak merasa yakin dengan prosedur tersebut. Apa tanggapan terbaik mahasiswa tersebut?
- A. Beri tahu perawat bahwa ia tidak memiliki kompetensi teknis untuk mengganti balutan secara mandiri.
  - B. Persiapkan peralatan untuk prosedur tersebut dan ikuti langkah-langkah dalam buku petunjuk prosedur.
  - C. Minta mahasiswa keperawatan lain untuk bekerja sama dengannya untuk mengganti balutan.
  - D. Laporkan perawat tersebut kepada instrukturnya karena mendelegasikan tugas yang seharusnya tidak diberikan kepada mahasiswa.
  - E. Lakukan tindakan meskipun belum pernah melakukan tindakan perawatan luka operasi sebelumnya.
3. Seorang mahasiswa keperawatan sedang merawat seorang pasien perempuan berusia 58 tahun yang menderita diabetes dan terdapat luka di kakinya. Pasien memberi tahu mahasiswa tersebut, "Saya perlu mencuci rambut saya sebelum melakukan hal lain pada hari ini; saya malu dengan penampilan saya." Kebutuhan perawatan pasien hari ini adalah meliputi pemeriksaan diagnostik, penggantian pakaian, perencanaan dan konseling gizi, dan bantuan untuk menjaga kebersihan. Bagaimana mahasiswa keperawatan tersebut sebaiknya memprioritaskan perawatan pasien ini?
- A. Jelaskan kepada pasien bahwa tidak cukup waktu untuk mencuci rambutnya hari ini karena jadwalnya yang padat.
  - B. Jadwalkan pemeriksaan diagnostik dan perencanaan makanan terlebih dahulu dan lakukan kebersihan diri jika waktu memungkinkan.
  - C. Lakukan penggantian pakaian terlebih dahulu, jadwalkan pemeriksaan dan konseling, dan lakukan kebersihan diri terakhir.

- D. Atur untuk mencuci rambut pasien terlebih dahulu, lakukan kebersihan diri, dan jadwalkan pemeriksaan diagnostik dan konseling.
- E. Lakukan penggantian pakaian terlebih dahulu, konseling makanan, pemeriksaan diagnostik, dan bantuan untuk menjaga kebersihan sekaligus mencuci rambut.
4. Perawat memberi tahu petugas terapi fisik bahwa klien terlalu lemah untuk menggunakan alat bantu jalan dan perlu diganti dengan kursi roda. Langkah proses keperawatan manakah yang sedang dilakukan perawat saat ini?
- A. Pengkajian
  - B. Perencanaan
  - C. Implementasi
  - D. Evaluasi
  - E. Pengkajian ulang
5. Seorang klien laki-laki, 35 tahun, melaporkan mual dan konstipasi. Manakah dari tindakan berikut ini yang merupakan tindakan keperawatan prioritas?
- A. Memberikan obat pencahar
  - B. Memberikan obat anti-mual
  - C. Mengumpulkan sampel feses
  - D. Memberitahukan dokter penanggung jawab pasien
  - E. Menyelesaikan pengkajian abnormal pada abdomen
6. Saat membantu seorang klien berpindah dari tempat tidur ke kursi, perawat mengamati bahwa klien tampak pucat dan mulai berkeringat banyak. Apa tindakan berikutnya yang harus dilakukan perawat sebagai pengkajian ulang?
- A. Segera bantu klien untuk duduk di kursi.
  - B. Dokumentasikan tanda-tanda vital klien yang diambil sebelum memindahkan klien.
  - C. Bantu klien kembali ke tempat tidur segera.
  - D. Amati warna kulit klien dan lakukan pengukuran tanda-tanda vital lainnya.
  - E. Laporkan kondisi pasien pada dokter penanggung jawab pasien.

7. Apa yang akan perawat lakukan selama fase implementasi proses keperawatan saat menangani pasien dewasa yang dirawat di rumah sakit?
  - A. Merumuskan diagnosis keperawatan gangguan pertukaran gas
  - B. Mencatat dalam rekam medis jarak tempuh klien ketika berjalan di lorong
  - C. Menulis perintah keperawatan individual dalam rencana perawatan
  - D. Membandingkan respons klien dengan hasil yang diharapkan untuk menghilangkan rasa sakit
  - E. Mengevaluasi kriteria hasil yang telah ditetapkan

8. Agar dapat melaksanakan implementasi tindakan secara efektif, seorang perawat perlu memiliki kecakapan dalam tiga domain, yang meliputi:
  - A. Kapasitas kepemimpinan, kemandirian, dan berbagai keterampilan.
  - B. Pemahaman, kemampuan khusus peran, dan teknik khusus.
  - C. Pengalaman praktis, pendidikan tinggi, dan serangkaian keterampilan yang beragam.
  - D. Kemampuan teknis, manajemen keuangan, dan kualitas kepemimpinan.
  - E. Pengalaman praktis, kemandirian, dan pendidikan
9. Proses penentuan prioritas tindakan membantu perawat mengantisipasi dan mengatur intervensi keperawatan untuk pasien dengan berbagai masalah atau perubahan. Prioritas ini ditentukan berdasarkan:
  - A. Pilihan pribadi pasien
  - B. Dokter yang menangani
  - C. Kesejahteraan jangka panjang
  - D. Tingkat keparahan masalah
  - E. Keputusan perawat
10. Seorang perawat dengan tekun memantau kondisi luka seorang pasien yang memburuk meskipun rencana perawatan sudah dijalankan sesuai prosedur. Karena khawatir dengan kondisi dan kesejahteraan pasien dan mengetahui pentingnya mengikuti prosedur yang tepat, Perawat tersebut pertama-tama memikirkan langkah penting untuk mengatasi situasi tersebut. Apa pertimbangan pertama perawat tersebut?
  - A. Menghubungi perawat spesialis perawatan luka.
  - B. Mengubah perawatan luka sendiri.
  - C. Meminta saran dari perawat lain yang bertugas.
  - D. Segera memberi tahu dokter penanggung jawab pasien.
  - E. Membaca hasil penelitian terbaru tentang perawatan luka.

**Kunci Jawaban:**

1. B. Kaji ulang kondisi pasien.

**Pembahasan:** Setiap sebelum melakukan implementasi tindakan, seorang perawat perlu melakukan pengkajian ulang untuk mengetahui dan memastikan apakah tindakan yang akan dilakukan masih diperlukan oleh pasien atau tidak.

2. A. Beri tahu perawat bahwa ia tidak memiliki kompetensi teknis untuk mengganti balutan secara mandiri.

**Pembahasan:** Memberitahukan kemampuan yang dimiliki mahasiswa kepada perawat akan menghindari pasien mendapatkan tindakan dari orang yang kurang kompeten dan mencegah terjadinya kesalahan prosedur sehingga yang dapat berakibat buruk pada pasien.

3. D. Atur untuk mencuci rambut pasien terlebih dahulu, lakukan kebersihan diri, dan jadwalkan pemeriksaan diagnostik dan konseling.

**Pembahasan:** Salah satu pertimbangan prioritas tindakan keperawatan adalah pilihan/permintaan pasien (*patient preference*), selagi tindakan yang lain bukan untuk mengatasi kondisi yang mengancam keselamatan pasien, maka permintaan pasien dapat diprioritaskan.

4. C. Implementasi.

**Pembahasan:** Perawat bertanggung jawab untuk mengoordinasikan rencana perawatan dengan disiplin ilmu lain guna memastikan keselamatan klien. Tindakan ini merupakan fase implementasi proses keperawatan. Pengumpulan data dilakukan selama penilaian. Penetapan tujuan dilakukan selama perencanaan. Penentuan pencapaian tujuan klien dilakukan sebagai bagian dari evaluasi.

5. E. Menyelesaikan pengkajian abnormal pada abdomen.

**Pembahasan:** Pengkajian melibatkan pengumpulan data sistematis tentang individu yang menjadi dasar semua fase proses keperawatan berikutnya. Sebagai respons terhadap keluhan klien, perawat menilai sistem tubuh tertentu untuk memperoleh data yang akan membantu perawat membuat diagnosis keperawatan dan merencanakan perawatan klien. Pilihan lainnya mencerminkan intervensi, yang tidak tepat waktu kecuali jika dilakukan penilaian lengkap terlebih dahulu.

6. D. Amati warna kulit klien dan lakukan pengukuran tanda-tanda vital lainnya **Pembahasan:** Pengkajian terus berlanjut selama hubungan perawat-klien. Selama pengkajian ulang, perawat mengumpulkan data tambahan untuk membantu mengevaluasi status masalah atau mengidentifikasi masalah baru.

7. B. Mencatat dalam rekam medis jarak tempuh klien ketika berjalan di lorong. **Pembahasan:** Fase implementasi proses keperawatan melibatkan pelaksanaan atau pendeklegasian intervensi keperawatan dan pencatatan aktivitas keperawatan dan respons klien dalam rekam medis. Opsi A

menunjukkan diagnosis. Opsi C menunjukkan perencanaan. Opsi D menunjukkan evaluasi.

8. B. Pemahaman, kemampuan khusus peran, dan teknik khusus.

**Pembahasan:** Agar dapat melaksanakan intervensi secara efektif, seorang perawat perlu memiliki kecakapan dalam tiga domain: pemahaman, kemampuan khusus peran, dan teknik khusus. Pemahaman mengacu pada kemampuan perawat untuk memahami alasan dan bukti di balik intervensi tertentu. Kemampuan khusus peran berkaitan dengan keterampilan dan kompetensi yang khusus untuk peran dan ruang lingkup praktik perawat. Teknik khusus mencakup keterampilan dan pengetahuan teknis yang diperlukan untuk melakukan intervensi tertentu dengan aman dan efektif.

9. D. Tingkat keparahan masalah.

**Pembahasan:** Proses penentuan prioritas membantu perawat mengantisipasi dan mengatur intervensi keperawatan untuk pasien dengan berbagai masalah atau perubahan. Prioritas ditentukan berdasarkan tingkat keparahan masalah pasien untuk memastikan bahwa masalah yang paling mendesak atau mengancam jiwa ditangani terlebih dahulu. Pendekatan ini memungkinkan perawat untuk mengalokasikan waktu dan sumber daya secara efektif dan memberikan perawatan terbaik bagi pasien.

10. D. Segera memberi tahu dokter.

**Pembahasan:** Pertimbangan pertama perawat dalam menangani situasi luka yang memburuk adalah segera memberi tahu dokter. Dokter bertanggung jawab untuk menilai situasi, membuat diagnosis, dan meresepkan rencana perawatan yang tepat. Jika perawatan saat ini tidak berhasil, mungkin diperlukan perubahan pengobatan, tes diagnostik tambahan, atau intervensi medis lain yang hanya dapat diperintahkan oleh dokter. Kolaborasi antara perawat dan dokter sangat penting untuk perawatan pasien. Perawat sering kali menjadi orang pertama yang menyadari perubahan kondisi pasien, dan mereka memiliki tanggung jawab profesional dan etis untuk melaporkan perubahan ini kepada dokter dengan segera. Kolaborasi ini memastikan bahwa pasien menerima perawatan yang tepat waktu dan tepat.

## M. Rangkuman Materi

Implementasi adalah ketika perawat melakukan tindakan keperawatan untuk menerapkan rencana perawatan dengan menggunakan pengetahuan, pengalaman, pemikiran kritisnya, dan penilaian klinis (*clinical judgment*) untuk menetapkan intervensi mana yang menjadi prioritas. Intervensi keperawatan didasarkan pada tindakan mandiri perawat, tindakan dependen, dan atau sebagai tindakan kolaborasi. Setelah rencana keperawatan dikembangkan, implementasi dimulai dengan penilaian ulang klien secara berkelanjutan yang diperlukan untuk mendeteksi setiap perubahan kondisi klien yang memerlukan modifikasi rencana. Pada fase implementasi, perawat memprioritaskan intervensi yang telah direncanakan, menilai keselamatan klien saat mengimplementasikan tindakan, mendelegasikan intervensi sebagaimana mestinya, dan mendokumentasikan intervensi yang dilakukan.

## N. Glosarium

- ABC : *Airway, Breathing, Circulation*  
ANA : *American Nurses Association*  
EMR : *Electronic Medical Record*  
HIV : *Human Immunodeficiency Virus*  
NIC : *Nursing Intervention Classification*  
NOC : *Nursing Outcome Classification*  
NNN : NANDA-I, NIC, NOC  
NPO : *Nil Per Os (nothing by mouth)*  
Non-RN : *Non-Registered Nurse*

## O. Daftar Pustaka

- American Nurses Association. (2021). *Nursing: Scope and standards of practice* (4th ed.). American Nurses Association.
- Capriotti, T. (2018). eBook Nursing Collection – Worldwide, Books@Ovid Purchased eBooks. *Nursing Care Planning Made Incredibly Easy!* Third. Wolters Kluwer; 2018. <https://go.exlibris.link/P281xmcS>
- Batalden, P. B., & Davidoff, F. (2007). What is "quality improvement" and how can it transform healthcare?. *BMJ Quality & Safety*, 16(1), 2–3. <https://doi.org/10.1136/qshc.2006.022046>
- Herdman, T. H., Kamitsuru, S., & Takáo Lopez, C. (2021). *Nursing diagnoses: Definitions and classification 2021–2023* (12th ed.). Thieme.
- NANDA International. (2023). <https://nanda.org/who-we-are/our-story/>
- Toney-Butler, T., & Thayer, J. (2022). *Nursing Process*.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499937/>

PPNI. (2018). Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.

Wagner, C. M., Butcher, H. K., Bulechek, G. M., Dochterman, J. M., & Wagner, Clarke, M. F. C. M. (Eds.). (2024). *Nursing interventions classification (NIC)* (8th ed.). Elsevier.



# BAB 7

## EVALUASI ASUHAN KEPERAWATAN

### Pendahuluan

Asuhan keperawatan adalah suatu rangkaian kegiatan yang dilakukan perawat terhadap pemberian pelayanan pasien, dengan metode proses keperawatan yang efektif dengan pendekatam ilmiah. Tahap – tahap proses keperawatan antara lain: pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi (Atmayana Purba, n.d.; Polopadang & Hidayah, 2019; Zuliani et al., 2023).

Pengkajian adalah cara untuk mengumpulkan data, kemudian dirumuskan diagnosa keperawatan dan ditentukan intervensi, serta melakukan tindakan keperawatan, kemudian langkah terakhir, yaitu evaluasi.

Pada Bab ini akan kita bahas evaluasi asuhan keperawatan. Evaluasi disini akan menguraikan tentang evaluasi atau penilaian setelah perawat melakukan tindakan untuk mengatasi suatu masalah yang terjadi pada pasien. Tujuan dari evaluasi adalah mahasiswa mampu menilai apakah tindakan tersebut sudah benar, atau apakah masalah pada pasien sudah teratasi atau belum, serta apakah diperlukan tindakan yang baru.

Sedangkan sasaran dari pembaca buku ini adalah mahasiswa keperawatan yang akan dan sedang memberikan pelayanan proses keperawatan pada pasien. Serta perawat yang sedang memberi pelayanan proses keperawatan.

Bab evaluasi ini terdiri dari topik: definisi evaluasi, tujuan evaluasi, jenis evaluasi meiputi evaluasi formatif dan sumatif, komponen evaluasi terdiri dari SOAP/SOAPIE/SOAPIER, kerangka evaluasi, proses evaluasi meliputi cara mengukur pencapaian tujuan dan penentuan keputusan.

Pembaca sebelum mempelajari bab ini harus sudah mempelajari dan memahami bab-bab sebelumnya seperti pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, dan implementasi.

### Tujuan Intruksional:

Mahasiswa setelah menyelesaikan bab ini diharapkan mampu memahami konsep dasar evaluasi asuhan keperawatan dan mampu mengaplikasikan ke kasus yang ada.

**Capaian Pembelajaran:**

1. Mahasiswa mampu menjelaskan pengertian evaluasi
2. Mahasiswa mampu menjelaskan tujuan evaluasi
3. Mahasiswa mampu menyebutkan dan menjelaskan jenis-jenis evaluasi
4. Mahasiswa mampu menyebutkan dan menjelaskan komponen evaluasi
5. Mahasiswa mampu menjelaskan kerangka evaluasi
6. Mahasiswa mampu menyebutkan dan menjelaskan proses evaluasi

## **Uraian Materi**

### **A. Pengertian Evaluasi**

Evaluasi adalah penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan setelah dilakukan tindakan keperawatan. Evaluasi juga mengacu kepada penilaian, tahapan atau proses dan perbaikan selama melakukan proses perawatan dalam evaluasi, perawat menilai reaksi klien terhadap intervensi yang telah diberikan dan menetapkan apa yang menjadi sasaran dari rencana keperawatan dapat diterima. Evaluasi juga membantu perawat dalam menentukan target dari suatu hasil yang ingin dicapai berdasarkan keputusan bersama antara perawat dan klien (Hadinata & Jahid Abdillah, 2022; Nursalam, 2008).

### **B. Tujuan Evaluasi**

(Nursalam, 2008; Polopadang & Hidayah, 2019) menyebutkan bahwa evaluasi keperawatan adalah bertujuan untuk mengukur keberhasilan dari rencana dan pelaksanaan tindakan keperawatan yang dilakukan dalam memenuhi kebutuhan klien. Dengan melihat respon pasien terhadap tindakan keperawatan yang diberikan sehingga perawat dapat mengambil keputusan untuk tindakan berikutnya:

1. Mengakhiri rencana tindakan keperawatan (jika pasien telah mencapai tujuan yang telah ditetapkan)
2. Memodifikasi rencana tindakan keperawatan (jika pasien mengalami kesulitan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan)
3. Meneruskan rencana tindakan keperawatan (jika pasien memerlukan waktu yang lebih lama untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan).

Menurut (Oktavianti, n.d.; Tarwoto & Wartonah, 2023) menyebutkan bahwa tujuan evaluasi

1. Mengevaluasi status Kesehatan pasien
2. Menentukan perkembangan tujuan perawatan
3. Menentukan efektifitas dari rencana perawatan yang telah ditentukan
4. Sebagai dasar menentukan diagnose keperawatan sudah tercapai atau tidak, atau ada perubahan atau modifikasi diagnosis.

### **C. Jenis-Jenis Evaluasi**

Jenis-jenis evaluasi menurut (Oktavianti, n.d.; Olfah & Ghofur, 2016; Polopadang & Hidayah, 2019) ada 2 jenis yaitu evaluasi formatif dan sumatif.

## 1. Evaluasi Formatif (evaluasi proses)

Evaluasi yang dilakukan selama melakukan asuhan keperawatan, evaluasi jenis ini dikerjakan dalam bentuk pengisian format catatan perkembangan dengan berorientasi kepada masalah yang dialami oleh keluarga, format yang dipakai adalah format SOAP/SOAPIE/SOAPIER, antara lain:

- a. Evaluasi yang dilakukan segera setiap selesai tindakan
- b. Berorientasi pada etiologi dan respon pasien
- c. Dilakukan secara terus-menerus sampai tujuan yang telah ditentukan tercapai.

## 2. Evaluasi Sumatif (evaluasi hasil)

Evaluasi sumatif menjelaskan perkembangan kondisi dengan menilai apakah hasil yang diharapkan telah tercapai. Evaluasi jenis ini dikerjakan dengan cara membandingkan antara tujuan yang akan dicapai. Bila terdapat kesenjangan diantara keduanya, mungkin semua tahap dalam proses keperawatan perlu ditinjau kembali, agar didapat data-data, masalah atau rencana yang perlu dimodifikasi.

- a. Evaluasi yang dilakukan setelah akhir tindakan keperawatan secara paripurna
- b. Berorientasi pada masalah keperawatan
- c. Menjelaskan keberhasilan/ ketidakberhasilan
- d. Rekapitulasi dan kesimpulan status kesehatan pasien sesuai dengan kerangka waktu yang ditetapkan

## D. Tipe-Tipe Evaluasi

Tipe-tipe evaluasi yang dilakukan dalam proses keperawatan menurut (Oktavianti, n.d.)

### 1. Evaluasi tujuan

Fokus pada hasil tujuan keperawatan (mana tujuan yang tercapai), dan Tingkat kepuasan klien terhadap asuhan keperawatan yang diberikan.

### 2. Evaluasi proses

Fokus pada bagaimana proses asuhan keperawatan diberikan. Apakah pengkajian dengan baik, apakah intervensi dilakukan secara konsisten, dan apakah tujuan telah dicapai.

### 3. Evaluasi Struktur

Fokus pada persiapan lingkungan dimana asuhan keperawatan diberikan (peralatan, lingkungan, pola staf, dan komunikasi).



## E. Komponen Evaluasi

Evaluasi dilakukan untuk membandingkan respon pasien sebelum diberi asuhan keperawatan dengan setelah dilakukan evaluasi. Untuk memudahkan perawat memakai evaluasi maka ada beberapa komponen dalam evaluasi. Komponen evaluasi menurut (Ernawati, 2019; Polopadang & Hidayah, 2019; Zuliani et al., 2023) yaitu: SOAP/SOAPIE/SOAPIER.

S: Data Subjektif, perawat menuliskan keluhan pasien yang masih dirasakan setelah diberikan tindakan keperawatan.

O: Data Objektif, data objektif merupakan data yang didapat dari hasil pengukuran, pemeriksaan atau observasi perawat secara langsung kepada pasien.

A: Analisis, analisis merupakan interpretasi data subjektif dan data objektif.

Analisis merupakan suatu masalah atau diagnosis keperawatan yang masih terjadi atau juga dapat dituliskan masalah/diagnosis baru yang terjadi akibat perubahan status kesehatan pasien yang telah teridentifikasi datanya dalam data subjektif dan objektif.

P: Planning, perencanaan keperawatan yang akan dilanjutkan, dihentikan, dimodifikasi atau ditambahkan. Tindakan yang telah menunjukkan hasil yang memuaskan dan tidak memerlukan tindakan ulang pada umumnya dihentikan. Tindakan yang perlu dilanjutkan adalah tindakan yang masih kompeten untuk menyelesaikan masalah pasien dan membutuhkan waktu untuk mencapai keberhasilannya. Tindakan yang perlu dimodifikasi adalah tindakan yang dirasa dapat membantu menyelesaikan masalah pasien, tetapi perlu ditingkatkan kualitasnya atau mempunyai alternatif pilihan yang lain yang diduga dapat membantu mempercepat proses penyembuhan.

I: Implementasi, implementasi merupakan tindakan keperawatan yang dilakukan sesuai dengan instruksi yang telah teridentifikasi dalam komponen P (perencanaan). Jangan lupa menuliskan tanggal dan jam pelaksanaan, tanda tangan dan nama.

E: Evaluasi, evaluasi adalah respons pasien setelah dilakukan Tindakan keperawatan.

R: Reassessment, reassessment merupakan pengkajian ulang yang dilakukan terhadap perencanaan setelah hasil evaluasi diketahui. Apakah rencana tindakan keperawatan perlu dilanjutkan, dimodifikasi atau dihentikan.



## **F. Proses Evaluasi**

Proses evaluasi Proses evaluasi menurut (Olfah & Ghofur, 2016; Polopadang & Hidayah, 2019), meliputi dua yaitu:

### **1. Mengukur pencapaian tujuan**

Mengukur pencapaian tujuan meliputi: aspek kognitif, afektif, psikomotor, perubahan fungsi dan tanda dan gejala yang spesifik.

#### a. Aspek kognitif

Pengukuran perubahan kognitif atau pengetahuan pasien setelah dilakukan tindakan untuk mengetahui seberapa banyak pengetahuan yang sudah dapat diterima oleh pasien atau keluarga, dengan cara:

- 1) Interview/ tanya jawab: menanyakan kembali segala sesuatu yang telah dijelaskan oleh perawat untuk mengklarifikasi pemahaman pasien/keluarga terhadap pengetahuan yang telah diberikan.
- 2) Tulis: Pertanyaan tertulis telah disiapkan sebelumnya dan berdasarkan tujuan dan kriteria evaluasi yang telah ditetapkan

#### b. Aspek afektif

Pengukuran perubahan status emosional pasien dapat melalui cara:

- 1) Observasi: melakukan pengamatan secara langsung terhadap perubahan emosional pasien: apakah pasien telah kooperatif atau apakah mekanisme coping telah efektif
- 2) *Feedback* dari staf kesehatan lain: Umpam balik, masukan, dan pengamatan dari staf yang lain dapat juga digunakan sebagai salah satu informasi tentang aspek afektif pasien

#### c. Aspek psikomotor

Pengukuran perubahan aspek psikomotor dapat dilakukan melalui observasi secara langsung terhadap perubahan perilaku pasien.

#### d. Perubahan fungsi tubuh

Untuk mengukur perubahan fungsi tubuh, dapat dilakukan dengan tiga cara, yaitu:

- 1) Observasi
- 2) Interview
- 3) Pemeriksaan fisik

### **2. Penentuan keputusan**

- a. Pasien telah mencapai hasil yang telah ditentukan dalam tujuan. Kondisi ini dapat dicapai apabila semua data yang ditentukan dalam kriteria hasil sudah terpenuhi.
- b. Pasien masih dalam proses mencapai hasil yang ditentukan. Kondisi ini dicapai apabila sebagian saja dari kriteria hasil yang ditentukan terpenuhi.
- c. Pasien tidak dapat mencapai hasil yang telah ditentukan. Kondisi ini ditentukan apabila hanya sebagian kecil atau tidak ada sama sekali dari kriteria hasil yang terpenuhi.

#### G. Latihan

1. Apa yang dimaksud dengan evaluasi dalam keperawatan?
  - A. Proses mengumpulkan data
  - B. Proses membuat diagnosa keperawatan
  - C. Proses mengevaluasi tindakan keperawatan
  - D. Proses merencanakan intervensi keperawatan
  - E. Proses menentukan sikap terhadap pasien yang rewel
2. Tujuan utama dari evaluasi keperawatan adalah untuk:
  - A. Menentukan diagnosa keperawatan
  - B. Mengumpulkan data pasien
  - C. Menilai keefektifan intervensi keperawatan
  - D. Merencanakan perawatan lanjutan
  - E. Untuk menambah ilmu tentang proses keperawatan
3. Untuk mengetahui dan menilai apakah tujuan dalam asuhan keperawatan yang sudah dilakukan tindakan telah berhasil adalah tahap
  - A. Intervensi
  - B. Diagnosa Keperawatan
  - C. Kriteria hasil
  - D. D Implementasi
  - E. Evaluasi
4. Untuk memantau tingkat kesadaran pasien yang baru saja di Operasi, perawat selalu mengkaji kondisi pasien setiap saat sampai pasien sadar penuh dan stabil di ruang Recoveri room, setelah kondisi stabil bisa

pindah ruangan. Dilihat dari kegiatannya, Perawat sedang melakuikan evaluasi...

- A. Evaluasi Formatif
  - B. Evaluasi sumatif
  - C. Evaluasi awal
  - D. Evaluasi proses
  - E. Evaluasi setiap akhir dinas.
5. Pengkajian yang dilakukan setelah intervensi keperawatan sebagai aktifitas evaluasi hasil keperawatan, dikenal dengan istilah ...
- A. Ongoing assesment
  - B. Inisial assesment
  - C. Progress note
  - D. Reassesment
  - E. Assesment
6. Evaluasi yang dilakukan setelah akhir tindakan keperawatan secara paripurna. Berorientasi pada masalah keperawatan, menjelaskan keberhasilan/tidak keberhasilan. Rekapitualsi dan kesimpulan status kesehatan klien, sesuai kerangka waktu yang telah ditetapkan, disebut...
- A. Evaluasi Formatif
  - B. Evaluasi sumatif
  - C. Evaluasi awal
  - D. Evaluasi proses
  - E. Evaluasi setiap akhir dinas

**Kunci Jawaban:**

- 1. C
- 2. C
- 3. E
- 4. B
- 5. D
- 6. B

**H. Rangkuman Materi**

Evaluasi adalah penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan setelah dilakukan tindakan keperawatan.

Tujuan evaluasi untuk mengukur keberhasilan dari rencana dan pelaksanaan tindakan keperawatan yang dilakukan dalam memenuhi kebutuhan klien. Dengan melihat respon pasien terhadap tindakan keperawatan yang diberikan sehingga perawat dapat mengambil keputusan untuk tindakan berikutnya.

Jenis-jenis evaluasi ada 2 jenis yaitu evaluasi formatif dan sumatif. Evaluasi formatif adalah evaluasi proses, selama proses perawatan, berbentuk pengisian format catatan perkembangan. Evaluasi sumatif adalah menilai kondisi setelah diberi asuhan keperawatan atau setelah dilakukan proses keperawatan.

Evaluasi ada 3 tipe yaitu tujuan evaluasi tujuan, evaluasi proses, evaluasi struktur. Komponen evaluasi ada SOAP/SOAPIE/SOAPIER. Untuk mengukur pencapaian tujuan meliputi: aspek kognitif, afektif, psikomotor, perubahan fungsi tubuh.

## I. Glosarium

SOAP : Subyektif Obyektif Analisis Planning

SOAPIE : Subyektif Obyektif Analisis Planning Implementasi Evaluasi

SOAPIER : Subyektif Obyektif Analisis Planning Implementasi Evaluasi  
Reassessment

## J. Daftar Pustaka

Atmayana Purba, M. (n.d.). *Konsep Dasar Asuhan Keperawatan Dan Proses Keperawatan*.

Ernawati, N. (2019). *Modul III Implementasi dan Evaluasi Keperawatan dengan Pendekatan Kasus*. Politeknik Kesehatan Rs Dr Soepraoen malang.

Hadinata, D., & Jahid Abdillah, A. (2022). *Metodologi Keperawatan* (S. Wahyuni, Ed.; 1st ed.). Widina Bhakti Persada Bandung.  
<https://repository.penerbitwidina.com/publications/439035/metodologi-keperawatan#id-section-contentBook//CVWIDINAMEDIAUTAMA>

Nursalam. (2008). *Proses Dan Dokumentasi Keperawatan: Konsep dan Praktik* (2nd ed.). Salemba Medika.

- Oktavianti, L. (n.d.). *Tahap Evaluasi Asuhan Keperawatan Yang Harus Diterapkan Oleh Perawat*.
- Olfah, Y., & Ghofur, A. (2016). *Modul Bahan Ajar Cetak Keperawatan Dokumentasi Keperawatan* (Sumartono, Ed.; 1st ed.). PPSDM Kemenkes RI.
- Polopadang, V., & Hidayah, N. (2019). *Proses Keperawatan: Pendekatan Teori dan Praktik* (Fitriani, Ed.; 1st ed.). Yayasan Pemberdayaan masyarakat Indonesia Cerdas.
- Tarwoto, & Wartonah. (2023). *Kebutuhan Dasar Manusia dan Proses Keperawatan* (A. Suslia, Ed.; 6th ed.). Salemba Medika. [https://books.google.co.id/books/about/Kebutuhan\\_Dasar\\_Manusia\\_dan\\_Proses\\_Keper.html?id=wKnYEAAAQBAJ&redir\\_esc=y](https://books.google.co.id/books/about/Kebutuhan_Dasar_Manusia_dan_Proses_Keper.html?id=wKnYEAAAQBAJ&redir_esc=y)
- Zuliani, Hariyanto, S., Maria, D., Tauran, I., Urifah, S., Sugiarto, A., Muhsinah, S., Kurwiyah, N., Marisi, E. L. D., Manik, M. J., Juliani, E., & Kuswati, A. (2023). *Keperawatan Profesional* (M. J. F. Sirait, Ed.). Yayasan Kita Menulis.



## PROFIL PENULIS



**Dr. Dhiana Setyorini, S.Kep., Ns., M.Kep., Sp.Mat.**, adalah dosen di Poltekkes Kemenkes Surabaya. Riwayat pendidikan setelah lulus SMA adalah Akper Sutomo Surabaya lulus tahun 1991 kemudian lanjut Profesi Ners PSIK Fakultas Kedokteran Unair lulus tahun 2002. S2 Keperawatan dan Spesialis Keperawatan Maternitas beliau selesaikan tahun 2007 di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (FIKUI) kemudian penulis melanjutkan kuliah Program Doktoral (S3) Ilmu Kesehatan Di FKM Unair lulus tahun 2017. Penulis aktif sebagai pembicara seminar dan fasilitator pelatihan gawat darurat maternal neonatal. Selain itu penulis juga aktif melakukan kegiatan penelitian dan kegiatan Pengabdian kepada Masyarakat. Beberapa buku sudah dihasilkan oleh penulis diantaranya Manajemen preeklampsia dan Eklampsia, KIA, Asuhan Keperawatan Maternitas, Deteksi Dini Risiko Preeklamsi Dan Eklampsia, Deteksi Dini Risiko Perdarahan Post Partum, Modul Pelatihan Basic Trauma Cardio Maternal Neonatal Manajemen, Modul Manajemen Keperawatan, Modul Etika Keperawatan, Kebutuhan dasar manusia, manajemen keperawatan, metode penelitian, keperawatan profesional dan banyak buku lainnya.

Penulis aktif sebagai peneliti dan pengabdi. Produk penelitian yang dihasilkan penulis antara lain aplikasi Kartu Skor Dhiana Setyorini (KSDS) untuk deteksi Preeklampsia, Kartu Skor Deteksi Dini Risiko Perdarahan Postpartum (KSPPP), Kartu Skor Deteksi Dini Risiko BBLR (KSBBLR), dan Kartu Skor DETeksi Dini Risiko Depresi Postpartum (KSDPP). Semua hasil penelitian ini dapat diakses di playstore. Penulis aktif dalam organisasi profesi Ikatan Perawat Maternitas Indonesia baik di tingkat pusat maupun Wilayah Jawa Timur, tahun 2010-2017 menjadi ketua Ikatan Perawat Maternitas Indonesia Wilayah Jawa Timur selama 2 periode dan sekarang menjadi pengurus di Tingkat Pusat dan Tingkat Wilayah.

Email: indhiatelu@gmail.com

## PROFIL PENULIS



**Syaiful, S.Pd., S.Kep., Ns., M.Pd., M.Kes.** Lahir di Bima-NTB, , 23 Mei 1968, Pendidikan tinggi yang telah ditempuh oleh penulis yaitu jenjang S1 pada Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya tahun 2002. Kemudian melanjutkan pendidikan S2 pada Universitas Adibusana Surabaya dengan gelar M.Pd pada tahun 2009 sedangkan gelar M.Kes diraih pada universitas Badaruddin Lombok Tengah NTB lulus pada tahun 2023. Riwayat pekerjaan diawali pada tahun 2000 Prodi Keperawatan Bima Akper Depkes Mataram NTB sampai saat ini sudah dikonversi menjadi Poltekkes Kemkes Mataram. Saat ini penulis bekerja di Poltekkes Kemenkes Mataram-NTB mengampu mata kuliah Metodologi penelitian, Konsep Dasar Keperawatan, Manajemen Keperawatan, Keperawatan Jiwa dan Keperawatan Keluarga/Komunitas. Penulis aktif dalam berbagai kegiatan Tridharma Perguruan Tinggi yaitu sebagai penulis buku, publikasi, seminar, nara sumber berbagai workshop, dll, Penulis dapat dihubungi melalui e-mail: [syaiful6823@gmail.com](mailto:syaiful6823@gmail.com)

Motto: "Jangan biarkan matahari terbenam tanpa makna"



**Dr. Ns. Lili Fajria, S.Kep., M.Biomed.** Lahir di Padang, 13 Oktober 1970. Merupakan Dosen tetap keperawatan di Departemen Maternitas dan Anak, Fakultas Keperawatan Universitas Andalas. Pendidikan penulis diawali dengan menempuh pendidikan DIII Keperawatan Dep.Kes RI Padang tahun 1992, kemudian melanjutkan ke PSIK FK Unand tahun 2002. Pendidikan Magister Biomedik ditempuh di Prodi S2 Biomedik FK Unand tahun 2008 dan pada tahun 2021 dapat menyelesaikan Program Doktor bidang Kesehatan Masyarakat di Universitas Andalas. Selain menjadi dosen dan melaksanakan Tridharma Perguruan Tinggi, penulis juga aktif menulis buku, membuat artikel di media masa serta ikut aktif dalam organisasi profesi. Penulis juga aktif menjadi pembicara di berbagai forum ilmiah dan masyarakat. Topik bahasan penulis khususnya di bidang kesehatan reproduksi remaja. Penulis dapat dihubungi melalui email : [lilifajria@nrs.unand.ac.id](mailto:lilifajria@nrs.unand.ac.id).

Motto: "Bersyukur dengan apa yang didapat, berusaha lebih baik"

## PROFIL PENULIS



**Ns. Fitri Wahyuni, M.Kep.** Lahir di Demak, 1 Juni 1984. Pendidikan yang telah ditempuh oleh penulis yaitu Diploma 3 Keperawatan di Akper Kesdam IV/Diponegoro lulus tahun 2005, Kemudian melanjutkan jenjang S1 dan Ners pada Program Studi Ilmu Keperawatan, Universitas Muhammadiyah Semarang tahun 2013. Kemudian melanjutkan pendidikan S2 Keperawatan pada Universitas Gajah Mada dan lulus tahun 2022. Riwayat pekerjaan diawali pada tahun 2008-2009 sebagai perawat di RS Ohud Madinah Kingdom Of Saudi Arabia, tahun 2009 – 2011 sebagai perawat di Yanbu Al Nakheel Kingdom Of Saudi Arabia. Sampai dengan saat ini penulis bekerja di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Kesdam IV/Diponegoro Prodi Diploma III Keperawatan mengampu mata kuliah Metodologi Keperawatan, Dokumentasi Keperawatan, Konsep dasar Keperawatan dan Keperawatan Anak. Penulis aktif dalam berbagai kegiatan Tridharma Perguruan Tinggi yaitu sebagai penulis buku, publikasi, serta aktif mengikuti seminar, dan workshop. Penulis dapat dihubungi melalui e-mail: [fitri wahyuni.semarang@gmail.com](mailto:fitri wahyuni.semarang@gmail.com)



**Hardin, S.Kep., Ns., M.Kep.** Lahir di Malalim Kabupaten Enrekang Sulawesi Selatan, 25 November 1982. Pendidikan tinggi yang telah ditempuh oleh penulis yaitu jenjang S1+Ners pada Program Studi Ilmu Keperawatan, Universitas Hasanuddin tahun 2008. Kemudian melanjutkan pendidikan S2 Keperawatan pada Universitas Hasanuddin dan lulus tahun 2015. Riwayat pekerjaan diawali pada tahun 2005-2010 sebagai perawat pelaksana di Puskesmas Latimojong Kabupaten Luwu. Saat ini penulis bekerja di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIKES) Kamus Arunika mengampu mata kuliah Metodologi Keperawatan, Dokumentasi Keperawatan, dan Keperawatan Medikal Bedah.

Penulis aktif dalam berbagai kegiatan Tridharma Perguruan Tinggi yaitu sebagai penulis buku, publikasi, seminar, workshop dan pelatihan ilmu keperawatan. Penulis dapat dihubungi melalui e-mail: [hardin.nunung@gmail.com](mailto:hardin.nunung@gmail.com)

## PROFIL PENULIS



**Mugi Hartoyo, (BN. Hons.), MN.** Penulis mengawali pendidikan di bidang keperawatan pada Akademi Keperawatan Departemen Kesehatan Semarang pada tahun 1989 dan lulus pada tahun 1992. Penulis menyelesaikan pendidikan Strata 1 Keperawatan di University of Melbourne Australia (BN. Hons) pada tahun 2001, dan melanjutkan pendidikan S2 Keperawatan (*Acute Care*) di University of Melbourne lulus pada tahun 2003. Penulis mulai aktif mengajar sebagai dosen keperawatan bidang peminatan ilmu Keperawatan Medikal Bedah, Keperawatan Gawat Darurat, dan Keperawatan Kritis di Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Semarang dari tahun 1994 hingga saat ini. Di bidang organisasi profesi, penulis aktif sebagai pengurus Himpunan Keperawatan Medikal Bedah (HIPMEBI) Jawa Tengah sejak tahun 2009 hingga sekarang. Penulis juga aktif dalam penerbitan buku-buku keperawatan serta publikasi hasil penelitian dan pengabdian kepada masyarakat pada jurnal nasional dan internasional bereputasi lainnya. Penulis dapat dihubungi melalui e-mail: [hartoyo.mugi@yahoo.com](mailto:hartoyo.mugi@yahoo.com) dan [mugihartoyosajid@gmail.com](mailto:mugihartoyosajid@gmail.com)

Motto: "*The bravest thing you can do is to be yourself.*" (Hal paling berani yang bisa kamu lakukan adalah menjadi diri sendiri).



**Suryanti, S.Kep., Ners., M.Sc.** Lahir di Sragen, 10 Januari 1973. Pendidikan tinggi yang telah ditempuh oleh penulis yaitu jenjang S1 pada Program Studi Ilmu Keperawatan, Universitas Padjajaran Bandung tahun 2001. Kemudian melanjutkan pendidikan S2 pada Universitas Gajah Mada dan lulus tahun 2010. Riwayat pekerjaan diawali pada tahun 1996-1998 di RSUD Sragen, tahun 1998-Desember 2014 di Poltekkes Semarang Prodi Keperawatan Blora, 2015 sampai sekarang di Poltekkes Surakarta Jurusan Keperawatan. Saat ini penulis bekerja di Poltekkes Surakarta mengampu mata kuliah KMB, Keperawatan maternitas, Anatomi fisiologi, metodologi keperawatan. Penulis aktif dalam berbagai kegiatan Tridharma Perguruan Tinggi yaitu sebagai penulis buku, publikasi, seminar. Penulis dapat dihubungi melalui e-mail: [suryantisolo1@gmail.com](mailto:suryantisolo1@gmail.com)

Motto: "Never stop growing, Inspire others"

Buku Ajar "Metodologi Keperawatan: Konsep dan Prinsip Dasar" berisi tentang Metode dalam pemberian asuhan keperawatan melalui proses keperawatan. Dalam memberikan asuhan keperawatan dimulai dari bagaimana Konsep berpikir kritis dan mengambil Keputusan dalam keperawatan. Konsep berpikir kritis dan pengambilan keputusan dalam keperawatan ini penting sebelum perawat memberikan asuhan keperawatan pada klien. Asuhan Keperawatan yang diberikan oleh perawat melalui suatu metode yang disebut dengan Proses Keperawatan yang terdiri dari: Pengkajian, Diagnosis Keperawatan, Perencanaan Tindakan Keperawatan, Pelaksanaan Tindakan Keperawatan dan Evaluasi Proses Keperawatan sehingga sangat strategis untuk mencapai layanan keperawatan yang professional karena didalam buku ini sudah termuat dengan jelas tentang prosedur professional dalam pelaksanaan asuhan keperawatan. Proses keperawatan, sebagai metode ilmiah, berfokus pada pengumpulan data yang akurat mengenai kondisi pasien, yang kemudian dianalisis untuk menentukan intervensi yang tepat.

Buku ini terdiri dari:

1. Konsep Berpikir Kritis Dan Pengambilan Keputusan Dalam Keperawatan
2. Penerapan Metode Proses Keperawatan Dalam Layanan Asuhan Keperawatan Profesional
3. Metode Ilmiah Dan Proses Keperawatan Sebagai Metode Penyelesaian Masalah
  4. Pengkajian Keperawatan
  5. Diagnosis Keperawatan
  6. Intervensi Keperawatan
  7. Implementasi Keperawatan
  8. Evaluasi Asuhan Keperawatan

ISBN 978-623-8775-96-5

9 78623 775965

Penerbit :

**PT Nuansa Fajar Cemerlang (Optimal)**  
Grand Slipi Tower Lt. 5 Unit F  
Jalan S. Parman Kav. 22-24  
Kel. Palmerah, Kec. Palmerah  
Jakarta Barat, DKI Jakarta, Indonesia, 11480  
Telp: (021) 29866919