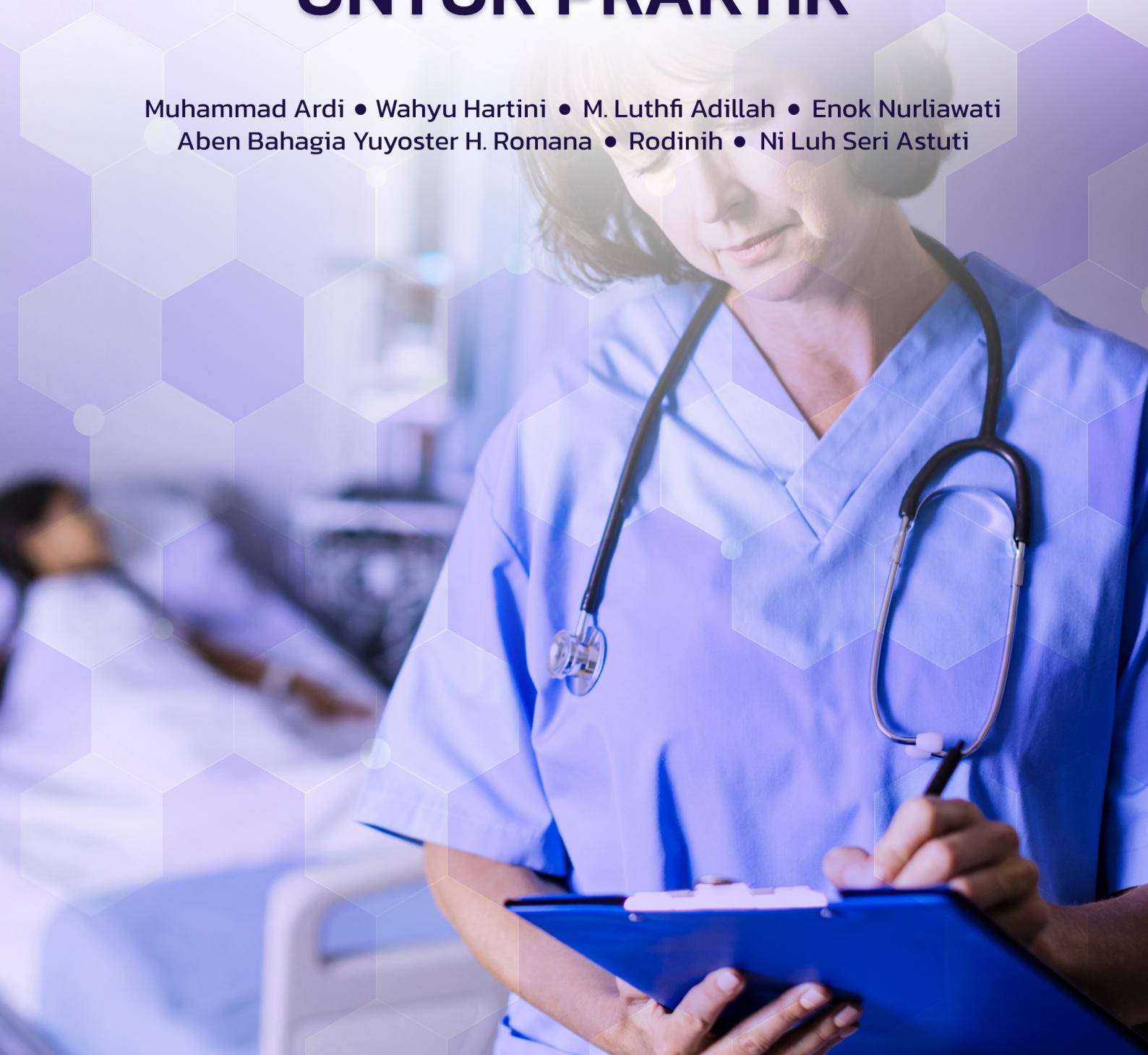


Buku Ajar

METODOLOGI KEPERAWATAN LANDASAN KONSEPTUAL UNTUK PRAKTIK

Muhammad Ardi • Wahyu Hartini • M. Luthfi Adillah • Enok Nurliawati
Aben Bahagia Yuyoster H. Romana • Rodinah • Ni Luh Seri Astuti



BUKU AJAR

METODOLOGI KEPERAWATAN :

LANDASAN KONSEPTUAL

UNTUK PRAKTIK

Penulis:

Muhammad Ardi, M.Kep., Ns., Sp.Kep.M.B.

Ns. Wahyu Hartini, M.Kep.

Ns. M. Luthfi Adillah, M.Kep., Sp.Kep.MB.

Enok Nurliawati, S.Kp., M.Kep.

Aben Bahagia Yuyoster H. Romana, S.Kep., Ns., M.Kep.

Rodiniah, S.Kep., Ners., MM.

Ns. Ni Luh Seri Astuti, S.Kep., M.Kep.



BUKU AJAR METODOLOGI KEPERAWATAN : LANDASAN KONSEPTUAL UNTUK PRAKTIK

Penulis:

Muhammad Ardi, M.Kep., Ns., Sp.Kep.M.B.
Ns. Wahyu Hartini, M.Kep.
Ns. M. Luthfi Adillah, M.Kep., Sp.Kep.MB.
Enok Nurliawati, S.Kp., M.Kep.
Aben Bahagia Yuyoster H. Romana, S.Kep., Ns., M.Kep.
Rodiniah, S.Kep., Ners., MM.
Ns. Ni Luh Seri Astuti, S.Kep., M.Kep.

Desain Sampul: Ivan Zumarano

Penata Letak: Yang Yang Dwi Asmoro

ISBN: 978-623-8775-77-4

Cetakan Pertama: November, 2024

Hak Cipta 2024

Hak Cipta Dilindungi Oleh Undang-Undang

Copyright © 2024

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

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

Puji syukur kami panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa atas selesainya penulisan **Buku Ajar Metodologi Keperawatan: Landasan Konseptual untuk Praktik**. Buku ini hadir untuk memberikan pemahaman mendalam mengenai konsep dasar dalam proses keperawatan, yang menjadi landasan penting sebelum beralih ke aplikasi praktik di laboratorium maupun rumah sakit.

Keperawatan sebagai profesi menuntut fondasi konseptual yang kuat agar setiap intervensi yang dilakukan berlandaskan pada prinsip ilmiah. Oleh karena itu, buku ini dirancang untuk mendukung mahasiswa, perawat, dan praktisi keperawatan dalam memahami metode dan teori yang mendasari asuhan keperawatan secara sistematis.

Dalam buku ini, kami menyajikan berbagai topik yang relevan dengan metodologi keperawatan, mulai dari praktik proses keperawatan, penerapan langkah-langkah metode ilmiah dalam penyelesaian masalah keperawatan, dan praktik kemampuan penilaian klinis dalam keperawatan. Penjelasan setiap konsep disusun secara rinci dan disertai contoh kasus agar pembaca dapat mempelajari proses keperawatan dengan mudah dan terarah.

Kami berharap buku ini dapat menjadi panduan yang bermanfaat bagi pembaca dalam membangun pengetahuan dan keterampilan dasar yang kokoh, yang nantinya akan diterapkan dalam praktik keperawatan. Semoga buku ini dapat memberikan kontribusi yang positif dalam pendidikan keperawatan, meningkatkan kualitas pembelajaran, serta mendukung profesionalisme tenaga keperawatan.

Kami menyadari bahwa buku ini masih memiliki keterbatasan, oleh karena itu, kami terbuka terhadap masukan dan kritik yang membangun untuk penyempurnaan edisi mendatang.

Akhir kata, kami mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah mendukung penulisan dan penerbitan buku ini. Semoga buku ini dapat menjadi referensi yang bermanfaat bagi seluruh pembaca.

Selamat membaca!

Penulis

DAFTAR ISI

| | |
|-------------------------|------------|
| PRAKATA | iii |
| DAFTAR ISI | iv |

BAB 1 PRAKTIK PENERAPAN PROSES KEPERAWATAN SEBAGAI METODE ILMIAH DALAM MENYELESAIKAN MASALAH ATAU ASUHAN KEPERAWATAN.....1

| | |
|--|----|
| A. Alasan Pentingnya Penerapan Proses Keperawatan dalam Asuhan Keperawatan sebagai Metode Pemecahan Masalah Keperawatan..... | 3 |
| B. Tujuan Penerapan Proses Keperawatan | 4 |
| C. Penerapan Pengkajian dalam Asuhan Keperawatan | 4 |
| D. Penerapan Diagnosis Keperawatan dalam Asuhan Keperawatan..... | 6 |
| E. Penerapan Perencanaan dalam Asuhan Keperawatan..... | 9 |
| F. Penerapan Implementasi dalam Asuhan Keperawatan | 11 |
| G. Penerapan Evaluasi dalam Asuhan Keperawatan | 12 |
| H. Latihan | 12 |
| I. Rangkuman Materi..... | 14 |
| J. Glosarium..... | 14 |
| Daftar Pustaka | 15 |

BAB 2 PRAKTIK PENGKAJIAN17

| | |
|--------------------------------------|----|
| A. Pemeriksaan Fisik Umum..... | 21 |
| B. Pemeriksaan Kepala dan Leher..... | 22 |
| C. Pemeriksaan Toraks | 26 |
| D. Pemeriksaan Jantung | 33 |
| E. Pemeriksaan Andomen..... | 35 |
| F. Pemeriksaan Reproduksi..... | 37 |
| G. Pemeriksaan Ekstremitas | 38 |
| H. Latihan | 39 |
| I. Rangkuman Materi..... | 39 |
| J. Glosarium..... | 40 |
| Daftar Pustaka | 40 |

| | |
|---|-----------|
| BAB 3 PRAKTIK MENETAPKAN MASALAH ATAU DIAGNOSA KEPERAWATAN..... | 41 |
| A. Definisi Diagnosis Keperawatan | 43 |
| B. Komponen Diagnosis Keperawatan..... | 43 |
| C. Jenis Diagnosis Keperawatan | 45 |
| D. Proses Penegakan Diagnosis Keperawatan..... | 46 |
| E. Latihan | 50 |
| F. Rangkuman Materi..... | 51 |
| G. Glosarium..... | 52 |
| Daftar Pustaka | 52 |
| BAB 4 PRAKTIK MENYUSUN RENCANA KEPERAWATAN | 53 |
| A. Pengkajian Keperawatan..... | 55 |
| B. Diagnosa Keperawatan..... | 57 |
| C. Intervensi Keperawatan | 58 |
| 1. Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) | 59 |
| 2. Pendokumentasian Intervensi Keperawatan | 60 |
| 3. Praktik Menyusun Intervensi Keperawatan Sesuai Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) | 61 |
| 4. Komponen dalam Intervensi Keperawatan Berdasarkan SIKI | 62 |
| 5. Contoh Menyusun Intervensi Keperawatan Berdasarkan SIKI..... | 62 |
| D. Implementasi Keperawatan..... | 63 |
| 1. Jenis Implementasi Keperawatan | 64 |
| 2. Prinsip implementasi keperawatan | 64 |
| E. Evaluasi Keperawatan..... | 65 |
| F. Latihan | 65 |
| G. Rangkuman Materi..... | 68 |
| H. Glosarium..... | 69 |
| Daftar Pustaka | 69 |
| BAB 5 PRAKTIK MENETAPKAN TINDAKAN KEPERAWATAN..... | 71 |
| A. Proses Keperawatan..... | 73 |
| 1. Pengertian Tentang Proses Keperawatan..... | 73 |
| 2. Manfaat Proses Keperawatan | 74 |
| 3. Karakteristik Proses Keperawatan Mencakup Hal Hal Sebagai Berikut :.... | |
| | 75 |

| | |
|---|----|
| 4. Tahap-Tahap dalam Proses Keperawatan | 75 |
| 5. Keuntungan dari Proses Keperawatan..... | 78 |
| B. Diagnosa Keperawatan..... | 78 |
| C. Perencanaan Tindakan Keperawatan | 82 |
| 1. Tahap Perencanaan | 82 |
| 2. Sumber Data | 82 |
| 3. Langkah-Langkah Perencanaan..... | 83 |
| D. Implementasi..... | 86 |
| 1. Tujuan Implementasi Keperawatan | 86 |
| 2. Pedoman dalam Melaksanakan Implementasi Keperawatan..... | 86 |
| 3. Kategori dalam Implementasi Keperawatan..... | 87 |
| 4. Metode Implementasi | 87 |
| 5. Hal-hal yang Harus di Dokumentasikan | 88 |
| 6. Tahap-Tahap Tindakan Keperawatan | 88 |
| E. Evaluasi..... | 90 |
| 1. Tahap Evaluasi Keperawatan..... | 91 |
| 2. Macam – Macam Evaluasi | 92 |
| F. Dokumentasi | 93 |
| G. Latihan | 94 |
| H. Rangkuman Materi..... | 95 |
| I. Glosarium..... | 95 |
| Daftar Pustaka | 96 |

BAB 6 PRAKTIK PENERAPAN LANGKAH-LANGKAH METODE ILMIAH (EVIDENCE BASED) DALAM PENYELESAIAN MASALAH99

| | |
|---|-----|
| A. Contoh Praktik Penerapan Langkah-Langkah Metode Ilmiah (Evidence Based) dalam Penyelesaian Masalah | 103 |
| B. Langkah-langkah yang Digunakan untuk Memecahkan Fenomena yang Terdapat pada Kasus: | 104 |
| C. Latihan | 107 |
| D. Rangkuman Materi..... | 109 |
| E. Glosarium..... | 109 |
| Daftar Pustaka | 110 |

| | |
|---|------------|
| BAB 7 PRAKTIK KEMAMPUAN PENILAIAN KLINIS DALAM KEPERAWATAN | 111 |
| A. Definisi dan Konsep Dasar Penilaian Klini..... | 113 |
| B. Tujuan dan Manfaat Penilaian Klinis..... | 113 |
| C. Peran Perawat dalam Penilaian Klinis..... | 115 |
| D. Teori dan Model Penilaian Klinis..... | 116 |
| E. Berpikir Kritis dalam Proses Penalaran dan Penilaian Klinis..... | 118 |
| F. Langkah-Langkah dalam Penilaian Klinis..... | 119 |
| G. Aplikasi Penilaian Klinis pada Pasien | 120 |
| H. Penggunaan Teknologi dalam Penilaian Klinis | 124 |
| I. Latihan | 125 |
| J. Rangkuman Materi..... | 129 |
| K. Glosarium..... | 130 |
| Daftar Pustaka..... | 130 |
| PROFIL PENULIS..... | 135 |

BAB 1

PRAKTIK PENERAPAN PROSES KEPERAWATAN SEBAGAI METODE ILMIAH DALAM MENYELESAIKAN MASALAH ATAU ASUHAN KEPERAWATAN

Pendahuluan

Proses keperawatan adalah metode ilmiah yang efektif digunakan oleh perawat untuk membantu memecahkan masalah kesehatan pasien. Proses keperawatan merupakan siklus dari 5 tahap proses keperawatan yaitu pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi yang bersifat dinamis dan saling berkaitan dalam implementasinya sehingga dibutuhkan kemampuan yang kompleks dari perawat untuk dapat menerapkan proses keperawatan dan memberikan asuhan keperawatan yang berkualitas untuk setiap pasien. Pemahaman yang baik dari seorang perawat tentang proses keperawatan dan asuhan keperawatan membuat perawat kompeten dalam mempraktikkan atau mengimplementasikan setiap tahap proses keperawatan dan memberikan asuhan keperawatan.

Tujuan Instruksional

Mahasiswa diharapkan mampu memahami tentang:

1. Alasan Pentingnya Penerapan Proses Keperawatan dalam Asuhan Keperawatan sebagai Metode Pemecahan Masalah Keperawatan
2. Tujuan Penerapan Proses Keperawatan
3. Penerapan Proses Keperawatan dalam Asuhan Keperawatan

Capaian Pembelajaran

Mahasiswa diharapkan mampu memahami tentang:

1. Alasan Pentingnya Penerapan Proses Keperawatan dalam Asuhan Keperawatan sebagai Metode Pemecahan Masalah Keperawatan

2. Tujuan Penerapan Proses Keperawatan
3. Penerapan Pengkajian dalam Asuhan Keperawatan
4. Penerapan Diagnosis Keperawatan dalam Asuhan Keperawatan
5. Penerapan Perencanaan dalam Asuhan Keperawatan
6. Penerapan Implementasi dalam Asuhan Keperawatan
7. Penerapan Evaluasi dalam Asuhan Keperawatan

Uraian Materi

A. Alasan Pentingnya Penerapan Proses Keperawatan dalam Asuhan Keperawatan sebagai Metode Pemecahan Masalah Keperawatan

Proses keperawatan merupakan metode ilmiah yang digunakan oleh perawat dalam memberikan asuhan keperawatan kepada pasien dan sebagai kerangka berfikir ilmiah perawat untuk melaksanakan fungsi dan tanggung jawabnya selama bertugas dalam membantu mengatasi masalah kesehatan pasien secara mandiri. Proses keperawatan juga dapat menjadi alat untuk mengidentifikasi masalah keperawatan pasien, merencanakan tindakan keperawatan yang akan dilakukan, melaksanakan tindakan yang telah direncanakan dan mengevaluasi hasil tindakan dan pemberian asuhan keperawatan. Proses keperawatan sangat penting untuk dipahami oleh seluruh perawat karena proses keperawatan merupakan alat penting yang ilmiah untuk menjamin pemberian asuhan keperawatan yang ilmiah, sistematis, efektif, efisien, berkualitas dan aman sebagai upaya memenuhi kebutuhan dasar pasien untuk mencapai derajat kesehatan meliputi biopsikososiospiritual yang optimal. Perawat wajib menerapkan berpikir kritis dan menggunakan proses keperawatan sebagai metode ilmiah dalam setiap tahap proses keperawatan untuk menjamin keselamatan pasien, dan mempertanggungjawabkan setiap keputusan yang diambil dan tindakan yang dilakukan oleh perawat.

Menurut Polopadang dan Hidayah (2019), Proses keperawatan bermanfaat untuk pasien, perawat, intitusi pelayanan dan masyarakat yaitu:

1. Bagi pasien
Pasien mendapatkan asuhan keperawatan yang berkualitas, efektif dan efisien secara spesifik sesuai dengan kebutuhan dasar dan masalah kesehatan setiap pasien.
2. Bagi tenaga keperawatan
Proses keperawatan akan meningkatkan kemandirian perawat dalam melaksanakan tugasnya melalui pemberian asuhan keperawatan sehingga dapat memberikan kepuasan pada perawat dan meningkatkan rasa percaya dirinya.
3. Bagi institusi
Peningkatan kualitas layanan keperawatan dapat meningkatkan kepuasan pasien dan masyarakat sehingga akan meningkatkan citra rumah sakit di masyarakat. Kepuasan masyarakat ini akan meningkatkan animo

masyarakat untuk memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan yang ada di institusi tersebut.

B. Tujuan Penerapan Proses Keperawatan

Tujuan penerapan proses keperawatan bagi pasien adalah:

1. Mempertahankan atau meningkatkan kesehatan pasien
2. Mencegah penyakit pasien menjadi lebih parah, menyebar atau menimbulkan komplikasi
3. Membantu pemulihan kondisi pasien pasca sakit
4. Mengoptimalkan atau memaksimalkan fungsi tubuh
5. Membantu pasien terminal meninggal dengan baik dan damai

Tujuan proses keperawatan bagi perawat adalah:

1. Menerapkan standar praktik keperawatan
2. Mempraktikkan metode pemecahan masalah yang ilmiah di area praktik keperawatan
3. Mempraktikkan metode ilmiah yang baku, rasional, sistematis dan dinamis
4. Memperoleh hasil asuhan keperawatan yang berkualitas
5. Meningkatkan efektifitas dan efisiensi asuhan keperawatan
6. Meningkatkan kreativitas dalam pemberian asuhan keperawatan

C. Penerapan Pengkajian dalam Asuhan Keperawatan

Pengkajian adalah tahap awal proses keperawatan yang penting karena pada tahap ini pertama kali data didapatkan dan diperoleh dengan cara yang tepat dan data yang didapatkan juga harus relevan dengan kondisi pasien. Pada tahap pengkajian juga tidak hanya perlu adanya data, tetapi data yang diperoleh harus valid karena data yang tidak valid akan menyebabkan salah penentuan diagnosis keperawatan dan jika salah dalam menegakkan diagnosis keperawatan akan salah dalam membuat strategi pemecahan masalah dalam perencanaan, implementasi sampai evaluasi. Tahap pengkajian juga membutuhkan kemampuan komunikasi, kemampuan berpikir kritis dan keterampilan mengumpulkan atau menggali data dari perawat sehingga data yang didapatkan tepat, valid dan relevan dengan situasi dan kondisi kesehatan pasien. Jika kemampuan tersebut di atas tidak dimiliki perawat, maka bisa mengakibatkan terjadinya kesalahan diagnosis keperawatan dan hal ini akan sangat berdampak pada kesehatan pasien.

Praktik yang dilakukan pada tahap pengkajian meliputi:

1. Pengumpulan data

Tujuan pengumpulan data adalah:

- a. Memperoleh informasi yang akurat tentang keadaan kesehatan pasien
- b. Menentukan masalah keperawatan dan kesehatan pasien
- c. Menilai keadaan kesehatan pasien
- d. Membuat keputusan yang tepat dalam menentukan langkah-langkah berikutnya

Teknik pengumpulan data yang digunakan pada tahap pengkajian adalah:

a. Wawancara/ Anamnesis

Wawancara adalah proses tanya jawab yang dilakukan oleh perawat baik secara langsung (*autoanamnesis*) maupun tidak langsung (*alloanamnesis*) tentang hal yang berhubungan dengan masalah kesehatan yang dihadapi pasien menggunakan komunikasi terapeutik, yaitu suatu pola hubungan interpersonal antara pasien dan perawat yang bertujuan untuk menggali informasi mengenai status kesehatan pasien dan membantu menyelesaikan masalahnya. Saat wawancara perawat harus memiliki kemampuan komunikasi yang baik dan menyenangkan untuk membangun kepercayaan pasien sehingga pasien merasa aman dan nyaman dalam kondisi apapun sehingga data yang didapat lebih komprehensif. Komunikasi yang dilakukan melalui empat tahapan, yaitu tahap persiapan, perkenalan, kerja dan terminasi.

Tujuan wawancara adalah:

- 1) Memperoleh data tentang masalah kesehatan dan masalah keperawatan pasien
- 2) Mendapatkan informasi yang diperlukan dalam mengidentifikasi dan merencanakan tindakan keperawatan
- 3) Membantu pasien memperoleh informasi dan berpartisipasi dalam identifikasi masalah dan tujuan perawatan
- 4) Membantu perawat untuk menentukan investigasi lebih lanjut selama tahap pengkajian
- 5) Meningkatkan hubungan antara perawat dengan pasien dalam berkomunikasi

b. Observasi

Pengamatan yang dilakukan oleh perawat meliputi 2 SHFT (*Sight, Smell, Hearing, Feeling, Taste*). *Smell* untuk menilai hal yang dapat dilihat secara langsung, dan bau. *Hearing* untuk menilai suara atau bunyi. *Feeling* untuk

menilai perasaan yang dirasakan pasien. *Taste* digunakan untuk menilai hal yang dirasakan oleh indera pengecapan. Tidak semua hasil observasi disampaikan secara detil kepada pasien jika apa yang disampaikan dapat meningkatkan kecemasan pasien atau data yang didapat bisa menjadi tidak murni. Saat melakukan observasi perlu memperhatikan aspek fisik, mental, sosial dan spiritual dan hasilnya harus dicatat dalam catatan kepercayaan.

c. Pemeriksaan fisik

Pendekatan yang dapat digunakan dalam melakukan pemeriksaan fisik adalah:

- 1) Pemeriksaan dari ujung rambut sampai ujung kaki (*head to toe*)
- 2) Pendekatan berdasarkan sistem tubuh (*review of system*)
- 3) Pola fungsi kesehatan Gordon dan Doengoes

Metode yang digunakan dalam melakukan pemeriksaan fisik adalah inspeksi (melihat), palpasi (meraba), perkusi (mengetuk) dan auskultasi (mendengar) untuk mendapatkan data obyektif tentang kondisi fisik pasien yang terkait dengan masalah kesehatannya.

Beberapa kendala yang ditemukan saat pengumpulan data menurut Ranah (2011) dalam Polopadang dan Hidayah (2019) adalah:

- a. Ketidakmampuan perawat dalam mengorganisir data dasar
 - b. Kehilangan data yang telah diperoleh
 - c. Data yang diperoleh tidak relevan
 - d. Adanya duplikasi data
 - e. Kesalahan dalam mempersepsikan data
 - f. Data yang tidak lengkap
 - g. Adanya interpretasi data dalam mengobservasi perilaku pasien
 - h. Kegagalan dalam mengambil data dasar terbaru
2. Mengelompokkan data
 3. Menganalisis data
 4. Merumuskan diagnosis keperawatan

D. Penerapan Diagnosis Keperawatan dalam Asuhan Keperawatan

Diagnosis keperawatan adalah pernyataan yang menggambarkan respon manusia (keadaan sehat atau perubahan pola interaksi aktual/potensial) dari individu atau kelompok tempat perawat secara legal mengidentifikasi dan perawat dapat memberikan intervensi secara pasti untuk menjaga status

kesehatan atau untuk mengurangi, menyingkirkan atau mencegah perubahan (Rohmah & Walid, 2012).

Berdasarkan hasil studi fenomenologi: pengalaman perawat dalam menegakkan diagnosis keperawatan berdasarkan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia diperoleh hasil penelitian yang berupa tema-tema yaitu: tantangan baru, memudahkan perawat, kendala penggunaan SDKI dan bentuk dukungan penerapan SDKI (Batu et al, 2024). Penelitian ini memberikan gambaran tentang beberapa respon perawat yang menjadi partisipan terkait dengan penegakkan diagnosis keperawatan menggunakan SDKI. Beberapa perawat dalam penelitian ini menyatakan bahwa cukup rumit memahami SDKI, tetapi setelah mengikuti sosialisasi tentang SDKI, beberapa perawat menyatakan bahwa penggunaan SDKI memudahkan dalam menegakkan diagnosis keperawatan karena lebih cepat dalam menentukan diagnosis keperawatan, lebih simple, terarah dan bahasanya mudah dimengerti dan dipahami. Penegakkan diagnosis keperawatan membutuhkan pedoman yang baik. Status keikutsertaan pelatihan proses keperawatan mempengaruhi pengetahuan perawat tentang penerapan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (Meidianta & Milkhatun, 2020). Beberapa kendala dirasakan dalam menggunakan SDKI untuk penegakkan diagnosis keperawatan yaitu: tidak semua keluhan dan patofisiologi tercantum di SDKI, terkadang NCP nya belum sama dengan SDKI, agak ribet karena dalam pemberian asuhan keperawatan harus menggunakan 3 buku sebagai rujukan.

Komponen diagnosis keperawatan terdiri dari masalah/problem (P), penyebab/etiology (E) dan data/ sign and symptom (S). Problem adalah pernyataan yang menggambarkan perubahan status kesehatan pasien sehingga menyebabkan timbulnya masalah. Penyebab adalah pernyataan yang mencerminkan penyebab dari masalah kesehatan pasien yang memberi arah kepada intervensi keperawatan. Etiologi dapat berhubungan dengan aspek patofisiologi, tingkah laku, psikososial, perubahan situasional, gaya hidup, usia perkembangan atau faktor budaya dan lingkungan. Data adalah informasi yang diperlukan untuk merumuskan diagnosis keperawatan.

Tipe diagnosis yang dapat ditegakkan oleh perawat menurut Polopadang dan Hidayah (2019) sebagai berikut:

Tabel 1.1

| Aktual | Risiko | Promosi Kesehatan |
|---|--|--|
| <p>1. Harus ada unsur PES</p> <p>2. Menggambarkan penilaian klinis yang harus divalidasi perawat karena adanya batasan karakteristik mayor</p> <p>3. Data (S) harus memenuhi kriteria mayor 80% - 100%</p> <p>4. Sebagian kriteria minor dari pedoman diagnosis SDKI</p> <p>5. Contoh: hipovolemia berhubungan dengan kekurangan intake cairan dibuktikan dengan turgor jelek, bibir tampak kering, kulit tampak kering dan suhu: 38°C.</p> | <p>1. Ada unsur PE</p> <p>2. Menggambarkan penilaian klinis dimana individu atau kelompok lebih rentan mengalami masalah dibanding orang lain dalam situasi yang sama atau serupa</p> <p>3. Menggunakan istilah risiko atau risiko tinggi</p> <p>4. Contoh: risiko gangguan integritas kulit berhubungan dengan kekurangan volume cairan</p> | <p>1. Menggambarkan adanya keinginan dan otivasi pasien untuk meningkatkan kondisi kesehatannya ke tingkat yang lebih baik atau optimal</p> <p>2. Contoh: deficit pengetahuan, manajemen kesehatan tidak efektif</p> |

Menurut PPNI (2017), langkah-langkah menentukan diagnosis keperawatan meliputi:

1. Analisis data

Pada tahap ini perawat membandingkan data dengan nilai normal dan mengelompokkan data.

2. Identifikasi masalah

Pada tahap ini masalah diidentifikasi apakah termasuk masalah aktual, risiko atau promosi kesehatan

3. Perumusan diagnosis keperawatan

Penulisan diagnosis keperawatan harus mengikuti kriteria petunjuk penulisan diagnosis keperawatan yang menurut Rohmah (2017) adalah:

1. Menulis masalah pasien/perubahan status kesehatan pasien
2. Memastikan bahwa masalah pasien didahului adanya penyebab dan keduanya dihubungkan dengan kata "berhubungan dengan"
3. Definisi karakteristik jika diikuti dengan penyebab kemungkinan dihubungkan dengan kata dibuktikan dengan

4. Menuliskan istilah yang umum digunakan
5. Memastikan bahwa pernyataan masalah menandakan apakah keadaan yang tidak sehat dari pasien atau apa yang diharapkan pasien bisa dirubah
6. Menghindari penggunaan definisi karakteristik diagnosis medis atau sesuatu yang tidak bisa dirubah dalam pernyataan masalah
7. Membaca ulang diagnosis keperawatan untuk memastikan bahwa pernyataan masalah bisa dicapai dan penyebabnya bisa diukur oleh perawat

Perawat juga harus bisa membedakan antara diagnosis medis dengan diagnosis keperawatan sesuai dengan pernyataan Rohmah (2017) sebagai berikut:

Tabel 1.2

| Diagnosis Medis | Diagnosis Keperawatan |
|--|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Berfokus pada faktor-faktor yang bersifat pengobatan dan penyembuhan penyakit 2. Berorientasi pada keadaan patologis 3. Cenderung tetap, mulai dari sakit sampai sembuh 4. Mengarah pada tindakan medic yang sebagian besar dikolaborasikan kepada perawat | <ol style="list-style-type: none"> 1. Berfokus pada respon atau reaksi pasien terhadap penyakitnya 2. Berorientasi pada kebutuhan individu, biopsikososiospiritual 3. Berubah sesuai dengan perubahan respon pasien 4. Mengarah pada fungsi mandiri perawat dalam melaksanakan tindakan keperawatan dan evaluasi |

E. Penerapan Perencanaan dalam Asuhan Keperawatan

Perencanaan keperawatan memuat intervensi keperawatan yaitu suatu proses di dalam pemecahan masalah yang merupakan keputusan awal tentang sesuatu apa yang akan dilakukan, bagaimana dilakukan, kapan dilakukan dan siapa yang melakukan dari semua tindakan keperawatan (Dermawan, 2012).

Langkah-langkah menyusun intervensi keperawatan menurut Manurung (2011) meliputi:

1. Menentukan prioritas masalah

Penentuan prioritas masalah berdasarkan skala prioritas masalah mana yang akan diselesaikan terlebih dahulu berdasarkan tingkat kedaruratan masalah.

Teknik menentukan prioritas masalah sebagai berikut:

- a. Standar V: standar asuhan keperawatan

Prioritas pertama yaitu masalah yang mengancam kehidupan, kedua, masalah yang mengancam kesehatan dan ketiga, masalah yang mempengaruhi perilaku.

b. Hirarki Maslow

- 1) Prioritas 1: masalah yang berhubungan dengan kebutuhan fisiologis: respiration, sirkulasi, nutrisi, hidrasi, eliminasi, suhu dan kesenjangan fisik.
- 2) Prioritas 2: masalah yang berpengaruh pada keselamatan dan keamanan
- 3) Prioritas 3: masalah yang berpengaruh terhadap cinta dan rasa memiliki
- 4) Prioritas 4: masalah yang berpengaruh pada rasa harga diri
- 5) Prioritas 5: masalah yang berpengaruh pada kemampuan mencapai sasaran pribadi atau aktualisasi diri

c. Depkes RI 1992

Prioritas masalah menurut pedoman asuhan keperawatan menurut Depkes Ri (1992) yang pertama adalah masalah actual dan yang kedua adalah masalah potensial, tetapi masalah yang dapat mengancam jiwa dapat menjadi prioritas dibanding dengan masalah actual yang berisiko rendah.

d. Pendekatan *body system* (B1 sampai dengan B6)

Pendekatan body system meliputi:

- 1) B1: breathing (jalan napas dan pernapasan)
- 2) B2: blood (darah dan sirkulasi darah)
- 3) B3: brain (kesadaran)
- 4) B4: bladder (perkemihan)
- 5) B5: bowel (pencernaan)
- 6) B6: bone (kulit, selaput lendir dan tulang)

2. Menuliskan tujuan

Tujuan merupakan rumusan singkat dan jelas, disusun berdasarkan diagnosis keperawatan, spesifik, dapat diukur, realistik dan dapat dicapai. Tujuan dinyatakan dengan istilah hasil yang ingin dicapai, bukan tindakan keperawatannya, harus menggambarkan perilaku pasien yang dapat diamati dan diukur, realistik, mencerminkan kemampuan dan keterlibatan pasien serta berdasarkan satu diagnosis keperawatan. Kriteria yang harus dipenuhi dalam menyusun tujuan adalah SMART (*Spesifik, measurable, achievable, reality and time*)

3. Menetapkan kriteria hasil

Kriteria hasil merupakan batasan karakteristik keberhasilan dari tujuan yang telah ditetapkan., berorientasi pada masalah dan kemungkinan penyebab dan merujuk pada data/*symptom*. Kriteria hasil mencakup 4 aspek, yaitu kognitif, afektif, psikomotor dan perubahan fungsi tubuh (Rohmah & Walid, 2012). Pedoman penulisan kriteria hasil adalah berfokus pada pasien, singkat dan jelas, dapat diobservasi dan dapat diukur, ada batas waktu, ditentukan oleh perawat dan pasien (Setiadi, 2012).

4. Memilih rencana tindakan atau intervensi keperawatan

Memilih rencana tindakan atau intervensi keperawatan sebagai berikut: tindakan keperawatan harus aman bagi pasien, harus sejalan dengan tindakan pengobatan, harus didasari prinsip dan pengetahuan yang digabungkan dari pendidikan dan pengalaman sebelumnya, menulis sekumpulan tindakan keperawatan untuk mencapai tujuan, memilih satu kumpulan tindakan keperawatan yang kira-kira cocok dengan sikap yang disebutkan dalam pernyataan tujuan, harus realistik, tindakan keperawatan harus penting bagi kesehatan pasien dan sejalan dengan tujuan serta nilai setiap pasien, menggunakan pasien sebagai sumber dalam memilih tindakan keperawatan dan menulis tindakan keperawatan secara berurutan.

F. Penerapan Implementasi dalam Asuhan Keperawatan

Implementasi merupakan realisasi dari rencana tindakan dengan tujuan untuk mencapai apa yang telah ditetapkan (Rohman & Walid, 2012) yang meliputi peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pemulihan kesehatan dan memfasilitasi coping dengan baik jika pasien mempunyai keinginan untuk berpartisipasi dalam implementasi keperawatan (Risnah, 2011).

Keterampilan yang perlu dimiliki seorang perawat dalam melakukan implementasi adalah keterampilan kognitif, keterampilan interpersonal dan keterampilan psikomotor. Implementasi keperawatan juga dipengaruhi oleh beberapa faktor, yaitu: kemampuan intelektual, teknikal dan interpersonal, kemampuan menilai data baru, kreativitas dan inovasi dalam membuat modifikasi rencana tindakan, penyesuaian selama berinteraksi dengan pasien, kemampuan mengambil keputusan dalam memodifikasi pelaksanaan dan kemampuan menjamin keamanan dan kenyamanan serta efektivitas tindakan. Tahapan implementasi terdiri dari tahap persiapan yang meliputi memahami intervensi yang akan dilakukan, menyiapkan tenaga dan alat yang akan

digunakan serta menyiapkan lingkungan terapeutik yang sesuai dengan jenis tindakan yang akan dilakukan, pelaksanaan yang mengutamakan keamanan dan keselamatan pasien dan berfokus pada tindakan untuk memenuhi kebutuhan pasien dengan berorientasi pada tujuan dan kriteria hasil, serta terminasi, dengan menilai keberhasilan tindakan dan mendokumentasikan tindakan secara lengkap dan akurat..

G. Penerapan Evaluasi dalam Asuhan Keperawatan

Evaluasi dilakukan untuk mengkaji respon pasien setelah dilakukan tindakan keperawatan dan mengkaji ulang tindakan keperawatan yang telah diberikan. Komponen evaluasi meliputi data subyektif, data obyektif, analisis, perencanaan, implementasi, evaluasi dan *reassessment*. Proses evaluasi meliputi:

1. Mengukur pencapaian tujuan

Pengukuran pencapaian tujuan meliputi:

- a. Aspek kognitif
- b. Aspek afektif
- c. Psikomotor
- d. Perubahan fungsi tubuh

2. Menentukan keputusan

H. Latihan

1. Apa alasan aling tepat berikut ini terkait penerapan proses keperawatan yang harus menggunakan metode ilmiah?
 - A. Meningkatkan ilmu pengetahuan tentang keperawatan
 - B. Mempertahankan dan meningkatkan kemampuan berpikir kritis perawat
 - C. Meningkatkan kualitas asuhan keperawatan dan meningkatkan kepuasan pasien
 - D. Mengikuti standar asuhan keperawatan yang telah ditetapkan oleh organisasi profesi
 - E. Untuk menjamin keselamatan pasien dan mempertanggungjawabkan keputusan dan tindakan yang dilakukannya.
2. Tahap proses keperawatan yang paling mendasar membutuhkan kemampuan berpikir kritis untuk mendapatkan data yang valid adalah...
 - A. Pengkajian

- B. Analisis data
 - C. Pengumpulan data
 - D. Pengelompokan data
 - E. Diagnosis keperawatan
3. Apakah alasan menyusun prioritas diagnosis keperawatan?
- A. Membuat urutan diagnosis keperawatan
 - B. Membuat urutan sesuai dengan hirarki Maslow
 - C. Memudahkan membuat urutan perencanaan keperawatan
 - D. Meningkatkan efisiensi dan efektifitas pemberian asuhan keperawatan
 - E. Menentukan skala prioritas pelaksanaan untuk mengatasi diagnosis keperawatan
4. Apakah pertimbangan yang paling penting dalam menentukan intervensi?
- A. Apakah intervensi memungkinkan untuk dilaksanakan
 - B. Apakah intervensi sudah sesuai dengan diagnosis keperawatan
 - C. Apakah intervensi sudah sesuai dengan standar asuhan keperawatan
 - D. Apakah intervensi dapat menghilangkan etiologi dan mengatasi masalah
 - E. Apakah intervensi sudah memuat semua aspek preventif, promotif, kuratif dan rehabilitatif
5. Apakah acuan perawat dalam melakukan evaluasi?
- A. Intervensi
 - B. Data fokus
 - C. Implementasi
 - D. Diagnosis keperawatan
 - E. Tujuan dan kriteria hasil

Kunci Jawaban

1. E
2. A
3. E
4. D
5. E

I. Rangkuman Materi

Buku ini membahas tentang alasan mengapa seorang perawat perlu menerapkan proses keperawatan sebagai metode ilmiah dalam memberikan asuhan keperawatan dan menyelesaikan masalah pasien, dan memberikan informasi tentang hal-hal yang harus dilakukan oleh perawat dalam mempraktikkan atau mengimplementasikan setiap tahap proses keperawatan ketika memberikan asuhan keperawatan. Setelah mahasiswa memahami materi ini diharapkan mahasiswa dapat mengimplementasikannya saat melaksanakan praktik klinik di wahana praktik dan saat memberikan asuhan keperawatan ketika sudah menjadi perawat professional.

J. Glosarium

SHFT : *Sight, Smell, Hearing, Feeling, Taste*

SDKI : Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia

SMART : *Spesifik, measurable, achievable, reality and time*

Daftar Pustaka

- Batu, Y, Hasriana, Damayanti, A, Lesmana, H, Zulfia, R, & Najihah. (2024). Studi Fenomenologi: Pengalaman Perawat Dalam Menegakkan Diagnosis Keperawatan Berdasarkan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia. *Mahesa: Malahayati Health Student Journal*, 4(9), 3739-3748. <https://doi.org/10.33024/mahesa.v4i9.14897>.
- Dermawan, & Deden. (2012). *Proses Keperawatan Penerapan Konsep dan Kerangka Kerja*. Gosyen Publishing: Yogyakarta.
- Manurung, & Santa. (2011). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan (Konsep, Proses dan Praktik)*, EGC: Jakarta.
- Medianta, A.C., & Milkhatun. (2020). Hubungan antara Pelatihan Proses Keperawatan dengan Pengetahuan Perawat tentang Penerapan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia di RSUD Samarinda, *Jurnal Pengabdian Kepada Masyarakat (JPKM)* – Aphetion, 1(2), 647-651.<https://journals.umkt.a.id/index.php/bsr/article/view/1020/377>
- Polopadang, V, & Hidayah, N. (2019). *Proses Keperawatan Pendekatan Teori dan Praktik*. Yayasan Pemberdayaan Masyarakat Indonesia Cerdas: Gowa
- Risnah. (2011). *Metodologi Asuhan Keperawatan*. Alauddin Press. Makasar
- Rohmah, Nikmatur, Walid, Saiful. (2012). *Proses Keperawatan: Teori dan Aplikasi*. Ar-Ruzz Media: Jakarta
- Setiadi. (2012). *Konsep dan Penulisan Dokumentasi Asuhan Keperawatan (Teori dan raktik)*. Graha Ilmu: Yogyakarta
- Tim Pokja SDKI PPNI. (2017). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik. DPP PPNI: Jakarta.

BAB 2

PRAKTIK PENGKAJIAN

Pendahuluan

Buku ajar ini berjudul Metodologi Keperawatan dan disusun untuk memberikan pemahaman mendalam mengenai praktik pengkajian keperawatan, terutama dalam aspek pengkajian fisik head to toe sebagai bagian penting dari proses asuhan keperawatan. Pengkajian fisik yang menyeluruh merupakan keterampilan esensial yang dibutuhkan oleh setiap tenaga kesehatan, khususnya perawat, dalam mendiagnosis serta menyusun rencana perawatan yang akurat dan sesuai dengan kebutuhan pasien.

Buku ini disusun oleh penulis yang memiliki latar belakang dalam pendidikan dan praktik keperawatan, dengan pengalaman dalam mengajarkan keterampilan pengkajian fisik kepada mahasiswa keperawatan dan tenaga kesehatan lainnya. Dengan bekal pengalaman ini, penulis berharap buku ini dapat menjadi panduan yang aplikatif dan sesuai dengan kebutuhan pembaca yang sedang belajar atau bekerja dalam bidang keperawatan.

Tujuan dari buku ini adalah membantu pembaca memahami dan menguasai metode pengkajian fisik yang komprehensif dari ujung kepala hingga ujung kaki, yang dapat digunakan untuk mengidentifikasi kondisi kesehatan pasien secara menyeluruh. Diharapkan, setelah mempelajari buku ini, pembaca mampu melaksanakan pengkajian keperawatan dengan cara yang sistematis, profesional, dan berbasis pada metode ilmiah.

Buku ini ditujukan bagi mahasiswa keperawatan, perawat pemula, dan praktisi kesehatan yang ingin memperkuat keterampilan dasar pengkajian fisik. Buku ini juga dapat digunakan oleh profesional keperawatan yang memerlukan sumber rujukan untuk memperdalam keterampilan mereka dalam praktik pengkajian klinis.

Buku ini mencakup berbagai topik pengkajian fisik yang disusun secara terstruktur. Bab-bab dalam buku ini dimulai dari Pemeriksaan Fisik Umum, yang merupakan pengkajian awal untuk memahami kondisi umum pasien. Bab berikutnya mencakup Pemeriksaan Kepala dan Leher, Pemeriksaan Mulut dan Faring, Leher, Pemeriksaan Toraks, Pemeriksaan Kardiovaskuler, Abdomen, Ekstremitas serta Pemeriksaan Reproduksi pada Laki-laki dan Perempuan, yang diuraikan secara rinci agar pembaca memahami setiap aspek yang perlu dinilai pada pasien.

Buku ini dirancang dengan pendekatan berbasis praktik yang disertai gambar dan ilustrasi yang membantu mempermudah pembaca dalam memahami prosedur pengkajian fisik. Selain itu, latihan soal dan studi kasus yang disertakan bertujuan untuk membantu pembaca mengasah kemampuan analisis klinis serta penerapan pengkajian fisik dalam situasi nyata.

Pendekatan yang digunakan dalam buku ini adalah pembelajaran aktif, di mana pembaca didorong untuk mempraktikkan langsung setiap langkah pengkajian, sekaligus refleksi hasil pengkajian terhadap kondisi pasien. Dengan cara ini, diharapkan pembaca dapat memiliki kemampuan berpikir kritis dan mengambil keputusan yang tepat dalam praktik keperawatan.

Pembaca disarankan untuk membaca buku ini secara urut, dari bab dasar hingga bab lanjutan, agar pemahaman mereka terbangun secara menyeluruh dan terpadu. Latihan dan studi kasus yang terdapat di akhir setiap bab dianjurkan untuk dilakukan secara mandiri atau dalam kelompok untuk memperdalam pemahaman konsep dan keterampilan yang telah dipelajari.

Dengan demikian, buku ini diharapkan menjadi panduan yang bermanfaat dan membantu pembaca dalam mempraktikkan pengkajian fisik secara menyeluruh, yang merupakan dasar penting dalam memberikan asuhan keperawatan yang berkualitas.

Tujuan Instruksional:

Tujuan instruksional dalam buku ini bersifat umum, mencakup pengetahuan dan keterampilan dasar yang diharapkan dapat dikuasai oleh pembaca setelah

mempelajari seluruh bab dalam buku ini. Tujuan instruksional dari buku ini meliputi:

1. Mengembangkan pemahaman komprehensif tentang pentingnya pengkajian fisik *head to toe* sebagai dasar dalam proses asuhan keperawatan.
2. Meningkatkan kemampuan dalam menerapkan berbagai teknik pemeriksaan fisik yang sistematis dan mendetail pada pasien.
3. Menguasai penerapan langkah-langkah pemeriksaan fisik umum dan spesifik pada setiap bagian tubuh sebagai bagian dari asuhan keperawatan.
4. Mengasah kemampuan berpikir kritis dan analitis dalam melakukan pengkajian kondisi pasien secara keseluruhan.

Capaian Pembelajaran:

1. Mampu mengidentifikasi tanda-tanda vital utama (tekanan darah, nadi, suhu, pernapasan) sebagai dasar dalam pengkajian keperawatan. Mampu menjelaskan prosedur dan tujuan pemeriksaan fisik umum dalam konteks asuhan keperawatan.
2. Mampu melakukan pemeriksaan fisik pada kepala dan leher, mencakup observasi struktur dan fungsi bagian ini. Mampu menjelaskan temuan abnormal pada pemeriksaan kepala dan leher serta dampaknya pada kesehatan pasien.
3. Mampu mengidentifikasi struktur mulut dan faring serta menjelaskan teknik pemeriksaan fisik yang tepat. Mampu menganalisis temuan abnormal pada mulut dan faring dalam hubungannya dengan kondisi kesehatan pasien.
4. Mampu memeriksa kelenjar tiroid, pembuluh darah leher, serta kelenjar getah bening pada area leher. Mampu menjelaskan kaitan antara temuan fisik di leher dengan kondisi kesehatan pasien.
5. Mampu mengidentifikasi struktur dan fungsi toraks melalui inspeksi, palpasi, dan auskultasi. Mampu menganalisis suara napas normal dan abnormal serta implikasinya pada kesehatan pernapasan pasien.
6. Mampu memeriksa tanda dan gejala pada sistem kardiovaskuler menggunakan teknik auskultasi dan palpasi. Mampu menjelaskan tanda dan temuan abnormal serta implikasinya pada kesehatan kardiovaskuler pasien.
7. Mampu melakukan inspeksi, auskultasi, palpasi, dan perkusi pada abdomen untuk mengidentifikasi temuan normal dan abnormal. Mampu menjelaskan hasil temuan pada abdomen yang dapat memengaruhi kondisi gastrointestinal pasien.

8. Mampu melakukan pemeriksaan fisik pada organ reproduksi dengan memperhatikan prosedur dan etika keperawatan. Mampu mengidentifikasi dan menganalisis temuan abnormal pada pemeriksaan organ reproduksi terkait dengan kesehatan pasien.
9. Mampu melakukan pemeriksaan fisik pada ekstremitas atas dan bawah, termasuk tonus otot, mobilitas sendi, dan sirkulasi darah. Mampu menganalisis temuan abnormal pada ekstremitas yang berkaitan dengan kesehatan musculoskeletal dan sirkulasi pasien.

Uraian Materi

Pengkajian fisik head-to-toe dalam asuhan keperawatan adalah rangkaian pemeriksaan sistematis yang dilakukan untuk mengidentifikasi kondisi kesehatan pasien secara menyeluruh. Pemeriksaan dimulai dari pemeriksaan fisik umum untuk mendapatkan data dasar, seperti tanda-tanda vital dan status mental, yang merupakan parameter penting dalam menilai kondisi kesehatan awal pasien. Selanjutnya, pemeriksaan kepala dan leher dilakukan untuk menilai bentuk, simetri, dan adanya abnormalitas pada struktur kepala, leher, mulut, dan faring yang mungkin memengaruhi kesehatan pasien.

Pengkajian berlanjut pada toraks, di mana inspeksi, palpasi, dan auskultasi membantu mendeteksi kelainan pada sistem pernapasan dan kardiovaskuler. Pada pemeriksaan abdomen, teknik palpasi, auskultasi, dan perkusi digunakan untuk mengevaluasi kesehatan sistem pencernaan, termasuk mendeteksi pembesaran organ atau adanya nyeri. Pemeriksaan sistem reproduksi dilakukan untuk mendeteksi tanda-tanda infeksi atau kelainan pada organ genital laki-laki dan perempuan, sementara ekstremitas diperiksa untuk menilai kekuatan otot, mobilitas, dan sirkulasi, yang penting untuk kesehatan sistem musculoskeletal dan peredaran darah. Melalui rangkaian pemeriksaan fisik ini, perawat dapat mengidentifikasi perubahan status kesehatan pasien secara menyeluruh dan memberikan asuhan yang komprehensif sesuai kebutuhan pasien.

A. Pemeriksaan Fisik Umum

1. **Kaji tanda-tanda vital (TTV)** meliputi Tekanan darah (TD), Nadi (HR), pernapasan (RR) dan suhu tubuh (T) serta saturasi oksigen (SO₂)
2. **Mengukur antropometri** meliputi berat badan (BB), tinggi badan (TB) dan indeks massa tubuh (IMT). MT = BB/TB² (diubah dalam meter kemudian dikuadratkan) serta BBI (Berat badan ideal). Rumus BBI : Laki-laki (TB-100)-10%(TB-100), Pr : (TB-100)-15%(TB-100),
*sebelum melakukan pengukuran antropometri, tanyakan terlebih dahulu apakah ada penurunan berat badan dalam satu bulan atau satu tahun terakhir dan berapa penurunannya
3. **Mengobservasi keadaan umum (KU)**, apakah pasien tampak sakit ringan, sedang atau berat
4. **Kaji Nilai Glasgow Coma Scale (GCS)**

| |
|---|
| Eye (4) |
| 4 : membuka mata dengan spontan |
| 3 : membuka mata dengan suara |
| 2 : membuka mata dengan rangsang nyeri |
| 1 : tidak berespons |
| Motorik (6) |
| 6 : bergerak menuruti perintah |
| 5 : dapat melokalisasi nyeri |
| 4 : fleksi menarik badan ketika diberi rangsangan nyeri |
| 3 : fleksi abnormal |
| 2 : ekstensi abnormal |
| 1 : tidak berespon |
| Verbal (5) |
| 5 : terorientasi dan mampu berbicara |
| 4 : disorientasi dan mampu berbicara |
| 3: kata-kata tidak tepat/tidak jelas |
| 2 : suara tidak dapat dimengerti/ hanya suara erangan |
| 1 : tidak berespons |
| Contoh penulisan nilai GCS : 15 (E4, M6, V5) |

5. Mangkaji tingkat kesadaran

| | |
|---------------------|--|
| Composmentis | Pada kondisi ini, respon pasien terhadap diri sendiri dan lingkungan sangat baik. Nilai GCS untuk compos mentis adalah 15-14 |
| Apatis | Kondisi seseorang yang tampak acuh tak acuh terhadap lingkungannya. Nilai GCS untuk apatis ialah 13-12. |
| Delirium | Kondisi menurunnya tingkat kesadaran yang disertai dengan kekacauan motorik. Nilai GCS adalah 11-10. |
| Somnolen | Kondisi seseorang yang mengantuk namun masih dapat sadar bila dirangsang, tetapi bila rangsang berhenti akan tertidur kembali. Nilai GCS untuk somnolen adalah 9-7. |
| Semi Koma | Kondisi penurunan kesadaran pasien, yang tidak bisa memberikan respons pada rangsangan verbal. Tetapi kalau diperiksa melalui mata, masih akan terlihat refleks kornea dan pupil yang baik. Nilai GCS untuk semi-koma adalah 4 |
| Koma | Penurunan kesadaran yang sangat dalam, dengan tidak ada gerakan, dan tidak ada respons terhadap rangsang nyeri. Nilai GCS untuk koma adalah 3. |

B. Pemeriksaan Kepala dan Leher

1. Rambut

| |
|---|
| Anamnesa |
| Tanyakan apakah terjadi penipisan rambut dan kerontokan rambut. Jika ya, sejak kapan dan berapa lama? Pastikan rontoknya dari akar atau putus dibagian batang rambut |
| Inspeksi dan Palpasi |
| <ul style="list-style-type: none"> a) Lihat keadaan rambut, apakah kotor, kusam atau bersih b) Kaji tekstur rambut, apakah kasar atau halus c) Identifikasi pada saat palpasi rambut terjadi kerontokan atau tidak |

2. Kepala

| |
|---|
| Anamnesa |
| <ul style="list-style-type: none"> a) Tanyakan apakah ada riwayat sakit/nyeri kepala. Jika ya, munculnya sejak kapan dan karakteristik nyeri kepala yang dirasakan seperti apa. b) Tanyakan terkait riwayat cedera kepala. |
| Inspeksi dan Palpasi |
| <ul style="list-style-type: none"> a) Lihat bentuk kepala, apakah normal atau tidak b) Lihat kebersihan kulit kepala. Bersih atau kotor, terdapat ketombe atau tidak c) Raba bagian kepala dari depan sampai belakang. Identifikasi ada benjolan atau tidak, jika ada, benjolan seperti apa dan ukurannya berapa. Kaji juga ada nyeri atau tidak |

3. Mata

| |
|---|
| Anamnesa |
| <ul style="list-style-type: none"> a) Tanyakan terkait riwayat kesehatan mata, apakah pernah memiliki keluhan pada mata atau tidak. Jika ada, keluhan seperti apa yang dirasakan. b) Tanyakan tentang fungsi penglihatan, apakah baik, kabur, atau diplopia |
| Inspeksi |
| <ul style="list-style-type: none"> a) Lihat kelengkapan dan kesimetrisan mata. lengkap atau tidak, simetris atau tidak b) Lihat apakah ada kelainan otot-otot mata. Apakah Ada trabismus atau tidak, jika ada tentukan jenis trabismusnya apakah trabismus keluar, ke dalam, atau berada di atas. c) Lihat kelopak mata. Apakah ada edema atau tidak. Apakah ada ptosis atau tidak d) Lihat pergerakan bola mata. Apakah normal atau abnormal e) Lihat konjungtiva, apakah anemis atau tidak f) Lihat sclera, apakah ikterik atau anikterik g) Lihat kornea, apakah normal atau keruh (berkabut) atau terdapat pendarahan h) Lihat reaksi pupil terhadap cahaya. Miosis atau midriasis. Identifikasi apakah pupil isokor atau anisokor i) Lihat mata secara keseluruhan. Apakah ada merah, bengkak, luka, berair, atau terdapat benjolan |

Palpasi

- a) Raba kelopak mata apakah ada benjolan atau tidak. Jika ada benjolan, apakah terasa nyeri atau tidak.
- b) Identifikasi adanya nyeri tekan dan tekanan bola. Jika tekanan bola mata meninggi maka akan terabab keras

4. Hidung**Anamnesa**

- a) Tanyakan keluhan apa yang dirasakan pada hidung pasien
- b) Tanyakan adanya riwayat kelainan pada hidung. Apakah pernah mengalami sinusitis, mimisan atau kelainan lainnya

Inspeksi dan palpasi

- a) Amati hidung bagian luar dari sisi depan,samping dan sisi atas. Identifikasi perubahan warna, ada pembengkakan atau tidak
- b) Amati kesemestrian lubang hidung
- c) Amati mukosa hidung, apakah ada tanda-tanda pendarahan atau tidak. Apakah bersih atau tidak.
- d) Lakukan palpasi pada hidung luar. Apakah ada benjolan atau tidak, ada nyeri tekan atau tidak

5. Telinga**Anamnesa**

- a) Tanyakan keluhan apa yang dirasakan pada telinga pasien
- b) Tanyakan apakah ada riwayat kelainan pada telinga. Apakah ada nyeri atau tidak. Apakah pernah mengalami telinga bernanah (otitis) atau tidak. Apakah pernah mengalami pendarahan telinga atau tidak

Inspeksi dan Palpasi

- a) Amati bagian telinga luar: bentuk, warna, lesi (luka), nyeri tekan dan peradangan
- b) Amati telinga bagian dalam. Apakah ada penumpukan serumen atau tidak, jika ada identifikasi warna, konsistensi dan bau. Amati juga apakah ada peradangan atau tidak
- c) Dengan otoskop periksa membran timpani. Amati warna membran timpani. Amati ada pendarahan atau tidak. Amati adanya perforasi atau tidak
- d) Kaji adanya otalgia pada telinga. Jika ada , apa jenis otalgia yang dirasakan
Jenis Oinalgia :
Oinalgia primer adalah nyeri telinga yang berasal di dalam telinga.
Oinalgia sekunder adalah nyeri telinga yang berasal dari luar telinga

6. Mulut dan Faring**Anamnesa**

Tanyakan apakah ada riwayat kelainan dan gangguan pada mulut seperti sariawan yang berulang dalam waktu lama, pendarahan pada mulut dan gangguan lainnya

Inspeksi dan Palpasi

- a) Amati cara bicara normal atau tidak . Jika tidak normal, apakah apakah aphasia, disastria, dysphasia dan anarthria

Aphasia: kehilangan kemampuan berbahasa akibat dari kerusakan otak kemampuan berbahasa mencakup berbicara, menulis, mengarang, bahkan membaca.

Disartria sering ditandai dengan bicara cadel atau lambat dan sulit dimengerti.

Dysphasia: Kesukaran dalam berbicara dan ketidakberhasilan dalam menyusun kata-kata dengan baik.

Anarthria: seperti disatria tetapi lebih berat.

- b) Amati keadaan bibir. Apakah ada kelainan kongenital seperti bibir sumbing (palatoschisis). Identifikasi warna bibir, apakah merah, hitam, pucat atau biru. Idenfikasi apakah ada ulkus, lesi dan massa
- c) Amati keadaan gigi. Identifikasi warna gigi dan keadaan gigi, apakah bersih atau kotor.
- d) Amati keadaan gusi. Idenfikasi adanya pendarahan dan luka pada gusi
- e) Amati keadaan lidah. Simestris atau tidak. Identifikasi warna lidah dan adanya ulkus atau lesi.
- f) Beri waktu pasien untuk istirahat dengan menutup mulut sejenak, lalu lanjutkan dengan inspeksi paring dengan pasien dianjurkan membuka mulut, tekan lidah kebawah dan anjurkan pasien berkata "ah" amati ovula dan tonsil apakah ovula dan tonsil simestris atau tidak. Apakah terjadi peradangan atau tidak
- g) Pegang pipi diantara ibu jari dan jari telunjuk kemudian palpasi. Identifikasi apakah ada benjolan atau tidak, apakah ada nyeri tekan atau tidak.

7. Leher

Anamnesa

Tanyakan apakah ada kelainan atau riwayat keluhan pada leher. Apakah pernah mengalami pembengkakan, nyeri atau keluhan lainnya

Inspeksi dan Palpasi

- a) Anjurkan pasien untuk melepas baju dan amati leher.
- 1) Identifikasi warna kulit pada leher
 - 2) Identifikasi adanya pembekakan atau tidak
 - 3) Identifikasi adanya jaringan parut atau tidak
 - 4) Identifikasi adanya massa atau tidak
- b) Lakukan palpasi pada leher. Apakah ada benjolan atau tidak. Apakah ada nyeri tekan atau tidak
- c) Lakukan palpasi kelenjar tiroid, dengan cara :
- 1) Anjurkan pasien untuk duduk dan pemeriksa berdiri dibelakang pasien
 - 2) Letakan tangan pada leher pasien
 - 3) Palpasi pada fossa suprasternal dengan jari penunjuk dan jari tengah

- | |
|---|
| 4) Anjurkan pasien untuk menfleksikan leher ke belakang 5) Anjurkan pasien untuk menelan sambal meraba kelenjar tiroid 6) Bila teraba kelenjar tiroid, identifikasi bentuk, ukuran dan konsistensinya |
|---|

C. Pemeriksaan Toraks

1. Paru-Paru

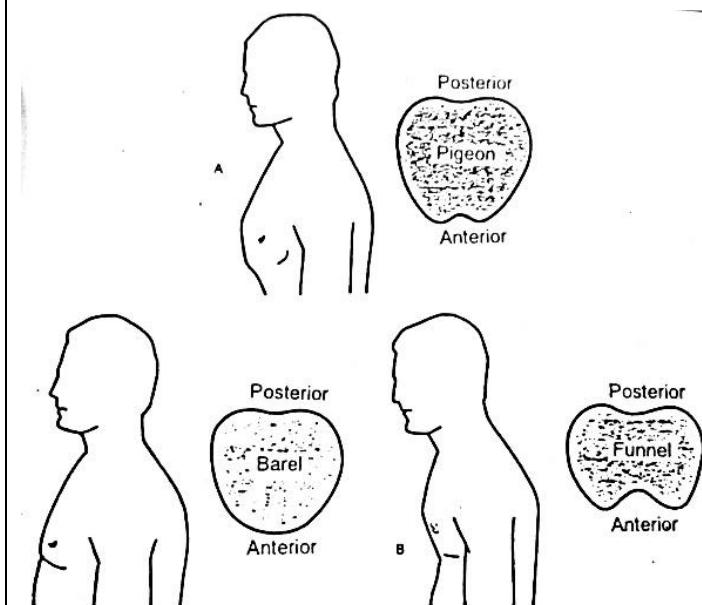
| Anamnesa |
|--|
| a) Tanyakan pasien apakah ada keluhan sesak jika ada, sejak kapan dirasakan, apakah sesak berkurang dengan istirahat dan bertambah jika beraktifitas b) Tanyakan pasien apakah ada keluhan batuk, jika ada, sejak kapan dirasakan, apakah batuknya berdahak atau tidak. Jika berdahak apakah dahaknya mudah untuk dikeluarkan atau tidak. c) Tanyakan pasien apakah pasien mengalami nyeri dada atau tidak, jika ada, sejak kapan dirasakan. Kaji nyeri secara komprehensif (PQRST). P : provokatif/paliatif, Q:Quality, R: Region/Radiation, S: Scale, T ;Time |

Inspeksi

- a) Amati bentuk dada pasien. Normal atau tidak, jika tidak, identifikasi bentuk dada, apakah

| Barrel Chest | Funnel Chest (Pectus Excavatum) | Pigeon Chest (Pectus carinatum) |
|---|---|---|
|  |  |  |
| Apabila diameter anteroposterior lebih besar daripada diameter lateral, dada dikatakan berbentuk seperti gentong. Hal ini | Pectus excavatum (funnel chest) merupakan deformitas perkembangan dengan depresi lokal sternum bagian bawah atau, | Pectus carinatum (dada burung/pigeon chest) adalah penonjolan lokal sternum dan tulang rawan iga yang terkait, serta seringkali |

| | | | | |
|--|---|--|---|--|
| | dihubungkan dengan hiperinflasi paru pada pasien PPOK berat, walaupun derajat deformitas tidak berhubungan dengan tingkat keparahan obstruksi jalan napas atau obstruksi paru | yang lebih jarang terjadi, pada seluruh bagian sternum. Pasien biasanya tidak mengalami gejala namun merasa cemas dengan penampilan mereka. Pada kasus yang parah, jantung akan tergeser ke kiri dan kapasitas ventilasi akan berkurang. | disertai penarikan iga sehingga membentuk lekuk horizontal simetris (sulkus Harrison) di atas batas iga. Hal tersebut disebabkan oleh hiperinflasi paru diiringi kontraksi kuat diafragma secara berulang-ulang sementara tulang rongga dada masih bersifat fleksibel pada masa prapubertas. Kondisi ini paling sering disebabkan oleh asma berat yang tidak terkontrol pada masa kanak-kanak, namun dapat pula terjadi pada osteomalasia dan riketsia. | |
|--|---|--|---|--|



- b) Amati kesimestrinan dada
- c) Amati keadaan kulit dada. Apakah ada kelainan warna kulit, apakah ada luka atau tidak

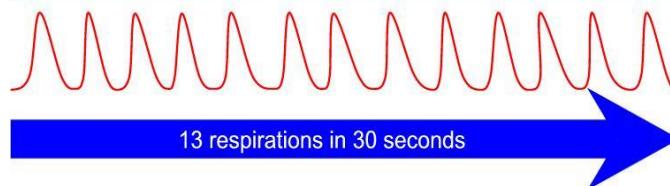
- d) Amati frekuensi pernapasan (hitung nafas inspirasi dan ekspirasi) dan gangguan frekuensi pernapasan. Apakah ada gangguan frekuensi napas atau tidak, jika ada apakah apnea, takipnea, bradipnea atau dispnea.

Jenis gangguan frekuensi napas :

Takipnea : frekuensi pernafasan yang jumlahnya meningkat di atas frekuensi pernafasan normal (>20 x/menit)

Tachypnea

> 20 respirations in 1 minute



Bradipnea : frekuensi pernafasan yang jumlahnya menurun di bawah frekuensi pernafasan normal

Dispnea : dispnea adalah istilah lain dari sesak napas, keadaan dimana pernapasan menjadi cepat, pendek dan dangkal

Apnea : tidak bernapas

Pola pernafasan

| | |
|-----------|----------------------------|
| Dispnea | : susah bernafas, retraksi |
| Bradipnea | : frekuensi lambat teratur |
| Takipnea | : cepat abnormal |
| Hiperpnea | : cepat dalam |
| Apnea | : tidak ada |

- e) Amati ada tidaknya penggunaan otot bantu pernafasan (tanda sesak nafas) : apakah ada retraksi dada atau tidak, apakah ada pernapasan cuping hidung atau tidak
- f) Amati adanya batuk. Apakah batuk produktif atau kering. Jika saat batuk ada sputum, apakah sputum mengandung darah / tidak
- g) Amati adanya gangguan irama pernafasan. jika ada identifikasi apakah jenis gangguan irama pernapasan.
- Jenis gangguan irama pernapasan
- ❖ **Pernafasan Cheyne-Stokes** : siklus pernafasan yang amplitudonya mulai-mula dangkal, makin naik kemudian semakin menurun dan berhenti. Lalu pernafasan dimulai lagi dengan siklus yang baru
 - ❖ **Pernafasan Biot** : Pernafasan yang amplitudonya rata dan disertai apnea

- ❖ **Pernafasan Kussmaul** : Pernafasan yang jumlah dan kedalamannya meningkat dan sering melebihi 20x/menit.

Cheyne stokes : cepat dalam - apnea



Kussmaul : dalam (cepat, normal, lambat)

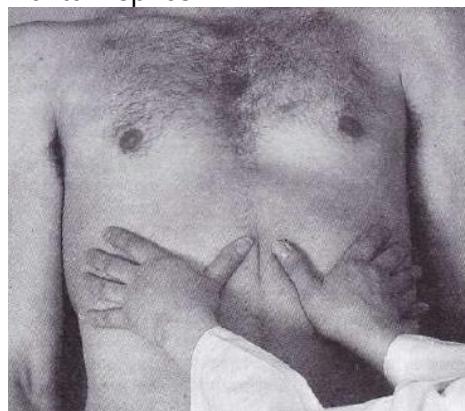


Biot : bernafas # teratur, # terduga



Palpasi

- Pemeriksaan gerakan diafragma
Anterior
 - Posisi pasien terlentang
 - Letakan kedua telapak tangan pemeriksa dengan merenggangkan jari-jari pada dinding dada depan bagian bawah pasien. Kedua ujung ibu jari pemeriksa bertemu di ujung costa depan bagian bawah
 - Pasien diminta bernapas dalam dan kuat
 - Gerakan diafragma normal bila costa depan bagian bawah terangkat pada waktu inspirasi

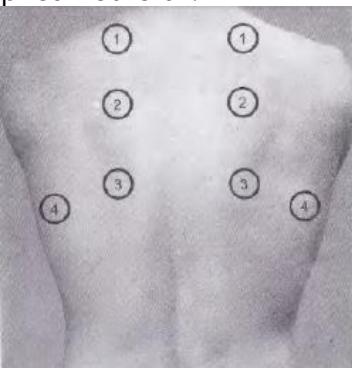


Posterior

- Meletakkan ibu jari kedua tangan di sekitar ketinggian iga ke-10 dengan jari-jari tangan yang memang secara longgar dinding dada (*rib cage*) sebelah lateral dan sejajar dengan dinding tersebut.
- Menggeser kedua ibu jari ke arah medial sehingga cukup untuk menimbulkan lipatan kulit yang longgar pada setiap sisi dada di antara ibu jari dan tulang belakang pasien
- Meminta pasien menarik napas dalam
- Mengamati jarak antara kedua ibu jari tangan ketika kedua bergerak saling menjauhi saat inspirasi dan salin mendekat saat ekspirasi kemudian merasakan kesimetrisannya.



- b) Palpasi getaran suara paru (Traktil / Vokal Fremitus)
- 1) Posisi pasien duduk dan pemeriksa dibelakang pasien
 - 2) Letakkan kedua telapak tangan pemeriksa pada punggung pasien
 - 3) Untuk menilai getaran suara (VOKAL FREMITUS), Minta pasien mengucapkan kata-kata seperti "1-2-3" atau "tujuh puluh tujuh" berulang-ulang
 - 4) Perhatikan intensitas getaran suara sambil telapak tangan digeser ke bawah, bandingkan getarannya dan bandingkan kanan dan kiri.
 - 5) Normal getaran kedua sisi sama, kecuali apeks kanan karena letaknya dekat dengan bronkus
 - 6) Jika lebih bergetar : terjadi pemadatan dinding dada, jika getaran kurang : pneumothorax.

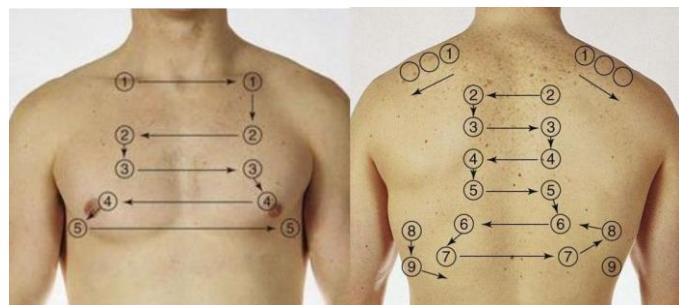
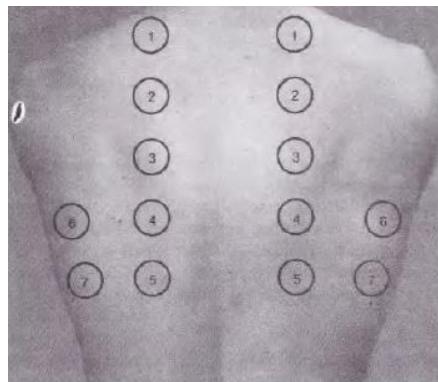


Perkusi

- a) Melakukan perkusi pada bagian posterior dinding dada dengan cara sebagai berikut:
- 1) Memposisikan pasien dalam keadaan duduk dengan kepala fleksi ke depan dan lengan disilangkan di depan dada
 - 2) Melakukan perkusi dengan interval 5 cm tepat diatas interkosta mulai dari puncak paru-paru hingga ke bawah secara berjenjang
 - 3) Membandingkan sisi kanan dan kiri
 - 4) Identifikasi bunyi saat dilakukan perkusi, apakah resonan ("dug dug dug"), pekak/dullness, hiperresonance atau timpani

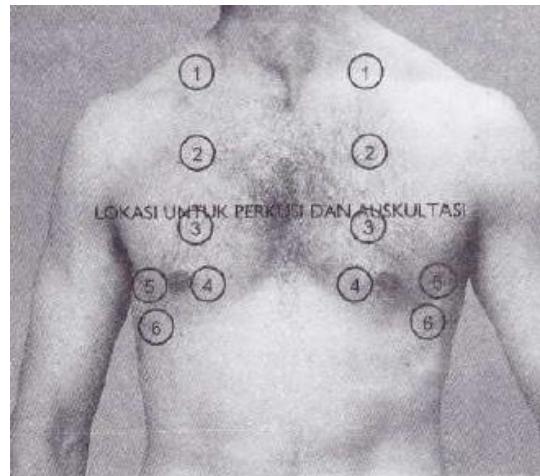
Bunyi yang dapat dihasilkan dari perkusi yaitu:

- a. **Sonor (resonant)**: terjadi bila ada cukup udara dalam alveolus, terdapat pada orang normal
- b. **Hipersonor (hiperresonant)** : terjadi bila terlalu banyak udara di dalam paru-paru,
contohnya pada pasien dengan emfisema
- c. **Pekak (Dull)** : terjadi pada jaringan tanpa udara di dalamnya, misalnya tumor paru, penebalan pleura
- d. **Redup (Stony-dull)** : terjadi bila bagian padat jaringan lebih banyak dari udara di
dalamnya, misalnya infiltrat konsolidasi, efusi pleura.



- b) Melakukan perkusi pada bagian anterior dinding dada dengan cara sebagai berikut:
- 1) Memposisikan pasien duduk tegak dengan bahu ditarik ke belakang dan lengan berada di samping
 - 2) Melakukan perkusi dengan interval 5 cm tepat diatas interkosta mulai dari area supraklavikula dan dilanjutkan ke arah bawah secara berjenjang
 - 3) Membandingkan sisi kanan dan kiri

- 4) Identifikasi bunyi saat dilakukan perkusi, apakah resonan ("dug dug dug"), pekak/dullness, hiperresonance atau timpani



Auskultasi

- Posisi pasien duduk. Pemeriksa menghadap ke pasien
- Melakukan auskultasi pada dinding dada dengan cara sebagai berikut:
 - Meletakkan diafragma stetoskop dengan kuat pada kulit diatas area interkosta
 - Meminta pasien untuk bernapas secara perlahan dan dalam dengan mulut sedikit menutup
 - Mendengarkan inspirasi dan ekspirasi penuh pada setiap area
 - Melakukan urutan auskultasi seperti pada perkusi
 - Identifikasi karakteristik bunyi napas saat auskultasi, apakah ada kelainan atau bunyi napas tambahan.

Jenis bunyi napas (Normal)

- ❖ **Vesikular** ; inspirasi lebih lama dibandingkan ekspirasi, intensitas lembut dan lokasi disebagian besar area paru
- ❖ **Bronkovesikular** : inspirasi sama dengan ekspirasi, intensitas bunyi sedang dan lokasi di ICS 1 dan 2 dan area interscapular
- ❖ **Bronkial** ; Ekspirasi lebih lama dibandingkan inspirasi, intensitas keras dan lokasi diatas manubrium
- ❖ **Trakeal** ; inspirasi sama dengan ekspirasi, intensitas sangat keras, lokasi diatas trachea.

Jenis bunyi napas tambahan (abnormal)

- ❖ Ronki basah : suara terputus-putus, pendek dan kasar. Umunya terdengar saat inspirasi. Contoh pada pasien ARDS, CHF dan edema paru
- ❖ Ronki kering : bersifat kontinyu, *pitch* rendah. Contoh pada pasien bronkhitis, bronkospisme.
- ❖ Mengi/ wheeze : suara yang dihasilkan oleh pergerakan turbulen melalui lumen jalan napas yang sempit. Nada relative tinggi dengan kualitas melengking . contoh pada pasien asma dan COPD

- ❖ Stridor ; suara wheeze saat inspirasi yang terdengar keras pada trachea. Contoh pada obstruksi parsial pada trachea atau laring
- ❖ Friction Rub : suara terdengar selama inspirasi atau ekspirasi seperti menggesek yang terjadi saat permukaan pleural membengkak atau menjadi kasar. Contoh pada pasien TB, pneumonia dan efusi pleura

D. Pemeriksaan Jantung

| Anamnesa |
|---|
| Melakukan anamnesa untuk mengetahui: |
| <ol style="list-style-type: none"> 1) Data biografi: menanyakan nama, usia, suku, tempat tinggal dan agama yang dianut pasien 2) Keluhan utama: menanyakan apakah saat ini mengalami sesak napas (dyspnea), batuk, nyeri dada, berdebar-debar, edema pada tungkai, dan/atau cepat lelah 3) Riwayat penyakit saat ini: Sejak kapan keluhan dirasakan, berapa lama keluhan dirasakan, faktor yang menimbulkan, memperparah dan memeringankan keluhan? 4) Riwayat penyakit masa lalu. Menanyakan penyakit yang pernah dialami oleh pasien, apakah pernah dirawat, apakah pasien menderita hipertensi, hiperkolesterol, diabetes dan/atau demam rematik? 5) Riwayat keluarga. Menanyakan penyakit yang pernah dialami keluarga 6) Kebiasaan. Menanyakan kebiasaan hidup seperti merokok, minum alkohol, konsumsi obat tertentu, pola hidup dan stres |
| Inspeksi dan Palpasi |
| <p>a) Melakukan inspeksi dan palpasi keadaan umum pasien, yaitu:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Wajah: apakah tampak pucat, sianosis, tampak sesak, nyeri atau kesakitan 2) Mata: apakah konjungtiva pucat, sklera ikterik, garis melingkar putih/abu-abu di tepi kornea (arkus senilis), xantelasma (plak kuning pada kelopak mata) 3) Bibir dan mulut: apakah pucat (anemia), biru (sianosis), kering (dehidrasi), mukosa mulut sianosis (sianosis sentral), lidah sianosis (sianosis sentral) 4) Tangan: apakah kuku <i>clubbing finger</i>/kuku tabuh, sianosis 5) Vena jugularis : apakah terdapat distensi (meningkat pada gagal jantung dan kelebihan volume cairan tubuh) 6) Ekstremitas bawah: apakah terdapat edema atau tidak <p>Derajat edema</p> <p>Derajat 1 ; kedalaman 2 mm</p> <p>Derajat 2 : kedalaman 4 mm</p> <p>Derajat 3 : kedalaman 6 mm</p> <p>Derajat 4 : kedalaman 8 mm</p> |
| <p>b) Melakukan inspeksi dan palpasi pada area dada (prekordium), sebagai berikut:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Meraba adanya getaran (<i>thrill</i>). Getaran menunjukkan adanya gangguan aliran darah akibat gangguan penutupan katup jantung atau <i>atrial septal</i> |

defect.

- 2) Mengobservasi dan meraba pulsasi *Point of Maximal Impuls* (PMI)
- 3) Menentukan posisi PMI di sela iga ke-5 midklavikula.
- 4) Luas pulsasi berdiameter 1-2 cm atau satu jari tangan. Jika sulit teraba minta pasien untuk miring ke kiri.
- 5) Perabaan yang lebar menunjukkan kardiomegali atau pneumothoraks. Teraba menyentak (*tapping*) menunjukkan stenosis mitral. Teraba sangat kuat dan stabil (*heaving*) menunjukkan hipertensi, stenosis aorta.

Perkusi

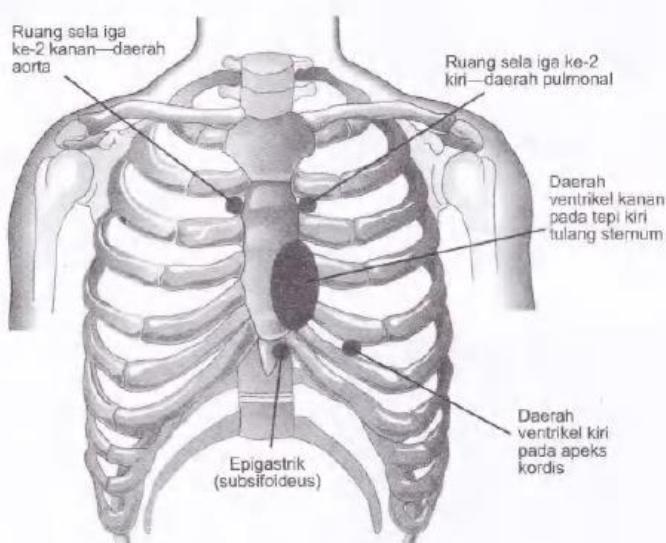
Melakukan perkusi pada area dada untuk menentukan batas dan ukuran jantung dengan cara sebagai berikut:

- 1) Meletakkan jari tengah tangan kiri sebagai plesimeter (landasan) rapat-rapat pada dinding dada
- 2) Menentukan batas kanan dan kiri jantung dengan melakukan perkusi dari arah samping ke tengah mendekati jantung
- 3) Menentukan batas atas dan bawah jantung dengan melakukan perkusi dari atas dan bawah ke tengah mendekati jantung

"Penentuan batas jantung dengan metode perkusi sulit dilakukan (roentgen sinar x dada lebih dianjurkan)"

Auskultasi

- a) Melakukan auskultasi jantung pada empat area yaitu:
 - 1) Area aorta. Mendengarkan dengan diafragma stateskop pada ruang interkostal 2 kanan samping sternum (untuk daerah aorta).
 - 2) Area pulmonal. Mendengarkan dengan diafragma stateskop pada ruang interkosta 2 kiri samping sternum
 - 3) Area trikuspidal. Mendengarkan dengan difragma stateskop pada ruang interkosta 3,4 dan 5 kiri di dekat sternum
 - 4) Area mitral. Mendengarkan dengan diafragma stateskop pada apeks (PMI) ruang interkosta ke 5 garis midklavikula



Bunyi jantung S1 akan lebih terdengar pada area trikuspid dan mitral, sedangkan bunyi jantung S2 akan lebih terdengar pada area aorta dan pulmonal. Bunyi S1 terdengar seperti 'lubb' sedangkan S2 terdengar seperti 'dubb'.

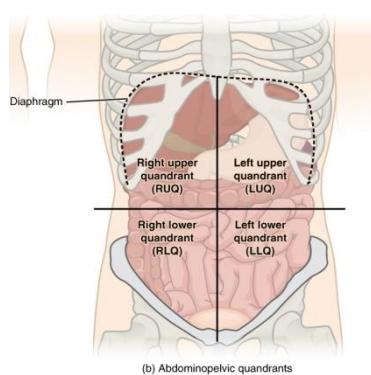
- b) Melakukan auskultasi bunyi jantung tambahan, yaitu:
 - 1) Bunyi jantung S3 (gallop ventrikuler): Mendengarkan dengan sungkup (bell) stetoskop pada area mitral. Bunyi terdengar awal diastol yang terdengar kira-kira seperti 'lubb-dubb-dee'(S1-S2-S3)
 - 2) Bunyi jantung S4 (gallop atrium): Mendengarkan dengan sungkup (bell) stetoskop pada area mitral. Bunyi terdengar saat mendekati akhir diastol sebelum bunyi jantung pertama yang terdengar kira-kira seperti 'dee-lubb-dubb'(S4-S1-S2)

E. Pemeriksaan Andomen

Anamnesa

- a) Tanyakan apakah ada nyeri perut atau tidak, jika ada, tanyakan tentang karakteristik utama nyeri dan setiap tanda / gejala dengan menggunakan pendekatan PQRST
- b) Minta pasien untuk menggambarkan pola eliminasi mereka dan kaji adanya:
 - 1) Mual dan / atau muntah
 - 2) Anoreksia
 - 3) Disfagia
 - 4) Diare
 - 5) Konstipasi
 - 6) Distensi abdomen
 - 7) Peningkatan buang air besar
 - 8) Peningkatan buang angin
 - 9) Disuria dan / atau nokturia.
- c) Tanyakan riwayat kesehatan masa lalu abdomen – kelainan tertentu, termasuk operasi dan penyakit menular.
- d) Tanyakan tentang riwayat sosial, konsumsi alkohol dan / atau penggunaan narkoba.

Inspeksi

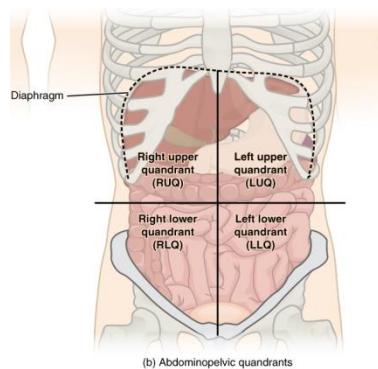


Inspeksi perut pada masing-masing empat kuadran untuk melihat:

- 1) Kontur, simetri, pigmentasi dan warna, lihat dari batas kosta ke simfisis pubis.
- 2) Pemisahan otot rektus abdominis -instruksikan pasien untuk mengangkat kepala dan bahu.
- 3) Guratan dan striae
- 4) Tanda-tanda trauma yang jelas
- 5) Gerakan pernapasan.
- 6) Massa atau nodul.
- 7) Umbilikus bagaimana letaknya dibandingkan dengan permukaan perut.

Auskultasi

- 1) Auskultasi abdomen pada masing-masing empat kuadran untuk mendengar bising usus, mencatat frekuensi, pitch, kualitas.

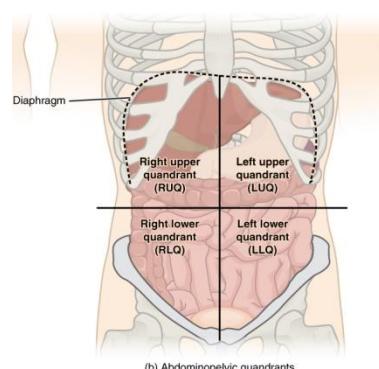


- 2) Tempatkan diafragma stetoskop secara ringan pada dinding abdomen, yang dimulai pada RLQ. Dengarkan frekuensi bising usus. Bising usus normal 5-30x/mnt

Perkusi

Perkusi abdomen pada masing-masing empat kuadran:

- 1) Dilakukan pada permukaan abdomen
- 2) Identifikasi suara perkusi yang dihasilkan, normal suara perkusi pada abdomen adalah timpani
- 3) Perkusi dimulai pada RLQ, bergerak ke atas kemudian LUQ dan turun ke LLQ.



- 4) Untuk perkusi pada kandung kemih-perkusikan ke atas dari simfisis pubis ke

| |
|---|
| umbilicus |
| Palpasi |
| <p>Palpasi abdomen pada masing-masing empat kuadran:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Hangatkan tangan Anda 2) Pertama identifikasi lokasi nyeri perut (ika ada) 3) Perhatikan wajah pasien saat palpasi. 4) Palpasi ringan (kedalaman 2-3 cm), Gunakan ujung-ujung jari untuk menekan dinding perut. 5) Palpasi dalam (kedalaman 4-5 cm) -Gunakan telapak tangan dan buku tangan untuk menekan dinding abdomen |

F. Pemeriksaan Reproduksi

1. Alat Kelamin Laki-Laki

| |
|--|
| Anamnesa |
| <ol style="list-style-type: none"> a) Tanyakan keluhan yang dirasakan pada alat kelamin b) Tanyakan pola buang air kecil, adanya luka, bengkak, nyeri atau perubahan warna pada penis dan skrotum. c) Tanyakan juga masalah hubungan seksual/ereksi d) Tanyakan apakah ada riwayat operasi pada system urinaria e) Tanyakan apakah ada riwayat trauma pada alat kelamin |
| Inspeksi |
| <ol style="list-style-type: none"> a) Pertama-tama inspeksi rambut pubis, perhatikan penyebaran dan pola pertumbuhan rambut pubis. Catat bila rambut pubis tumbuh sangat sedikit atau sama sekali tidak ada. b) Amati penis mengenai kulit, ukuran, dan adanya kelainan lain yang Nampak c) Pada pria yang tidak khitan, pegang penis dan buka kulup penis, amati lubang uretra dan glans penis, amati adanya ulkus, nodula, perdangan (Bila pasien malu, penis dapat dibuka oleh pasien sendiri). Lubang uretra normalnya terletak di tengah gland. Pada beberapa kelainan, lubang uretra ada yang terletak dibawah batang penis (hipospodia), dan ada yang terletak di atas batang penis (epispadias). d) Amati skrotum dan perhatikan bila ada tanda kemerah-merahan, bengkak, ulkus, eksoriasi, atau nodula. Angkat skrotum dan amati area di belakang skrotum |
| Palpasi |
| <ol style="list-style-type: none"> a) Lakukan palpasi penis untuk mengetahui adanya nyeri tekan, nodula dan adanya cairan kental yang keluar. (Palpasi sebaiknya tidak dilakukan pada pasien yang tidak memiliki keluhan) b) Palpasi skrotum dan testis dengan menggunakan jempol dan tiga jari pertama. Palpasi tiap testis, konsistensi, bentuk dan kelincinannya. Testis normalnya teraba elastis, licin dan tidak ada nodul atau massa. |

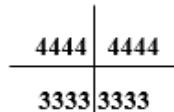
2. Alat Kelamin Wanita

| Anamnesa |
|--|
| a) Tanyakan keluhan yang dirasakan pada alat kelamin b) Tanyakan kapan pasien mengalami menstruasi dan periode mestruasi. c) Tanyakan apakah menggunakan kontrasepsi, jenis kontrasepsinya apa yang digunakan. d) Tanyakan apakah ada riwayat gangguan pada kelamin seperti pendarahan, penyakit kelamin, pembedahan dan kehamilan. |
| Inspeksi dan Palpasi |
| a) Beri kesempatan pada pasien untuk mengosongkan kandung kemih sebelum pengkajian dimulai. Bila diperlukan urine untuk specimen lab, kumpulkan pada saat ini juga. b) Anjurkan pasien membuka celana, bantu mengatur posisi litotomi dan selimuti bagian yang tidak diamati. c) Mulai dengan mengamati rambut pubis, perhatikan distribusi dan jumlahnya dan bandingkan sesuai usia perkembangan pasien d) Amati kulit dan area pubis, perhatikan adanya lesi, eritema, fisura, leukopilakia, dan eksoriasi e) Buka labia mayora dan amati bagian dalam labia mayora, labia minora, klitoris, dan meatus uretra. Perhatikan setiap ada pembengkakan, ulkus, ,maupun nodula. |

G. Pemeriksaan Ekstremitas

| Anamnesa |
|--|
| a) Tanyakan kepada pasien apakah ada keluhan nyeri, bengkak, kekakuan, dan keluhannya lain pada ekstremitas atas maupun bawah. b) Jika ada keluhan, tanyakan keluhan dirasakan sejak kapan c) Jika terdapat nyeri, kaji nyeri secara komprehensif (PQRST) d) Tanyakan kegiatan apa yang memperberat atau mengurangi keluhan e) Tanyakan apakah pasien pernah mengalami cidera pada tulang, persendian, dan otot serta tindakan termasuk operasi yang pernah dialami. |
| Inspeksi dan Palpasi |
| Otot |
| 1) Lakukan inspeksi mengenai ukuran otot misalnya pada lengan dan paha. Bandingkan satu sisi dengan sisi yang lain serta amati mengenai ada dan tidaknya atrofi maupun hipertrofi. 2) Bila didapatkan perbedaan antara kedua sisi, ukur keduanya dengan menggunakan meteran 3) Amati otot untuk mengetahui kemungkinan terjadinya tremor dan kontraksi abnormal 4) Lakukan palpasi pada otot untuk mengetahui tonus otot 5) Lakukan uji kekuatan otot pada kedua ekstremitas |

| Skala kekuatan otot | |
|---------------------|--|
| Skala | Keterangan |
| 5 | Dapat mengerakan otot dan sendi dengan aktif dan melawan tahanan dengan maksimal |
| 4 | Dapat mengerakan otot dan sendi dengan aktif, namun tidak mampu menahan tahanan (malawan tahanan dengan minimal) |
| 3 | Dapat mengerakan anggota gerak dan tidak mampu melawan gravitasi |
| 2 | Dapat mengerakan anggota gerak, tapi tidak mampu mengangkat |
| 1 | Terlihat dan teraba kontraksi otot, namun tidak ada pergerakan sama sekali |
| 0 | Paralisis, tidak ada kontraksi otot sama sekali |



Cara penulisan kekuatan otot :

Tulang

- 6) Amati kenormalan susunan tulang dan adanya deformitas
- 7) Lakukan palpasi tulang untuk mengetahui adanya edema atau nyeri tekan Persendian
- 8) Lakukan inspeksi persendia untuk mengetahui adanya kelainan pada persendian
- 9) Lakukan palpasi persendian untuk mengetahui adanya nyeri tekan, bengkan, krepitasi dan nodula (utamakan pada bagian tubuh yang dikeluhkan pasien)
- 10) Kaji rentang gerak persendian

H. Latihan

1. Sebutkan bagian apa saja yang di lakukan pada bagian kepala dan leher

I. Rangkuman Materi

Pengkajian fisik head-to-toe dalam asuhan keperawatan adalah pemeriksaan sistematis untuk menilai kondisi kesehatan pasien secara menyeluruh, dimulai dengan pengukuran tanda vital, antropometri, observasi keadaan umum, dan penilaian tingkat kesadaran menggunakan Glasgow Coma Scale. Pemeriksaan dilanjutkan dengan evaluasi kepala dan leher untuk mendeteksi kelainan struktural, toraks untuk memeriksa sistem pernapasan dan kardiovaskular, abdomen untuk menilai sistem pencernaan, serta sistem reproduksi untuk mendeteksi infeksi atau kelainan organ genital. Selain itu, ekstremitas diperiksa untuk menilai kekuatan otot, mobilitas, dan sirkulasi.

Melalui rangkaian pemeriksaan ini, perawat dapat mengidentifikasi perubahan status kesehatan pasien dan memberikan asuhan yang sesuai dengan kebutuhan pasien.

J. Glosarium

- TTV : Tanda-Tanda Vital
- TD : Tekanan Darah
- HR : Nadi
- RR : Pernapasan
- T : Suhu Tubuh
- SO2 : Saturasi Oksigen
- IMT : Indeks Massa Tubuh
- BBI : Berat Badan Ideal
- KU : Keadaan Umum
- GCS : *Glasgow Coma Scale*

Daftar Pustaka

- Bickley, L. S. (2017). Bates' Buku Saku Pemeriksaan Fisik dan Riwayat Kesehatan (Edisi ke-7). Jakarta: EGC.
- Smeltzer, S. C., & Bare, B. G. (2010). Brunner & Suddarth's Textbook of Medical-Surgical Nursing (12th ed.)
- Price, S. A., & Wilson, L. M. (2005). Patofisiologi: Konsep Klinis Proses-Proses Penyakit (6th ed., Terjemahan).
- Potter, P. A., & Perry, A. G. (2016). Fundamentals of Nursing (9th ed.).

BAB 3

PRAKTIK MENETAPKAN MASALAH ATAU DIAGNOSA KEPERAWATAN

Pendahuluan

Diagnosis keperawatan adalah langkah yang penting dalam proses keperawatan untuk mengidentifikasi dan memahami respons pasien terhadap kondisi kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya. Sebagai salah satu standar praktik keperawatan, diagnosis ini menjadi landasan utama dalam merancang dan melaksanakan asuhan keperawatan yang tepat dan terarah. Melalui diagnosis keperawatan, perawat dapat mengenali kebutuhan, masalah, serta potensi pasien secara komprehensif, baik dalam kondisi akut, kronis, maupun dalam upaya peningkatan kesejahteraan.

Dalam proses ini, perawat menganalisis data yang dikumpulkan melalui pengkajian, mengelompokkan informasi yang relevan, dan menggunakan kerangka standar seperti Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) atau panduan internasional lainnya. Diagnosis keperawatan bukan hanya sekadar label masalah, tetapi melibatkan analisis mendalam yang mencakup faktor-faktor penyebab (etiology) dan tanda-tanda yang mendukung.

Pemahaman yang mendalam tentang diagnosis keperawatan memungkinkan perawat memberikan intervensi yang berfokus pada kebutuhan individu pasien, baik untuk mengatasi masalah aktual, mencegah potensi risiko atau membantu pasien mencapai potensi kesejahteraan. Sebagai bagian dari praktik berbasis bukti, diagnosis keperawatan juga mencerminkan kemampuan perawat dalam menggunakan keterampilan berpikir kritis dan klinis untuk memastikan bahwa asuhan keperawatan yang diberikan relevan, berorientasi pada pasien, dan berkontribusi pada pencapaian hasil kesehatan yang optimal.

Dalam bab ini, pembahasan akan mencakup definisi, komponen diagnosis keperawatan, jenis-jenis diagnosis keperawatan, dan tahapan perumusan dalam penegakan diagnosis. Dengan pemahaman yang lebih baik, diharapkan perawat dapat mengaplikasikan diagnosis keperawatan secara efektif untuk meningkatkan kualitas asuhan dan hasil kesehatan pasien.

Tujuan Instruksional

Setelah mempelajari bagian ini, mahasiswa diharapkan mampu merumuskan dan menentukan diagnosis keperawatan sesuai dengan standar diagnosis keperawatan Indonesia.

Capaian Pembelajaran

Pada akhir perkuliahan, mahasiswa diharapkan mampu:

1. Menjelaskan definisi diagnosis keperawatan
2. Menjelaskan komponen diagnosis keperawatan
3. Membedakan jenis diagnosis keperawatan
4. Merumuskan diagnosis keperawatan yang mengacu pada standar SDKI sesuai dengan kasus yang disajikan

Uraian Materi

A. Definisi Diagnosis Keperawatan

Definisis keperawatan berdasarkan beberapa ahli adalah sebagai berikut:

1. Masalah kesehatan aktual dan potensial dimana berdasarkan pendidikan dan pengalamannya, perawat mampu dan mempunyai kewenangan untuk memberikan asuhan keperawatan (Gordon, 1976)
2. Keputusan klinik tentang respon individu, keluarga dan masyarakat tentang masalah kesehatan actual atau potensial, sebagai dasar seleksi intervensi keperawatan untuk mencapai tujuan asuhan keperawatan sesuai dengan kewenangan perawat (NANDA, 1990)
3. Merupakan keputusan klinis mengenai respon individu,keluarga dan masyarakat yang diperoleh melalui proses pengumpulan data terhadap masalah kesehatan yang aktual maupun potensial guna menjaga status Kesehatan (Potter, 2005)
4. Penilaian klinis yang dilakukan perawat terhadap respons pasien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya. Diagnosis keperawatan merupakan standar praktik keperawatan kedua setelah pengkajian dalam proses keperawatan (PPNI, 2017).

Berdasarkan pengertian tersebut maka dapat disimpulkan bahwa diagnosis keperawatan merupakan penilaian klinis terhadap masalah Kesehatan yang sedang terjadi (actual) ataupun risiko yang mungkin terjadi (potensial) dengan berfokus pada tanggung jawab professional dan kewenagan perawat dalam memberikan asuhan yang komprehensif. Sebagai standar praktik keperawatan yang kedua, diagnosis keperawatan menjadi landasan dalam menyusun perencanaan dan pelaksanaan intervensi keperawatan dalam menyelesaikan masalah pasien dengan tujuan untuk mencapai asuhan keperawatan yang optimal.

B. Komponen Diagnosis Keperawatan

Komponen diagnosis keperawatan terdiri dari problem, etiologi dan tanda serta gejala. Berdasarkan Standar Diagnosis Keparawatan Indonesia (PPNI, 2017) komponen diagnosis keparawatan terdiri dari masalah dan indikator diagnostik.

1. Masalah

Masalah merupakan elemen pertama dalam diagnosis keperawatan dan berfungsi untuk mengidentifikasi secara spesifik apa yang sedang terjadi dengan pasien, sehingga intervensi yang diberikan dapat disesuaikan dengan kebutuhan. Menurut PPNI (2017) masalah adalah label dari diagnosis keperawatan yang mendeskripsikan respon utama dari pasien terhadap kondisi Kesehatan atau proses kehidupan yang dilaminya.

Label diagnosis keperawatan terdiri dari deskriptor atau yang menjelaskan dan fokus diagnostik. Tabel 3.1 di bawah ini merupakan contoh deskriptor dan fokus diagnostic keperawatan.

Tabel 3.1 Deskriptor dan Fokus Diagnostik pada Diagnosis Keperawatan

| No. | Deskriptor | Fokus Diagnostik |
|-----|---------------|-----------------------|
| 1. | Tidak efektif | Bersihkan jalan napas |
| 2. | Gangguan | Pertukaran gas |
| 3. | Penurunan | Curah jantung |
| 4. | Intoleransi | Aktivitas |
| 5. | Defisit | Pengetahuan |

Sumber: PPNI (2017)

Deskriptor yang dimaksud dalam diagnosis keperawatan adalah pernyataan yang menjelaskan proses terjadinya suatu fokus diagnostik. Pada tabel 3.2 dibawah ini dijelaskan beberapa definisi dari descriptor sesuai dengan SDKI.

Tabel 3.2 Deskriptor dan Definisi Deskriptor pada Diagnosis Keperawatan

| No. | Deskriptor | Fokus Diagnostik |
|-----|---------------|---|
| 1. | Defisit | Tidak cukup, tidak adekuat |
| 2. | Disfungsi | Tidak berfungsi secara normal |
| 3. | Efektif | Menimbulkan efek yang diinginkan |
| 4. | Gangguan | Mengalami hambatan atau kerusakan |
| 5. | Lebih | Berada di atas nilai normal atau yang diperlukan |
| 6. | Penurunan | Berkurang, baik dalam ukuran, jumlah dan derajat |
| 7. | Rendah | Berada di bawah nilai normal atau yang diperlukan |
| 8. | Tidak Efektif | Tidak menimbulkan efek yang diinginkan |

Sumber: PPNI (2017)

2. Indikator Diagnostik

Indikator diagnostik keperawatan merupakan tanda-tanda, karakteristik atau faktor risiko yang digunakan untuk mpenyeengidentifikasi dan mendukung adanya suatu diagnosis keperawatan. Dalam SDKI indicator diagnostic terdiri dari penyebab, tanda/gejala dan faktor risiko.

a. Penyebab (*Etiology*)

Penyebab atau etiologi merupakan penyebab atau faktor-faktor yang berkontribusi terhadap munculnya masalah atau respon pasien terhadap masalah kesehatannya. Etiologi dapat menggambarkan kondisi, situasi atau faktor lingkungan, fisiologis, psikologis, sosial atau lainnya yang menyebabkan atau berhubungan dengan masalah keperawatan. Menurut PPNI (2017) ada empat katagori dari etiologic yaitu 1) fisiologis, biologis atau psikologis, 2) efek terapi/tindakan, 3) situasional baik lingkungan atau personal dan 4) maturasi.

b. Tanda (*Sign*) dan Gejala (*Symptom*)

Tanda dan gejala dalam diagnosis keperawatan merujuk pada karakteristik yang mengidentifikasi dan mendukung adanya diagnosis keperawatan tertentu. Tanda (*sign*) merupakan data objektif yaitu data hasil pengukuran, perhitungan, observasi atau diidentifikasi secara nyata, contohnya tekanan darah 120/80 mmHg, pernapasan cuping hidung, bunyi napas vesikuler, IMT 22. Yang dimaksud dengan gejala (*symptom*) adalah data subjektif yaitu data yang dikeluhkan atau dilaporkan oleh pasien, contoh nyeri pada daerah luka operasi, mual, kelelahan, kesulitan untuk mulai tidur. Tanda dan gejala ini merupakan indicator diagnostic yang membantu perawat dalam menetapkan diagnosis keperawatan yang akurat sebagai dasar dalam menyusun perencanaan asuhan keperawatan sesuai dengan kondisi pasien.

Tanda dan gejala dalam SDKI dikelompokan menjadi dua bagian yaitu:

1) Mayor

Untuk menegakan diagnosis keperawatan, tanda/gejala mayor harus ditemukan 80 – 100%

2) Minor

Tanda/gejala minor merupakan data yang dapat mendukung untuk penegakan diagnosis keperawatan, namun tidak harus ditemukan.

C. Jenis Diagnosis Keperawatan

Menurut PPNI (2017) diagnosis keperawatan terdiri dari diagnosis negatif dan diagnosis positif. Kedua diagnosis tersebut mempunyai perbedaan yang mengacu pada kondisi yang dihadapi oleh pasien beserta responnya sehingga menjadi acuan dalam menetukan penaganan oleh perawat. Diagnosis keperawatan negatif menunjukkan bahwa pasien dalam kondisi sakit atau

berisiko mengalami masalah kesehatan sehingga memerlukan intervensi keperawatan yang bertujuan untuk penyembuhan, pemulihan dan pencegahan. Diagnosis keperawatan negatif ini terdiri dari diagnosis aktual dan diagnosis risiko. Yang dimaksud dengan diagnosis aktual adalah penilaian klinis terhadap respon pasien yang sedang terjadi pada masalah kesehatannya. Diagnosis aktual tersebut didasari oleh adanya tanda dan gejala klinis dan memerlukan intervensi yang bertujuan untuk kesembuhan pasien. Diagnosis risiko adalah diagnosis yang merujuk pada identifikasi adanya postensi masalah kesehatan yang dapat terjadi pada pasien karena adanya faktor risiko tertentu. Dengan demikian maka pada diagnosis risiko ini tidak ditemukan data objektif atau pun data subjektif namun terdapat faktor risiko yang dapat menimbulkan masalah kesehatan pasien. Intervensi keperawatan untuk diagnosis risiko ditujukan untuk mencegah (tindakan preventif) timbulnya masalah atau mengurangi faktor risiko yang sudah ada.

Diagnosis keperawatan positif atau disebut juga diagnosis promosi adalah diagnosis yang berfokus pada promosi kesehatan dan pengembangan potensi pasien untuk meningkatkan kesejahteraan pasien. Diagnosis ini menunjukkan bahwa pasien dalam kondisi yang memiliki potensi untuk mencapai tingkat kesehatan yang lebih baik dan siap melaksanakan tindakan-tindakan untuk memperbaiki, mempertahankan atau meningkatkan status kesehatannya. Diagnosis ini menggambarkan kesiapan pasien untuk terlibat dalam perubahan kearah yang positif atau mempertahankan kebiasaan yang mendukung kesejahteraan pasien.

D. Proses Penegakan Diagnosis Keperawatan

Proses penegakan diagnosis keperawatan merupakan proses yang sistematis untuk mengidentifikasi, menetapkan dan merumuskan diagnosis keperawatan berdasarkan hasil pengumpulan data dari hasil pengkajian keperawatan. Proses ini terdiri dari analisis data, identifikasi masalah dan perumusan diagnosis keperawatan.

1. Analisis data

Tahap analisis data merupakan tahapan yang untuk mengolah, mengevaluasi dan menafsirkan data yang telah dikumpulkan dari pasien selama proses pengkajian. Adapun tujuan dari analisis data ini adalah untuk mendapatkan gambaran kondisi pasien secara mendalam, mengidentifikasi masalah keperawatan dan menetukan kebutuhan pasien. Analisis data

dilakukan melalui dua tahapan yaitu 1) Membandingkan data dengan nilai normal dan 2) Mengelompokan data.

a. Membandingkan data dengan nilai normal

Tahapan ini merupakan tahapan yang penting untuk menilai kondisi pasien dan menentukan apakah ada penyimpangan atau masalah kesehatan. Membandingkan data dengan nilai normal mempunyai pengertian membandingkan data hasil pengkajian dari hasil pengukuran pemeriksaan fisik atau kondisi fisiologis, tanda klinis atau perilaku. Contoh kasus 1: Seorang perawat sudah mengumpulkan data hasil pengkajian dan hasilnya adalah pasien seorang laki-laki, umur 30 tahun, Post operasi apendik hari ke-5. Pasien mengeluhkan nyeri pada daerah operasi, skala nyeri 5 dari skala 10, pasien meringis dan memegang daerah luka operasi saat merubah posisi tidurnya. Luka operasi tampak kemerahan, bengkan dan terdapat pengeluaran cairan berwarna kekuningan dari luka. TD 130/70 mmHg, denyut nadi 92 X/menit, frekuensi napas 22 X/menit, suhu tubuh 38,3°C. Berdasarkan data tersebut maka Perawat akan membandingkan dengan respon pasien post operasi hari ke-5 yang normal atau secara fisiologis proses penyembuhan luka operasi pada hari ke-5 seharusnya sudah masuk fase proliferasi dimana luka berwarna merah muda, bengkak dan eksudasi mulai berkurang, keluhan nyeri sudah berkurang dan pasien pada umumnya sudah bisa melakukan aktivitas sehari-hari. Hasil pengukuran tanda-tanda vital juga dibandingkan dengan nilai normalnya dimana pada usia dewasa (pasien berumur 30 tahun) rentang normal tekanan darah 90/60 - 120/80 mmHg, denyut nadi 60 – 100 X/menit, frekuensi napas 16 – 20 X/menit dan suhu tubuh 36,5° – 37,5°C. Berdasarkan hal tersebut maka dapat disimpulkan bahwa ditemukan data-data yang tidak sesuai antara kondisi pasien (data hasil pengkajian) dengan respon normal pada pasien post operasi hari ke-5 dengan usia 30 tahun.

b. Mengelompokan data

Setelah data dibandingkan dengan nilai normal, maka data-data yang mengalami perubahan yang bermakna dari nilai normal akan dikelompokan menurut pola kebutuhan dasar manusia. Pola kebutuhan dasar manusi terdiri dari respirasi, sirkulasi, nutrisi dan cairan, kenyamanan, integritas ego, pertumbuhan dan perkembangan, kebersihan diri, pembelajaran, interaksi sosial dan keamanan. Proses

pengelompokan data dapat dilakukan dengan cara mengidentifikasi katagori atau pola, mengelompokan data yang sejenis (homogen) kemudian menentukan hubungan antar data.

Contoh pengelompokan data dari kasus 1:

- 1) Data hasil pengkajian yang tidak sesuai dengan nilai normal
 - a) Pasien mengeluhkan nyeri pada daerah operasi
 - b) skala nyeri 5 dari skala 10
 - c) pasien meringis dan memegang daerah luka operasi saat merubah posisi tidurnya.
 - d) Luka operasi tampak kemerahan, bengkak dan terdapat pengeluaran cairan berwarna kekuningan dari luka.
 - e) TD 130/70 mmHg, denyut nadi 92 X/menit, frekuensi napas 22 X/menit, suhu tubuh 38,3°C.
 - 2) Pengelompokan data berdasarkan katagori dan data yang homogen
 - a) Katagori psikologis : Nyeri dan kenyamanan
 - Pasien mengeluhkan nyeri pada daerah operasi
 - skala nyeri 5 dari skala 10
 - pasien meringis dan memegang daerah luka operasi saat merubah posisi tidurnya.
 - TD 130/70 mmHg
 - Denyut nadi 92 X/menit
 - Frekuensi napas 22 X/menit
 - b) Katagori lingkungan : keamanan dan proteksi
 - Luka operasi tampak kemerahan, bengkak dan terdapat pengeluaran cairan berwarna kekuningan dari luka.
 - Suhu tubuh 38,3°C
 - 3) Menentukan hubungan antar data
- Berdasarkan kelompok-kelompok data tersebut diatas maka dapat dilihat hubungan antar kelompok datanya bahwa pada luka operasi menunjukkan tanda-tanda infeksi yang menyebabkan kerusakan integritas jaringan dan secara sistemik yang merupakan respon tubuh terhadap infeksi pasien mengalami peningkatan suhu tubuh. Akibat adanya kerusakan integritas jaringan maka sel-sel yang rusak akan mengeluarkan zat-zat kimia yang dapat merangsang ujung-ujung syaraf (*chemoreceptor*) yang akan mengirimkan sinyal nyeri ke korteks cerebri yang akan dipersepsiakan nyeri.

2. Identifikasi masalah

Langkah selanjutnya dari analisis data adalah melakukan identifikasi masalah. Perawat bersama-sama pasien dan atau keluarga mengidentifikasi masalah keperawatan yang ditemukan pada pasien tersebut merupakan diagnosis aktual, risiko atau promosi. Pernyataan masalah keperawatan merujuk pada label diagnosis keperawatan.

3. Perumusan diagnosis

Berdasarkan PPNI (2017) perumusan diagnosis keperawatan dituliskan dalam tiga bagian atau dua bagian.

a. Penulisan Tiga Bagian

Penulisan tiga bagian dipakai untuk merumuskan diagnosis keperawatan aktual dengan cara menuliskan Problem (masalah), Etiologi (Penyebab) dan tanda /gejala. Rumusan penulisan tiga bagian adalah sebagai berikut:

Problem berhubungan dengan etiologi dibuktikan dengan tanda/gejala

Frase "berhubungan dengan" dapat disingkat menjadi b.d. dan frase "dibuktikan dengan" dapat ditulis d.d.

Contoh diagnosis : Nyeri akut b.d. prosedur pembedahan d.d. pasien mengeluhkan nyeri pada daerah operasi, skala nyeri 5 dari skala 10, pasien meringis dan memegang daerah luka operasi saat merubah posisi tidurnya, TD 130/70 mmHg dan frekuensi napas 22 X/menit

b. Penulisan Dua Bagian

Penulisan dua bagian dipakai untuk diagnosis keperawatan risiko dan promosi. Rumusan penulisan dua bagian adalah sebagai berikut:

1) Diagnosis risiko:

Problem berhubungan dibuktikan dengan faktor risiko

Contoh diagnosis: Risiko perlambatan pemulihan paska bedah d.d. infeksi luka operasi

2) Diagnosis Promosi:

Problem berhubungan dibuktikan dengan tanda/gejala

Contoh diagnosis: Kesiapan meningkatkan pengetahuan tentang mobilisasi paska bedah d.d. pasien menyampaikan minat untuk belajar tentang mobilisasi setelah operasi, pasien mencerikakan bahwa pada

operasi sebelumnya mengalami kesulitan untuk beraktifitas karena nyeri dan pasien melaksanakan mobilisasi sesuai dengan tahapan mobilisasi paska bedah.

E. Latihan

Pilihlah salah satu option jawaban yang paling tepat!

1. Apa yang dimaksud dengan keputusan klinis mengenai respon individu, keluarga dan masyarakat yang diperoleh melalui proses pengumpulan data terhadap masalah kesehatan yang aktual maupun potensial guna menjaga status Kesehatan?
 - A. Analisis data
 - B. Interpretasi data
 - C. Diagnosis keperawatan
 - D. Intervensi
 - E. Identifikasi masalah
2. Manakah yang merupakan label dari diagnosis keperawatan?
 - A. Problem
 - B. Etiologi
 - C. Tanda
 - D. Gejala
 - E. Penyebab
3. Manakah diagnosis keperawatan aktual pada diagnosis keperawatan dibawah ini?
 - A. Kesiapan peningkatan tidur d.d. mengekspresikan keinginan untuk meningkatkan tidur, mengekspresikan perasaan cukup istirahat setelah tidur, tidur malam 7 jam, tidur siang kurang lebih 1 jam, bisa tidur sesuai rutinas/ pola tidur sebelum sakit.
 - B. Risiko intoleransi aktivitas d.d. gangguan sirkulasi
 - C. Menyusui efektif d.d. payudara membesar, alveoli mulai terisi ASI, bayi cukup bulan, bibir dan mulut bayi normal
 - D. Kesiapan peningkatan nutrisi d.d. mengekspresikan keinginan untuk meningkatkan nutrisi, makan teratur dan adekuat
 - E. Pola napas tidak efektif b.d. cedera pada medulla spinalis d.d. kesulitan bernapas, adanya retraksi otot-otot tambahan pernapasan, fase ekspirasi memanjang, frekuensi napas 32 X/menit

4. Tahap manakah dalam menegakan diagnosis keperawatan, kegiatan membandingkan data hasil pengkajian dengan data yang normal serta mengelompokan data berdasarkan pola fungsi?
- A. Identifikasi masalah
 - B. Verifikasi data
 - C. Analisis data
 - D. Perumusan masalah
 - E. Perumusan diagnosis
5. Pasien, Tn K, umur 35 tahun, di Rawat di Rumah Sakit dengan diagnosa Pneumonia. Hasil pengkajian pasien mengeluhkan batuk dan sesak napas, TD 130/80 mmHg, denyut nadi 88 X/menit, frekuensi napas 30 X/menit, Suhu tubuh 37,8°C, pernapasan cuping hidung, mulut terbuka, bibir kering, retraksi dinding dada, pasien berkeringat, batuk berdahak, hasil auskultasi dada terdengar bunyi ronchi pada kedua paru-paru.
Manakah diagnosis keperawatan yang menjadi prioritas masalah pada kasus tersebut?
- A. Berikan jalan napas tidak efektif b.d. hiperskresi jalan napas
 - B. Gangguan pertukaran gas b.d. perubahan membrane alveolar-kapiler
 - C. Hipertermia b.d. proses infeksi
 - D. Risiko infeksi d.d. peningkatan sekresi dijalan napas
 - E. Risiko intoleransi aktifitas d.d. gangguan pernapasan

F. Rangkuman Materi

Diagnosis keperawatan merupakan keputusan klinis mengenai respon individu, keluarga dan masyarakat yang diperoleh melalui proses pengumpulan data terhadap masalah kesehatan yang aktual maupun potensial guna menjaga status Kesehatan. Sebagai standar asuhan keperawatan setelah pengkajian keperawatan, diagnosis keperawatan merupakan dasar untuk menyusun perencanaan keperawatan sehingga asuhan keperawatan yang akan dilaksanakan mempunyai arah dan tujuan. Jenis diagnosis keperawatan adalah diagnosis aktual, diagnosis risiko dan diagnosis promosi. Diagnosis keperawatan memiliki dua komponen penting yaitu label diagnosis dan indikator diagnosis. Adapun perumusan diagnosis keperawatan meliputi tahapan analisis data, identifikasi masalah dan penegakan diagnosis keperawatan.

G. Glosarium

- IMT : Indeks Masa Tubuh
PPNI : Persatuan Perawat Nasional Indonesia
SDKI : Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia

Daftar Pustaka

- Kozier, dkk. (2011). Buku Ajar: Fundamental Keperawatan, Konsep, Proses &Praktik, Vol. 1, Jakarta: EGC
- Novitasari, Eni;,,dkk. (2020). Dasar-dasar Keperawatan, Vol.1 Edisi Bahasa Indonesia, Singapore: Elsevier
- Nursalam. (2020). Proses dan Dokumentasi Keperawatan, Jakarta: Salmeba Medika
- Potter, P., G. Perry. A. (2010), Fundamental of Nursing. Jakarta: Salemba Medika
- PPNI. (2017). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia. Edisi 1, Jakarta: DPP PPNI

BAB 4

PRAKTIK MENYUSUN RENCANA KEPERAWATAN

Pendahuluan

Bab ini menguraikan tentang praktik menyusun rencana keperawatan mulai dari pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan. Rencana keperawatan adalah bagian dari proses keperawatan yang berfokus pada perencanaan intervensi atau tindakan yang harus dilakukan untuk mencapai hasil yang diharapkan dalam perawatan pasien. Rencana ini dibuat berdasarkan diagnosis keperawatan dan mengarahkan perawat dalam memberikan asuhan yang terstruktur dan terukur

Tujuan Intruksional dan Capaian Pembelajaran

Tujuan Intruksional:

Setelah menyelesaikan pembelajaran pada bab ini, mahasiswa mampu:

1. Menyusun rencana keperawatan yang terstruktur dan efektif sesuai diagnosis keperawatan, dengan mempertimbangkan kebutuhan dan kondisi unik pasien serta berorientasi pada pencapaian hasil yang optimal.
2. Mengidentifikasi kebutuhan pasien secara komprehensif melalui pengkajian keperawatan, termasuk aspek fisik, psikologis, sosial, dan spiritual pasien.
3. Menyusun diagnosis keperawatan yang tepat berdasarkan data pengkajian yang valid dan analisis masalah pasien.
4. Menetapkan tujuan keperawatan (outcome) yang SMART (Spesifik, Measurable, Achievable, Relevant, Time-bound) untuk setiap diagnosis keperawatan yang diidentifikasi.
5. Merencanakan intervensi keperawatan yang sesuai dengan diagnosis keperawatan, tujuan, dan kondisi pasien, serta mempertimbangkan bukti ilmiah dan teori yang relevan.
6. Mengimplementasikan intervensi keperawatan sesuai rencana dan memodifikasi rencana jika ada perubahan dalam kondisi atau respons pasien.

7. Melakukan evaluasi terhadap hasil yang dicapai dan mengukur pencapaian tujuan, serta melakukan revisi rencana keperawatan bila hasil yang diinginkan belum tercapai.

Capaian Pembelajaran:

Setelah menyelesaikan pembelajaran pada Bab ini, anda diharapkan mampu:

1. Melakukan pengkajian keperawatan secara komprehensif, meliputi aspek fisik, psikologis, sosial, dan spiritual pasien.
2. Menyusun diagnosis keperawatan berdasarkan data yang terkumpul dan analisis masalah pasien.
3. Merumuskan tujuan (outcome) keperawatan yang SMART (Spesifik, Terukur, Dapat Dicapai, Relevan, dan Berbatas Waktu) sesuai diagnosis yang telah diidentifikasi.
4. Merencanakan dan merumuskan intervensi keperawatan yang tepat dan berbasis bukti, serta menuliskan rasionalisasi untuk setiap intervensi yang dipilih.
5. Melaksanakan intervensi yang sesuai dengan rencana keperawatan dan memodifikasi tindakan berdasarkan respons atau perubahan kondisi pasien.
6. Melakukan evaluasi untuk menilai pencapaian tujuan asuhan keperawatan serta menyusun revisi atau penyesuaian pada rencana keperawatan yang diperlukan.

Uraian Materi

Pada BAB ini Anda akan mempelajari tahap dari proses keperawatan, yaitu menyusun rencana keperawatan mencakup konsep dan langkah-langkah sistematis yang harus dikuasai oleh mahasiswa untuk dapat merancang dan melaksanakan rencana keperawatan yang efektif dalam praktik keperawatan.

A. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian adalah proses pengumpulan data secara sistematis yang bertujuan untuk menentukan status kesehatan dan fungsional pasien pada saat ini dan waktu sebelumnya, serta untuk menentukan pola respon pasien saat ini dan waktu sebelumnya (Mulyanti, 2017).

Pengkajian yang komprehensif atau menyeluruh, sistematis dan logis akan mengarah dan mendukung pada identifikasi masalah-masalah pasien. Masalah-masalah ini ditegakkan dengan menggunakan data penkajian sebagai dasar formulasi yang dinyatakan sebagai diagnosa keperawatan. Sehingga pengkajian memegang peranan penting untuk tahap proses keperawatan selanjutnya.

Tujuan pengkajian keperawatan:

1. Mengumpulkan, mengorganisir, dan mencatat data yang menjelaskan respon manusia yang mempengaruhi pola-pola kesehatan pasien
2. Hasil dokumentasi pengkajian akan menjadi dasar penulisan rencana asuhan keperawatan
3. Memberikan keyakinan tentang informasi dasar tentang kesehatan pasien untuk dijadikan referensi status kesehatannya saat ini atau yang lalu
4. Memberikan data yang cukup untuk menentukan strategi perawatan yang sesuai dengan kebutuhan pasien

Jenis Data Pengkajian

Dalam pengkajian keperawatan terdapat jenis data yang dapat diperoleh, yaitu:

1. Data Subjektif

Data subjektif diperoleh dari hasil pengkajian terhadap pasien dengan teknik wawancara, keluarga, konsultan, dan tenaga kesehatan lainnya serta riwayat keperawatan. Data ini berupa keluhan atau persepsi subjektif pasien terhadap status kesehatannya.

2. Data Objektif

Informasi data objektif diperoleh dari hasil observasi, pemeriksaan fisik, hasil pemeriksaan penunjang dan hasil laboratorium. Fokus dari pengkajian data objektif berupa status kesehatan, pola coping, fungsi status respons pasien terhadap terapi, risiko untuk masalah potensial, dukungan terhadap pasien. Karakteristik data yang diperoleh dari hasil pengkajian seharusnya memiliki karakteristik yang lengkap, akurat, nyata dan relevan. Data yang lengkap mampu mengidentifikasi semua masalah keperawatan pada pasien. (Dinarti, 2017)

Metode Pengkajian

Metode utama yang dapat digunakan dalam pengumpulan data adalah wawancara, observasi, dan pemeriksaan fisik serta diagnostic (Endang, 2018)

1. Wawancara

Wawancara atau interview merupakan metode pengumpulan data secara langsung antara perawat dan klien. Data wawancara adalah semua ungkapan klien, tenaga kesehatan, atau orang lain yang berkepentingan keluarga, teman, dan orang terdekat klien

2. Observasi

Observasi merupakan metode pengumpulan data melalui pengamatan visual dengan menggunakan panca-indra. Kemampuan melakukan observasi merupakan keterampilan tingkat tinggi yang memerlukan banyak latihan. Unsur terpenting dalam observasi adalah mempertahankan objektivitas penilaian. Mencatat hasil observasi secara khusus tentang apa yang dilihat, dirasa, didengar, dicium, dan dikecap akan lebih akurat dibandingkan mencatat interpretasi seseorang tentang hal tersebut.

3. Pemeriksaan

Pemeriksaan adalah proses inspeksi tubuh dan sistem tubuh guna menentukan ada/tidaknya penyakit yang didasarkan pada hasil pemeriksaan fisik dan laboratorium. Cara pendekatan sistematis yang dapat digunakan perawat dalam melakukan pemeriksaan fisik adalah pemeriksaan dari ujung rambut sampai ujung kaki (head to toe) dan pendekatan sistem tubuh (*review of system*).

Pengkajian yang lengkap, akurat, sesuai kenyataan, kebenaran data sangat penting untuk merumuskan suatu diagnosa keperawatan dan dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan respon individu

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

Fokus Pengkajian Keperawatan

Fokus pengkajian keperawatan tidak sama dengan pengkajian medis. Pengkajian medis difokuskan pada keadaan patologis, sedangkan pengkajian keperawatan ditujukan pada respon klien terhadap masalah-masalah kesehatan yang berhubungan dengan pemenuhan kebutuhan dasar manusia. Misalnya dapatkah klien melakukan aktivitas sehari-hari, sehingga fokus pengkajian klien adalah respon klien yang nyata maupun potensial terhadap masalahmasalah aktifitas harian

Pengumpulan Data

Pengumpulan data adalah pengumpulan informasi tentang klien yang dilakukan secara sistematis untuk menentukan masalah-masalah, serta kebutuhan-kebutuhan keperawatan dan kesehatan klien. Pengumpulan informasi merupakan tahap awal dalam proses keperawatan. Dari informasi yang terkumpul, didapatkan data dasar tentang masalah-masalah yang dihadapi klien. Selanjutnya data dasar tersebut digunakan untuk menentukan diagnosis keperawatan, merencanakan asuhan keperawatan, serta tindakan keperawatan untuk mengatasi masalah-masalah klien

B. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah keputusan klinis mengenai seseorang, keluarga, atau masyarakat sebagai akibat dari masalah kesehatan atau proses kehidupan yang aktual atau potensial (Dinarti, 2017)

Diagnosa keperawatan adalah keputusan klinis mengenai seseorang, keluarga atau masyarakat sebagai akibat dari masalah-masalah kesehatan/ proses kehidupan yang aktual atau risiko. Diagnosa keperawatan memberikan dasar-dasar pemilihan intervensi untuk mencapai hasil yang menjadi tanggung gugat perawat. Adapun persyaratan dari diagnosa keperawatan adalah perumusan harus jelas dan singkat dari respons klien terhadap situasi atau keadaan yang dihadapi, spesifik dan akurat, memberikan arahan pada asuhan

keperawatan, dapat dilaksanakan oleh perawat dan mencerminkan keadaan kesehatan klien (Nabila, 2020).

C. Intervensi Keperawatan

Langkah ketiga dari proses keperawatan adalah perencanaan. Perencanaan adalah sesuatu yang telah dipertimbangkan secara mendalam, tahap yang sistematis dari proses keperawatan meliputi kegiatan pembuatan keputusan dan pemecahan masalah. Dalam perencanaan keperawatan, perawat menetapkannya berdasarkan hasil pengumpulan data dan rumusan diagnosa keperawatan yang merupakan petunjuk dalam membuat tujuan dan asuhan keperawatan untuk mencegah, menurunkan, atau mengeliminasi masalah kesehatan klien (Nabila, 2020)

Intervensi keperawatan merupakan segala bentuk terapi yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai peningkatan, pencegahan, dan pemulihan kesehatan klien individu, keluarga dan komunitas (SIKI, 2018).

Intervensi keperawatan adalah segala treatment yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (outcome) yang diharapkan (Hadinata, 2022).

Rencana intervensi keperawatan adalah desain spesifik dari intervensi yang disusun untuk membantu klien dan mencapai kriteria hasil. Rencana intervensi tersebut disusun berdasarkan komponen penyebab dari diagnosis keperawatan. Oleh karena itu rencana intervensi harus mengdefinisikan suatu aktivitas yang diperlukan untuk membatasi faktor-faktor penunjang suatu masalah (Siti, 2021)

Penetapan prioritas bertujuan untuk mengidentifikasi urutan intervensi keperawatan yang sesuai dengan berbagai masalah klien (Carpenito, 1997). Penetapan prioritas dilakukan karena tidak semua masalah dapat diatasi dalam waktu yang bersamaan. Salah satu metode dalam menetapkan prioritas dengan mempergunakan hirarki kebutuhan menurut Maslow. Prioritas dapat diklasifikasi menjadi tiga tingkatan, antara lain high priority, intermediate priority, dan low priority. (Endang, 2018)

Karakteristik Rencana Asuhan Keperawatan

1. Konsisten dengan rencana intervensi keperawatan.
2. Berdasarkan prinsip-prinsip ilmiah (rasional).
3. Berdasarkan kondisi klien (individu).

4. Digunakan untuk menciptakan suatu situasi yang aman dan terapeutik
5. Menciptakan suatu situasi pengajaran.
6. Menggunakan sarana yang sesuai. (Supratti, 2022)

1. Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)

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 4.1.

Tabel 4.1

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: 1. Respirasi 2. Sirkulasi 3. Nutrisi dan cairan 4. Eliminasi 5. Aktivitas dan istirahat 6. Neurosensori 7. Reproduksi dan seksualitas |
| 2. | Psikologis | Kategori intervensi keperawatan yang ditujukan untuk mendukung fungsi mental yang meliputi: |

| | | |
|----|------------|--|
| | | <ul style="list-style-type: none"> a. Nyeri dan kenyamanan b. Integritas ego c. Pertumbuhan dan perkembangan |
| 3. | Perilaku | <p>Kategori intervensi keperawatan yang ditujukan untuk mendukung perubahan perilaku atau pola hidup sehat yang meliputi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kebersihan diri 2. Penyuluhan dan pembelajaran |
| 4. | Relasional | <p>Kategori intervensi keperawatan yang ditujukan untuk mendukung hubungan/interaksi sosial, yang meliputi:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Interaksi sosial |
| 5. | Lingkungan | <p>Kategori intervensi keperawatan yang ditujukan untuk mendukung keamanan lingkungan dan menurunkan risiko gangguan Kesehatan, yang meliputi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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.

2. 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*).

3. Praktik Menyusun Intervensi Keperawatan Sesuai Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)

Praktik menyusun intervensi keperawatan sesuai dengan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) memberikan panduan khusus untuk mengembangkan tindakan keperawatan yang tepat dan konsisten dengan standar nasional. Berikut adalah uraian praktik menyusun intervensi keperawatan sesuai SIKI

Definisi SIKI: SIKI adalah panduan yang menyediakan standar intervensi keperawatan berbasis bukti di Indonesia. Panduan ini mencakup berbagai jenis intervensi keperawatan untuk menangani kondisi kesehatan spesifik.

Tujuan Penggunaan SIKI: Menyediakan referensi standar yang membantu perawat dalam memilih dan menerapkan tindakan keperawatan yang sesuai dengan diagnosis keperawatan yang telah dibuat, serta memastikan asuhan yang konsisten dan berbasis bukti.

Langkah-Langkah Menyusun Intervensi Keperawatan Berdasarkan SIKI

a. Identifikasi Diagnosis Keperawatan

Sebelum menyusun intervensi, perawat harus melakukan pengkajian yang komprehensif dan membuat diagnosa keperawatan yang tepat. Diagnosa keperawatan ini menjadi dasar dalam menentukan intervensi yang akan diberikan.

b. Pemilihan Intervensi Keperawatan sesuai SIKI

1) Rujuk ke SIKI: setelah diagnosa keperawatan ditetapkan, perawat dapat mencari daftar intervensi yang direkomendasikan dalam SIKI berdasarkan diagnosa keperawatan tersebut.

2) Pilih intervensi yang sesuai: Dalam SIKI, setiap diagnosa keperawatan memiliki sejumlah intervensi yang direkomendasikan. Perawat dapat memilih intervensi yang sesuai dengan kondisi spesifik pasien.

3) Pertimbangkan prioritas dan kebutuhan pasien: Intervensi dipilih berdasarkan kebutuhan utama pasien, kondisi fisik, kemampuan pasien, serta tingkat risiko masalah kesehatan.

c. Penyesuaian Intervensi Sesuai Kondisi Pasien

1) Modifikasi jika diperlukan

Meskipun SIKI memberikan standar intervensi, perawat tetap perlu menyesuaikan tindakan sesuai kebutuhan spesifik pasien.

2) Kombinasikan dengan intervensi tambahan:

Dalam beberapa kasus, intervensi tambahan atau modifikasi tindakan mungkin diperlukan untuk mengakomodasi kondisi individual pasien.

4. Komponen dalam Intervensi Keperawatan Berdasarkan SIKI

Setiap intervensi keperawatan menurut SIKI memiliki beberapa komponen utama yang perlu diperhatikan dalam praktik:

- a. Nama Intervensi: Identifikasi jenis intervensi yang akan dilakukan, misalnya "Manajemen Nyeri," "Pengaturan Cairan," atau "Pencegahan Risiko Infeksi."
- b. Tindakan atau Aktivitas Spesifik: Tindakan yang harus dilakukan oleh perawat dijabarkan dalam bentuk langkah-langkah atau instruksi spesifik.
- c. Frekuensi dan Durasi: Beberapa intervensi membutuhkan frekuensi atau durasi tertentu, yang diatur berdasarkan kondisi pasien.
- d. Rasionalisasi: Setiap intervensi dilengkapi dengan alasan mengapa tindakan tersebut dipilih, sehingga perawat dapat memahami tujuan dan efektivitas tindakan yang diberikan.

5. Contoh Menyusun Intervensi Keperawatan Berdasarkan SIKI

Berikut adalah contoh langkah penyusunan intervensi berdasarkan diagnosis keperawatan yang umum ditemui:

Diagnosa Keperawatan: Nyeri Akut (D. 0077)

Intervensi Utama: manajemen nyeri (I. 08238)

Manajemen Nyeri

Definisi

Mengidentifikasi dan mengelola pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan atau fungsional dengan onset mendadak atau terlambat dan berintensitas ringan hingga berat dan konstan.

Tindakan

Observasi

- a. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri.
- b. Identifikasi skala nyeri
- c. Identifikasi respon nyeri non verbal
- d. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup
- e. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperringan nyeri
- f. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri
- g. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri

- h. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan
- i. Monitor efek samping penggunaan analgetik

Terapeutik

- a. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (misalnya: TENS, terapi musik, Terapi pijat, kompres hangat/dingin, hypnosis, relaksasi napas dalam, terapi bermain)
- b. Kontrol lingkungan yang dapat memperberat nyeri (misalnya: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)
- c. Fasilitasi istirahat dan tidur
- d. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri

Edukasi

- a. Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri.
- b. Jelaskan strategi meredakan nyeri
- c. Anjurkan untuk memonitor nyeri secara mandiri
- d. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat
- e. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri

Kolaborasi

Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu

D. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi kestatus kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Proses pelaksanaan implementasi harus berpusat kepada kebutuhan klien, faktor-faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan keperawatan, strategi implementasi keperawatan, dan kegiatan komunikasi (Hadinata, 2022).

Untuk kesuksesan pelaksanaan implementasi keperawatan agar sesuai dengan rencana keperawatan, perawat harus mempunyai kemampuan kognitif (intelektual), kemampuan dalam hubungan interpersonal, dan keterampilan dalam melakukan tindakan. Proses pelaksanaan implementasi harus berpusat kepada kebutuhan klien, faktor-faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan keperawatan, strategi implementasi keperawatan, dan kegiatan komunikasi (Hadinata, 2022)

1. Jenis Implementasi Keperawatan

Dalam pelaksanaannya terdapat tiga jenis implementasi keperawatan, yaitu: (Siti, 2021)

- a. *Independent Implementations* adalah implementasi yang diprakarsai sendiri oleh perawat untuk membantu pasien dalam mengatasi masalahnya sesuai dengan kebutuhan, misalnya: membantu dalam memenuhi activity daily living (ADL), memberikan perawatan diri, mengatur posisi tidur,
- b. *Interdependent/Collaborative Implementations* adalah tindakan keperawatan atas dasar kerjasama sesama tim keperawatan atau dengan tim kesehatan lainnya, seperti dokter. Contohnya dalam hal pemberian obat oral, obat injeksi, infus, kateter urin, naso gastric tube (NGT), dan lain-lain.
- c. *Dependent Implementations* adalah tindakan keperawatan atas dasar rujukan dari profesi lain, seperti ahli gizi, physiotherapies, psikolog dan sebagainya, misalnya dalam hal: pemberian nutrisi pada pasien sesuai dengan diit yang telah dibuat oleh ahli gizi, latihan fisik (mobilisasi fisik) sesuai dengan anjuran dari bagian fisioterapi.

2. Prinsip implementasi keperawatan

Beberapa pedoman atau prinsip dalam pelaksanaan implementasi keperawatan adalah sebagai berikut:

- a. Berdasarkan respons pasien
- b. Berdasarkan ilmu pengetahuan, hasil penelitian keperawatan, standar pelayanan profesional, hukum dan kode etik keperawatan
- c. Berdasarkan penggunaan sumber-sumber yang tersedia
- d. Sesuai dengan tanggung jawab dan tanggung gugat profesi keperawatan
- e. Mengerti dengan jelas pesanan-pesanan yang ada dalam rencana intervensi keperawatan
- f. Harus dapat menciptakan adaptasi dengan pasien sebagai individu dalam upaya meningkatkan peran serta untuk merawat diri sendiri (self care)
- g. Menekankan pada aspek pencegahan dan upaya peningkatan status kesehatan.
- h. Menjaga rasa aman, harga diri dan melindungi pasien
- i. Memberikan pendidikan, dukungan dan bantuan
- j. Bersifat holistic

- k. Kerjasama dengan profesi lain
- l. Melakukan dokumentasi

E. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah kegiatan yang terus menerus dilakukan untuk menentukan apakah rencana keperawatan efektif dan bagaimana rencana keperawatan dilanjutkan, merevisi rencana atau menghentikan rencana keperawatan. Penilaian adalah tahap yang menentukan apakah tujuan tercapai. Evaluasi selalu berkaitan dengan tujuan, apabila dalam penilaian ternyata tujuan tidak tercapai, maka perlu dicari penyebabnya. Tahapan ini perawat melakukan tindakan intelektual untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan seberapa jauh diagnosa keperawatan, rencana tindakan, dan pelaksanaannya sudah berhasil dicapai.

Proses keperawatan adalah aktivitas yang mempunyai maksud yaitu praktik keperawatan yang dilakukan dengan cara yang sistematik. Selama melaksanakan proses keperawatan, perawat menggunakan dasar pengetahuan yang komprehensif untuk mengkaji status kesehatan klien, membuat penilaian yang bijaksana dan mendiagnosa, mengidentifikasi hasil akhir kesehatan klien dan merencanakan, menerapkan dan mengevaluasi tindakan keperawatan yang tepat guna mencapai hasil akhir tersebut (Kristina, 2021)

Keperawatan sebagai profesi merupakan salah satu pekerjaan dimana dalam menentukan tindakan didasari pada ilmu pengetahuan serta memiliki kertampilan yang jelas dalam keahliannya, selain itu sebagai profesi keperawatan mempunyai otonomi dalam kewenangan dan tanggung jawab dalam tindakan serta adanya kode etik dalam bekerjanya kemudian juga berorientasi pada pelayanan dengan melalui pemberian asuhan keperawatan kepada individu, kelompok atau masyarakat (Yeni, 2020)

F. Latihan

Setelah menyelesaikan pembelajaran tentang praktik intervensi 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 pasien datang ke IGD dengan keluhan nyeri kepala hebat, yang menurut pasien terasa seperti berdenyut. Pasien mengeluhkan bahwa nyerinya mencapai skala 7 dari 10. Diagnosis keperawatan yang ditetapkan adalah Nyeri Akut.
Berdasarkan SIKI, apakah pilihan intervensi keperawatan yang paling tepat?
 - 1) Ajarkan pasien teknik pernapasan dalam untuk relaksasi.
 - 2) Kolaborasi dengan dokter untuk pemberian analgesik.
 - 3) Lakukan kompres hangat pada kepala pasien.
 - 4) Monitor respons pasien terhadap nyeri setiap 30 menit
2. Pasien dengan diagnosis Risiko Infeksi telah menjalani tindakan operasi.
Apa tindakan keperawatan yang sesuai untuk mencegah infeksi, menurut SIKI?
 - 1) Gunakan sarung tangan dan masker saat melakukan perawatan luka.
 - 2) Ajarkan pasien tentang teknik mencuci tangan yang benar.
 - 3) Berikan antibiotik sesuai instruksi dokter.
 - 4) Pastikan pasien menggunakan pakaian steril setiap hari.
3. Seorang pasien lansia mengalami Gangguan Mobilitas Fisik akibat stroke.
Diagnosis keperawatan yang ditetapkan adalah Risiko Cedera.
Pilih intervensi yang sesuai menurut SIKI!
 - 1) Bantu pasien dalam melakukan latihan rentang gerak.
 - 2) Berikan alat bantu mobilisasi, seperti walker.
 - 3) Pantau tanda vital pasien sebelum dan setelah latihan.
 - 4) Berikan edukasi mengenai teknik mengangkat badan yang benar.
4. Pasien dengan masalah Kurang Gizi mengalami penurunan nafsu makan.
Diagnosis keperawatan yang ditetapkan adalah Ketidakseimbangan Nutrisi: Kurang dari Kebutuhan Tubuh.
Pilih intervensi yang sesuai menurut SIKI!
 - 1) Berikan makanan dalam porsi kecil tapi sering.
 - 2) Ajarkan keluarga pasien cara memasak makanan tinggi kalori.
 - 3) Kolaborasi dengan ahli gizi untuk perencanaan diet.
 - 4) Pasang selang nasogastric untuk pemberian nutrisi.

5. Seorang pasien didiagnosis dengan Risiko Dehidrasi akibat demam tinggi dan kurangnya asupan cairan.

Apa intervensi keperawatan yang sesuai berdasarkan SIKI?

- 1) Pantau tanda vital dan status hidrasi pasien.
- 2) Ajarkan pasien untuk minum setidaknya 2 liter air per hari.
- 3) Berikan cairan intravena sesuai dengan instruksi dokter.
- 4) Berikan minuman dengan elektrolit setiap 4 jam.

Jawaban dan Pembahasan:

1. Intervensi yang paling sesuai adalah 1, 2, dan 4. Teknik pernapasan dalam (1) membantu pasien mengontrol respons nyerinya. Kolaborasi dengan dokter (2) penting untuk pemberian analgesik, yang langsung mengatasi nyeri secara farmakologis. Monitoring respons terhadap nyeri (4) membantu dalam evaluasi efektivitas intervensi.
2. Jawaban dan Pembahasan: Intervensi yang tepat adalah 1, 2, dan 3. Penggunaan sarung tangan dan masker (1) merupakan tindakan aseptik yang penting dalam mencegah infeksi. Mengajarkan pasien tentang mencuci tangan (2) membantu menjaga kebersihan pribadi pasien. Antibiotik (3) sesuai instruksi dokter membantu mencegah infeksi bakteri pada pasien pasca-operasi.
3. Intervensi yang tepat adalah 1, 2, dan 3. Membantu latihan rentang gerak (1) membantu menjaga fungsi otot dan sendi. Alat bantu mobilisasi (2) mengurangi risiko jatuh atau cedera pada pasien. Memantau tanda vital (3) memastikan bahwa pasien dapat mentoleransi latihan dengan aman.
4. Intervensi yang tepat adalah 1, 2, dan 3. Memberikan makanan dalam porsi kecil namun sering (1) membantu mengatasi penurunan nafsu makan. Mengajarkan keluarga (2) membantu dalam pemenuhan nutrisi tinggi kalori di rumah. Kolaborasi dengan ahli gizi (3) memungkinkan perencanaan diet yang sesuai dengan kebutuhan pasien.
5. Intervensi yang tepat adalah 1, 2, dan 3. Memantau tanda vital dan status hidrasi (1) membantu perawat menilai kebutuhan cairan pasien. Mengajarkan pasien untuk minum 2 liter air (2) membantu mengembalikan keseimbangan cairan. Cairan intravena (3) membantu mengatasi dehidrasi, terutama jika asupan oral sulit.

G. Rangkuman Materi

Pengkajian adalah proses pengumpulan data secara sistematis yang bertujuan untuk menentukan status kesehatan dan fungsional pasien pada saat ini dan waktu sebelumnya, serta untuk menentukan pola respon pasien saat ini dan waktu sebelumnya. Metode utama yang dapat digunakan dalam pengumpulan data adalah wawancara, observasi, dan pemeriksaan fisik serta diagnostic

Diagnosa keperawatan adalah keputusan klinis mengenai seseorang, keluarga, atau masyarakat sebagai akibat dari masalah kesehatan atau proses kehidupan yang aktual atau potensial

Intervensi 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. Rencana intervensi keperawatan adalah desain spesifik dari intervensi yang disusun untuk membantu klien dan mencapai kriteria hasil. Rencana intervensi tersebut disusun berdasarkan komponen penyebab dari diagnosis keperawatan.

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi kestatus kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan.

Evaluasi keperawatan adalah kegiatan yang terus menerus dilakukan untuk menentukan apakah rencana keperawatan efektif dan bagaimana rencana keperawatan dilanjutkan, merevisi rencana atau menghentikan rencana keperawatan

H. Glosarium

| | |
|--|--|
| <i>Dependent Implementations</i> | : tindakan keperawatan atas dasar rujukan dari profesi lain |
| <i>Independent Implementations</i> | : implementasi yang diprakarsai sendiri oleh perawat untuk membantu pasien dalam mengatasi masalahnya sesuai dengan kebutuhan. |
| <i>Interdependen/Collaborative Implementations</i> | : tindakan keperawatan atas dasar kerjasama sesama tim keperawatan atau dengan tim kesehatan lainnya |
| <i>Outcome</i> | : luaran |
| <i>Self care</i> | : merawat diri sendiri |
| <i>Head to toe</i> | : kepala sampai kaki |
| <i>High priority</i> | : prioritas pertama |

Daftar Pustaka

- Dinarti, M. Y. (2017). Bahan Ajar Keperawatan Dokumentasi Keperawatan. Jakarta.
- Endang, S. (2018). Dokumentasi Keperawatan 11. Surakarta.
- Hadinata, A. A. (2022). Metodologi Keperawatan . Bandung: Widina Bhakti Persada Bandung.
- Kristina, T. (2021). Tahap Tahap Proses Keperawatan dalam Mengoptimalkan Asuhan Keperawatan .
- Mulyanti. (2017). Dokumentasi Keperawatan .
- Nabila, M. (2020). Langkah-Langkah Proses Keperawatan dalam Meningkatkan Asuhan Keperawatan .
- Siti, N. (2021). Langkah Langkah Perencanaan dalam Asuhan Keperawatan di Rumah Sakit.
- Supratti. (2022). Pendokumentasian Standar Asuhan Keperawatan . jurnal kesehatan Manarang.

BAB 5

PRAKTIK MENETAPKAN TINDAKAN KEPERAWATAN

Pendahuluan

Praktek menetapkan tindakan keperawatan dilaksanakan dengan pendekatan proses keperawatan yang dimulai dari pengkajian, perumusan diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi. Walaupun mahasiswa diploma III keperawatan akan menjadi perawat vocasional hanya dituntut mampu mengkaji dan melaksanakan tindakan keperawatan, dan evaluasi; namun pengenalan terhadap proses perumusan diagnosa dan perencanaan perawatan perawatan sangat penting dipahami.

Berbeda dengan saat ini perawat mendapat banyak tantangan dari berbagai disiplin ilmu yang lain yang mempertanyakan dimanakah keunikan dari profesi keperawatan. para pakar keperawatan Amerika membangun berbagai macam teori dan model konseptual keperawatan yang dalam penerapannya masih sangat sulit. Mc. Coppin dan Gardner (1994) mengatakan bahwa teori cendrung terlalu hebat dan sulit diuji secara empiris. Tidak semua teori keperawatan dapat diterapkan di lahan praktek. Walaupun demikian ada benang merah antara teori keperawatan dan praktek keperawatan bila proses keperawatan digunakan. Dengan menggunakan proses keperawatan seorang perawat dapat menunjukkan fungsi independent, dependent, dan interdependent nya bila menerapkan pendekatan ini dalam prakteknya. Pendekatan ini menjamin kualitas asuhan yang diberikan perawat karena sistematis dan terorganisir yang dimulai dari pengkajian, penegakan diagnosa keperawatan, merumuskan rencana keperawatan, pelaksanaan, dan melakukan evluasi secara terus-menerus.

Tujuan Instruksional:

1. Mahasiswa dapat memahami konsep dasar proses keperawatan
2. Mahasiswa dapat merumuskan diagnosan keperawatan

3. Mahasiswa dapat merancang rencana tindakan keperawatan
4. Mahasiswa dapat melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan perencanaan
5. Mahasiswa dapat melakukan evaluasi tindakan keperawatan dan mendokumentasikannya.

Capaian Pembelajaran:

1. Mampu menjelaskan proses keperawatan
2. Mampu menjelaskan manfaat proses keperawatan
3. Mampu menjelaskan tujuan Proses Keperawatan
4. Mampu menjelaskan karakteristik proses keperawatan
5. Mampu menjelaskan tahap – tahap dalam proses keperawatan
6. Mampu menjelaskan keuntungan dari Proses Keperawatan
7. Mampu merumuskan diagnosa keperawatan
8. Mahasiswa dapat merancang rencana tindakan keperawatan
9. Mahasiswa dapat melaksanakan tindakan keperawatan sesuai dengan perencanaan
10. Mahasiswa dapat melakukan evaluasi tindakan keperawatan dan mendokumentasikannya

Uraian Materi

A. Proses Keperawatan

1. Pengertian Tentang Proses Keperawatan

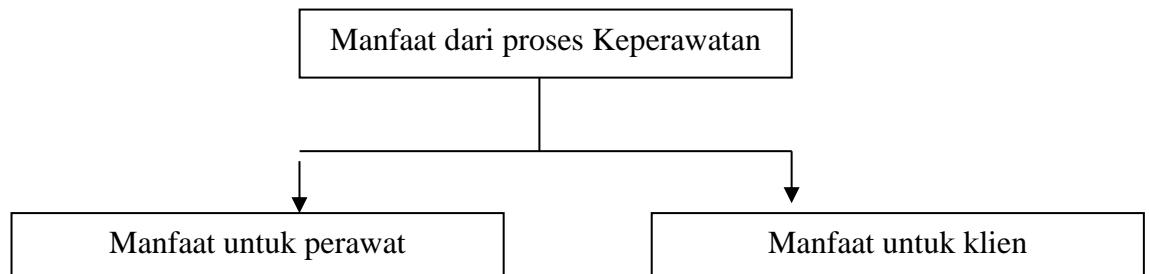
Proses adalah serangkaian tahapan yang mengarah kepada sebuah pencapaian tujuan. Keperawatan merupakan suatu bentuk layanan kesehatan professional yang merupakan bagian integral dari layanan kesehatan berbasis ilmu dan kiat keperawatan, yang berbentuk bio-psiko-sosio-spiritual komprehensif yang ditujukan bagi individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat baik sehat maupun sakit, yang mencakup keseluruhan proses kehidupan manusia. Sedangkan Proses keperawatan sendiri memiliki sebuah arti suatu metode yang sistematis dan terorganisasi dalam pemberian asuhan keperawatan , yang difokuskan pada reaksi dan respon unik individu pada suatu kelompok atau perorangan terhadap gangguan kesehatan yang dialami baik aktual maupun potensial. Proses keperawatan juga dapat diartikan sebagai sebuah pendekatan untuk memecahkan sebuah masalah agar perawat mampu untuk mengatur dan memberikan asuhan keperawatan serta kerangka kerja dan struktur organisasi yang kreatif untuk memberikan asuhan keperawatan, namun proses keperawatan juga cukup fleksibel untuk digunakan disemua lingkup keperawatan. Proses keperawatan harus disertai dengan proses berfikir kritis yang memungkinkan perawat membuat penilaian dan melakukan suatu tindakan berdasarkan ilmu keperawatan.

Untuk dapat memahami tentang pengertian proses keperawatan , ada sebuah contoh seperti *ketika Anda dirumah sakit , Anda ditugaskan untuk merawat klien yang kondisinya lemah ,terpasang infus di lengan kanannya, dan mengeluh kesakitan pada bagian kakinya yang patah. Tentunya saat itu Anda akan berfikir tentang apa yang bisa anda lakukan? Bagaimana cara Anda untuk mengurangi rasa sakit klien? Dapatkah Anda memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan apa yang dibutuhkan klien?*

Pemikiran-pemikiran seperti itu adalah hal yang normal dalam proses keperawatan. Hal tersebut dapat diatasi dengan cara berfikir secara sistematis melalui proses pendekatan keperawatan. Hal yang dapat dilakukan seperti, pertama jangan berfikir tindakan apa yang harus Anda lakukan untuk mengatasi masalah klien, tetapi identifikasi terlebih dahulu masalah apa yang sedang dialami oleh klien Anda berdasarkan data

subjektif maupun objektif. Kemudian buatlah rencana yang sesuai dengan masalah-masalah tersebut. Kemudian lakukan tindakan yang telah Anda rencanakan , dimulai dengan tindakan mandiri perawat.

2. Manfaat Proses Keperawatan



Dalam proses keperawatan banyak sekali manfaat yang didapat. Seperti berdasarkan contoh di atas, dapat dikatakan bahwa keperawatan merupakan metode yang sistematis dimana perawat dan klien dapat bekerja sama dalam:

- Melakukan pengkajian yang konsisten dan sistematis.
- Merencanakan dan melaksanakan asuhan keperawatan.
- Menilai hasil asuhan keperawatan yang berorientasikan kepada klien dan tujuan.

Hal tersebut merupakan kerangka kerja dalam sebuah proses keperawatan.

Melalui pendekatan proses keperawatan perawat dapat :

- Melakukan pendidikan keperawatan yang konsisten dan sistematis.
- Meningkatkan kepuasan kerja dan percaya diri.
- Menimbulkan sikap professional.
- Mencegah terjadinya malpraktek dan tindakan-tindakan elegal.
- Bertanggung jawab dan bertanggung gugat.

Sementara itu manfaat yang didapat oleh klien dari pemberian asuhan keperawatan dengan pendekatan proses keperawatan adalah:

- Mendapatkan asuhan keperawatan yang sesuai dengan situasi dan kondisi.
- Mendapatkan asuhan keperawatan yang berkualitas dan sesuai dengan Standart.

Proses keperawatan merupakan suatu upaya pemecahan masalah yang tujuan utamanya untuk membantu perawat menangani klien secara komprehensif yang dilandasi dengan alasan ilmiah, keterampilan teknis, dan

keterampilan interpersonal. Tidak hanya ditujukan untuk kepentingan klien tetapi juga ditujukan untuk profesi keperawatan itu sendiri.

Tujuan penerapan proses keperawatan bagi klien, antara lain :

- a. mempertahankan kesehatan klien.
- b. Mencegah sakit yang lebih parah/penyebaran penyakit/komplikasi akibat penyakit.
- c. Membantu pemulihan kondisi klien setelah sakit.
- d. Mengembalikan fungsi maksimal tubuh.
- e. Membantu klien terminal untuk meninggal dengan tenang

Tujuan penerapan proses keperawatan bagi professionalitas keperawatan antara lain:

- a. Mempraktikkan metode pemecahan masalah dalam praktik keperawatan.
- b. Menggunakan standar praktik keperawatan.
- c. Memperoleh metode yang baku, rasional, dan sistematis.
- d. Memperoleh hasil asuhan keperawatan dengan efektivitas yang tinggi.

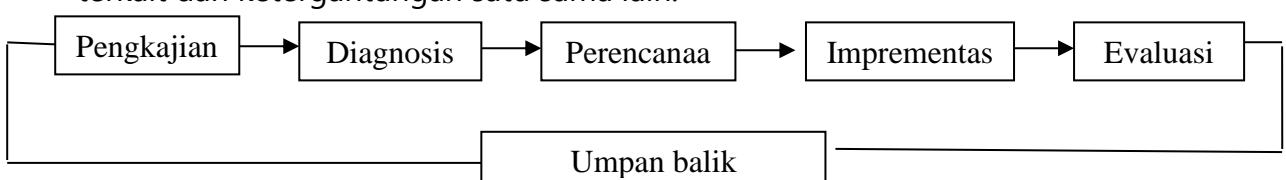
Karakteristik Proses keperawatan.

3. Karakteristik Proses Keperawatan Mencakup Hal-Hal Sebagai Berikut :

- a. Merupakan kerangka berpikir dalam memberikan asuhan keperawatan kepada klien, keluarga, dan komunitas.
- b. Bersifat teratur dan sistematis
- c. Merupakan sistem terbuka
- d. Pendapat yang bersifat individual pada setiap kebutuhan klien
- e. Merupakan hal yang direncanakan
- f. Megarah pada tujuan
- g. Fleksibel

4. Tahap-Tahap dalam Proses Keperawatan

Proses keperawatan terdiri dari lima tahapan yaitu pengkajian, diagnosis, perencanaan, implementasi dan evaluasi. Setiap tahapan memiliki proses keperawatan yang saling terkait dan ketergantungan satu sama lain. Skema dibawah ini akan menggambarkan keterkaitan tahap dem tahap yang saling terkait dan ketergantungan satu sama lain.



Gambar 5.1 Proses tahapan-tahapan keperawatan.

Kegiatan-kegiatan yang dilakukan pada setiap tahapan dalam proses keperawatan sesuai dengan skema di atas.

a. Tahap Pengkajian

Pada dasarnya dalam proses pengkajian adalah mengumpulkan data subjektif dan objektif. Adapun data yang terkumpul mencangkup riwayat keperawatan, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan data sekunder lainnya (catatan, hasil pemeriksaan diagnosis, dan literatur).

Adapun hal-hal yang perlu diperhatikan didalam proses pengkajian adalah:

- 1) Memahami secara keseluruhan situsi yang sedang dihadapi oleh klien dengan cara memperhatikan kondisi fisik, psikologi, emosi, sosialkultural, dan spiritual yang bisa mempengaruhi status kesehatannya.
- 2) Mengumpulkan semua informasi yang bersangkutan dengan masa lalu, saat ini bahkan sesuatu yang berpotensi menjadi masalah bagi klien guna membuat status database yang lengkap. Data yang terkumpul berasal dari perawat-klien selama berinteraksi dan sumber primer.
- 3) Memahami bahwa klien adalah sumber informasi utama.
- 4) Sumber informasi sekunder meliputi anggota keluarga, orang yang berperan penting dan mencatat kesehatan klien.

Metode pengumpulan data meliputi :

- 1) Melakukan interview/wawancara.
- 2) Riwayat kesehatan/keperawatan.
- 3) Pemeriksaan fisik.
- 4) Mengumpulkan data penunjang hasil laboratorium dan diagnosis lain serta catatan kesehatan.

b. Tahap Diagnosis.

Diagnosa keperawatan adalah proses menganalisis data subjektif dan objektif yang telah diperoleh pada tahap pengkajian untuk menegakkan diagnosa keperawatan. Diagnosa keperawatan melibatkan proses berfikir kompleks tentang data yang dikumpulkan dari klien, keluarga, rekam medis, dan pemberi pelayanan kesehatan yang lain. Kegiatan yang dilakukan pada tahap diagnosis ini adalah memvalidasi data, mengoreksi dan mengelompokkan data, menginterpretasikan data, mengidentifikasi masalah dari kelompok data, dan merumuskan diagnosis keperawatan.

Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam tahap diagnosis adalah:

- 1) Masalah yang ada identifikasi selama tahap ini akan mendasari rencana asuhan keperawatan. Jika masalah yang Anda identifikasi tepat, akurat, spesifik, dan lengkap, maka rencana asuhan keperawatan akan anda buat juga terfokus.
- 2) Bila diagnosa yang dibuat tidak bernilai, maka efektivitas diagnosis keperawatan juga akan terfokus.
- 3) Dalam melakukan diagnosis keperawatan dibutuhkan ketrampilan klinik yang baik, mencangkup proses diagnosis keperawatan dan perumusan dalam pembuatan pernyataan keperawatan.
- 4) Proses diagnosis keperawatan dibagi menjadi kelompok interpretasi dan menjamin keakuratan diagnosis dari proses keperawatan itu sendiri. Perumusan pernyataan diagnosis keperawatan memiliki beberapa syarat yaitu mempunyai pengetahuan yang dapat membedakan antara sesuatu yang aktual, risiko, dan potensial dalam proses keperawatan.

c. Tahap Perencanaan

Tahap perencanaan dilakukan setelah tahap diagnosis dirumuskan. Adapun kegiatan yang dilakukan pada tahap ini adalah menyusun prioritas masalah, merumuskan tujuan dan kriteria hasil, memilih strategi asuhan keperawatan, melakukan konsultasi dengan tenaga kesehatan yang lain, dan menuliskan atau mendokumentasikan rencana asuhan keperawatan

d. Tahap Implementasi

Tahap ini merupakan tahapan melakukan rencana yang telah dibuat pada klien. Adapun kegiatan yang ada dalam tahap implementasi meliputi:

- 1) Pengkajian ulang.
- 2) Memperbarui data dasar.
- 3) Meninjau dan merevisi rencana asuhan keperawatan yang telah dibuat, dan melaksanakan intervensi keperawatan yang telah direncanakan.

e. Tahap evaluasi

Adalah tahap terakhir dalam proses keperawatan. Pada tahap ini, kegiatan yang dilakukan adalah mengkaji respon klien setelah dilakukan intervensi keperawatan, membandingkan respons klien dengan kriteria hasil, memodifikasi asuhan keperawatan sesuai dengan hasil evaluasi dan mengkaji ulang asuhan keperawatan yang telah diberikan.

Untuk dapat mengaplikasikan asuhan keperawatan, diperlukan sebuah keterampilan. Seperti:

1) Keteramplan Interpersonal

Kemampuan dalam komunikasi baik dengan klien maupun tim kesehatan lain. Dalam berkomunikasi keterampilan yang harus dimiliki oleh seorang perawat, antara lain keterampilan menjadi pendengar yang baik, menunjukkan keterampilan, menunjukkan rasa empati, membina rasa saling percaya dan menjaga individualitas klien.

2) Keterampilan Teknis

Kemampuan dalam menggunakan alat-alat selama melakukan prosedur tindakan keperawatan.

3) Keterampilan Intelektual

Keterampilan dalam memecahkan masalah, berfikir krit setiap saat, dan membuat keputusan yang tepat dan cepat.

5. Keuntungan dari Proses Keperawatan

Ada beberapa keuntungan yang bisa didapat jika perawat dalam memberikan asuhan keperawatan pada kliennya menggunakan proses keperawatan.

Keuntungan tersebut berupa :

- a. Dapat meningkatkan mutu pelayanan keperawatan
- b. Pengembangan keterampilan intelektual dan teknis tenaga perawat
- c. Peningkatan citra keperawatan dan tenaga keperawatan
- d. Meningkatkan peran dan fungsi perawat dalam pengelolaan asuhan keperawatan
- e. Pengakuan otonomi keperawatan oleh masyarakat dan profesi lain
- f. Peningkatan kepuasan tenaga keperawatan
- g. Untuk pengembangan ilmu keperawatan

B. Diagnosa Keperawatan

Salah satu kegiatan yang penting dalam proses keperawatan adalah menentukan diagnosis keperawatan. Perawat harus paham dalam menentukan diagnosa keperawatan agar dapat menentukan tindakan pengambilan keperawatan kepada pasien.

Berbagai penelitian menunjukkan bahwa penulisan dokumentasi asuhan keperawatan di fasilitas kesehatan khususnya rumah sakit belum efektif dilakukan oleh para perawat. Hal ini dapat menyebabkan kesenjangan

dikarenakan menulis dokumentasi keperawatan yang tidak sesuai standar yang telah ditetapkan akan menyebabkan kesalahan diagnosis dan pelaksanaannya juga dapat mengalami gangguan dikarenakan ketidaktepatan tersebut.

Diagnosis keperawatan merupakan penilaian klinis terhadap pengalaman atau peristiwa yang dialami individu, keluarga, dan komunitas pada resiko masalah atau pada proses kehidupan pasien. Oleh karena itu, diagnosis keperawatan merupakan bagian vital (penting) dalam menentukan asuhan keperawatan yang sesuai untuk membantu klien/pasien mencapai kesehatan yang optimal. Mengingat pentingnya diagnosis keperawatan dalam memberikan asuhan keperawatan maka dibutuhkan standar diagnosis keperawatan yang harus optimal juga diterapkan di Indonesia.

Diagnosis keperawatan memberikan arah/petunjuk dalam memberikan terapi yang pasti, dimana perawat bertanggungjawab didalamnya. Diagnosis keperawatan ditetapkan berdasarkan analisis/penelitian dan interpretasi mendalam terhadap data yang diperoleh perawat dari pengkajian keperawatan klien/pasien. Salah satu manfaat dari diagnosis keperawatan adalah memberikan gambaran tentang masalah klien atau status kesehatan klien yang nyata (aktual/pasti) dan kemungkinan akan terjadi, dimana penyelesaiannya dapat dilakukan hanya oleh wewenang perawat.

Dalam menentukan proses keperawatan dibutuhkan langkah-langkah yang digunakan yakni salah satunya adalah menentukan diagnose keperawatan actual atau potensial. Sedangkan diagnosa keperawatan telah dipaparkan diatas yakni diagnosis keperawatan adalah suatu catatan penting yang memberitahukan tentang respons manusia (status kesehatan atau resiko perubahan pola yang dialami klien) baik individu maupun kelompok dimana perawat secara akuntabilitas yang dapat mengidentifikasi dan memberikan intervensi/penyelesaian secara pasti untuk menjaga status kesehatan klien. Namun, untuk apakah kita sebagai perawat harus memahami lebih dalam tentang diagnosa keperawatan? Adapun tujuan dari diagnosa keperawatan adalah :

1. Mengidentifikasikan mengenai masalah/adanya respon klien terhadap status kesehatan atau penyakit yang dialaminya.
2. Mengidentifikasikan faktor-faktor yang menunjang atau penyebab klien mendapatkan masalah kesehatannya.
3. Mengidentifikasikan kemampuan klien dalam usaha preventif/mencegah atau menyelesaikan masalahnya (pengobatan)

Dari yang ketiga tujuan diagnosa keperawatan ini dapat disimpulkan bahwa diagnosa keperawatan berperan penting dalam proses keperawatan.

Dari paparan singkat diatas didapat bahwa diagnosa keperawatan adalah suatu bagian kesimpulan yang dihasilkan dari proses analisa data dan diagnosa keperawatan adalah langkah/metode kedua dari proses keperawatan yang mengintrepetasikan penilaian klinin mengenai respon klien. Untuk itu, penting bagi perawat untuk mengetahui langkah-langkah dalam menentukan diagnosa keperawatan yang benar dan tepat.

Langkah-langkah perawat dalam menentukan diagnosa keperawatan adalah :

1. Klasifikasi data dan analisis data

Data tentang keadaan pasien yang didapatkan dengan pengkajian dibandingkan dengan standar kriteria yang sudah tertera. Apabila keadaan pasien tidak sesuai dengan standar yang ada, dapat dikatakan bahwa pasien mengalami suatu masalah kesehatan yang perlu ditangani oleh pihak penanggung jawab.

2. Mengintrepetasikan data

Dalam memproleh intrepetasi data juga diperlukan langkah-langkah yang tepat yakni:

- a. Dapat menentukan kelebihan pasien

Klien memiliki suatu kelebihan artinya adalah setiap klien/pasien yang dihadapi pasti ada yang memiliki kelebihan dalam hal tertentu. Kelebihan inilah yang dapat digunakan perawat dalam meningkatkan atau membantu memecahkan masalah yang dihadapi oleh pasien.

- b. Dapat melihat dan menentukan masalah yang dihadapi oleh pasien.

Ketika klien mengalami keterbatasan/kekurangan terhadap aspek kesehatannya maka diperlukan bantuan/tindakan keperawatan.

- c. Dapat menentukan masalah yang pernah dialami oleh pasien.

Jika, kita sudah dapat menentukan masalah yang pernah dialami oleh pasien maka akan lebih mudah kita dalam menentukan masalah yang dihadapi pasien.

- d. Mulai untuk menentukan keputusan masalah pasien.

Keputusan yang dapat diberikan atas masalah kesehatan pasien adalah :

Tidak terdapat masalah apapun.

- 1) Masalah kemungkinan terdapat.

Agar tidak terjadi kesalahan dan keimbangan dibutuhkan pengumpulan data yang lengkap.

2) Masalah yang sebenarnya/aktual

Masalah ini telah terjadi pada pasien sehingga perawat bertanggungjawab dalam memberikan asuhan keperawatan.

3) Sindroma

Diagnosa ini terdiri dari kelompok diagnosa keperawatan yang telah terjadi atau actual dan risiko hebat yang diperkirakan muncul karena sesuatu kejadian atau peristiwa tertentu.

Menurut Nanda terdapat 2 kelompok diagnosis sindroma, yakni :

a) Sindroma trauma perkosaan.

Kelompok tanda dan gejala yang muncul pada sindroma trauma perkosaan meliputi : cemas, takut, sedih, gangguan istirahat dan tidur, resiko tinggi nyeri sewaktu melakukan hubungan seksual.

b) Resiko sindroma penyalahgunaan

Resiko sindroma penyakahgunaan anatar lain yaitu : resiko konstipasi, perubahan fungsi pernafasan, resiko infeksi ; trombosis, gangguan aktifitas, resiko perlukaan, resiko gangguan mobilitas fisik, resiko gangguan proses pikir, resiko gangguan gambaran diri, resiko ketidakberdayaan, resiko kerusakan integritas jaringan.

4) Masalah Kolaboratif

Masalah ini adalah dimana terjadi komplikasi fisiologi yang disebabkan oleh patofisiologi yang berhubungan dengan pengobatan atau situasi yang memungkinkan.

3. Memvalidasi data

Pada langkah ini, perawat memvalidasi olahan data secara akurat yang dilakukan bersama dengan klien, keluarga atau masyarakat dengan mengajukan beberapa pertanyaan mengenai kejelasan data.

4. Merumuskan diagnosa keperawatan

Menurut Carpenito pada tahun 2000 dikategorikan :

- a. Aktual/masalah yang nyata
- b. Risiko/masalah yang akan terjadi
- c. Kemungkinan (beberapa faktor dapat menimbulkan)
- d. Diagnosa keperawatan "wellness" (keputusan klinik)
- e. Diagnosa keperawatan "sindroma"

Selama ini memang sedikit susah untuk melakukan diagnosa keperawatan dikarenakan memakan waktu yang panjang dengan tugas perawat yang lain yang harus dikerjakan. Namun, sebagai perawat professional menentukan

diagnosa keperawatan kedalam dokumentasi keperawatan harus tetap dijalankan agar dapat mencapai tujuan proses keperawatan dalam memberikan tindakan keperawatan atau yang dikenal dengan nama lain asuhan keperawatan.

C. Perencanaan Tindakan Keperawatan

Perencanaan tindakan keperawatan atau Intervensi keperawatan adalah preskripsi untuk perilaku spesifik yang diharapkan dari pasien dan / atau tindakan yang harus dilakukan oleh perawat tindakan / intervensi keperawatan dipilih untuk membantu pasien dalam mencapai hasil pasien yang diharapkan dan tujuan pemulangan harapannya adalah bahwa perilaku yang dipreskripsikan akan menguntungkan pasien dan keluarga dalam cara yang dapat diprediksi , yang berhubungan dengan masalah yang diidentifikasi dan tujuan yang telah dipilih. Intervensi ini bermaksud mengindividualkan perawatan dengan memenuhi kebutuhan spesifik pasien serta harus menyertakan kekuatan- kekuatan pasien yang telah diidentifikasi bila memungkinkan.

1. Tahap Perencanaaan

Tahap perencanaan merupakan suatu proses penyusunan berbagai intervensi keperawatan yang dibutuhkan untuk mencegah, menurunkan atau mengurangi masalahmasalah klien. Perencanaan ini merupakan langkah ketiga dalam membuat suatu proses keperawatan. Dalam menentukan tahap perencanaan bagi perawat diperlukan berbagai pengetahuan dan keterampilan diantaranya pengetahuan tentang kekuatan dan kelemahan klien, nilai dan kepercayaan klien, batasan praktek keperawatan, peran dari tenaga kesehatan lainnya , kemampuan dalam memecahkan masalah, mengambil keputusan, menulis tujuan serta memilih dan membuat strategi keperawatan yang aman dalam memenuhi tujuan, menulis instruksi keperawatan serta kemampuan dalam melaksanakan kerja sama dengan tingkat kesehatan lain.

2. Sumber Data

Sebelum menuliskan rencana tindakan keperawatan, kaji ulang semua data yang ada sumber data yang memuaskan meliputi:

- a. Pengkajian sewaktu klien masuk rumah sakit.
- b. Diagnosa perawatan waktu masuk rumah sakit.

- c. Keluhan utama klien atau alasan dalam berhubungan dengan pelayanan kesehatan.
- d. Laboratorium ritme.
- e. Latar belakang sosial budaya.
- f. Riwayat kesehatan dan pemeriksaan fisik.
- g. Observasi dari tim kesehatan lain.

3. Langkah-Langkah Perencanaan

Pada tahap perencanaan dapat dilaksanakan dengan berbagai kegiatan, yaitu sebagai berikut:

- a. Penentuan prioritas diagnosis

Penentuan prioritas diagnosis ini dilakukan pada tahap perencanaan setelah tahap diagnosis keperawatan. Dengan menentukan diagnosis keperawatan, maka dapat diketahui diagnosis mana yang akan dilakukan atau diatasi pertama kali atau yang segera dilakukan.

Dalam menentukan prioritas terdapat beberapa pendapat urutan prioritas, di antaranya:

1) Berdasarkan tingkat kegawatan (mengancam jiwa)

Penentuan prioritas berdasarkan tingkat kegawatan (mengancam jiwa) yang dilatarbelakangi dari prinsip pertolongan pertama yaitu dengan membagi beberapa prioritas diantaranya prioritas tinggi, prioritas sedang, dan prioritas rendah.

- a) Prioritas tinggi _ prioritas yang mencerminkan situasi yang mengancam kehidupan (nyawa seseorang) sehingga perlu dilakukan tindakan terlebih dahulu seperti masalah pembersihan jalan nafas.

- b) Prioritas sedang _ prioritas ini menggambarkan situasi yang tidak gawat dan tidak mengancam hidup klien seperti masalah personal higiene.

- c) Prioritas rendah _ prioritas yang menggambarkan situasi yang tidak berhubungan langsung dengan prognosis dari suatu penyakit yang secara spesifik seperti masalah keuangan dan lainnya.

2) Berdasarkan kebutuhan Maslow

Maslow menentukan prioritas diagnosis yang akan direncanakan berdasarkan urutan kebutuhan dasar manusia, diantaranya: Kebutuhan fisiologis, meliputi masalah respirasi, sirkulasi, suhu, nutrisi, nyeri, cairan, perawatan kulit, mobilisasi, dan eliminasi. Kebutuhan

keselamatan dan keamanan, meliputi masalah lingkungan, kondisi tempat tinggal, perlindungan, pakaian, bebas dari infeksi dan rasa takut. Kebutuhan mencintai dan dicintai, meliputi masalah kasih sayang, seksualitas, afiliasi dalam kelompok, dan hubungan antar manusia. Kebutuhan harga diri, meliputi masalah respek dari keluarga, perasaan menghargai diri sendiri. Kebutuhan aktualisasi diri, meliputi masalah kepuasan terhadap lingkungan.

3) Penentuan tujuan dan hasil yang diharapkan

Tujuan merupakan sinonim dari kriteria hasil yang mempunyai komponen sebagai berikut:

S (Subjek)

P(Predikat)

K(Kriteria)

K(Kondisi)

W (Waktu)

dengan penjabaran sebagai berikut:

S: Perilaku pasien yang diamati.

P: Kondisi yang melengkapi pasien.

K: Kata kerja yang dapat diukur atau untuk menentukan tercapainya tujuan.

K: Sesuatu yang menyebabkan asuhan diberikan.

W: Waktu yang ingin dicapai.

4) Menentukan rencana tindakan

Untuk memudahkan dalam menentukan rencana tindakan, maka ada beberapa persyaratan dalam menuliskan rencana tindakan diantaranya harus terdapat unsur tanggal, kata kerja yang dapat diukur yang dapat dilihat, dirasa dan didengar, adanya subjek, hasil, target tanggal dan tanda tangan perawat. Perawatan dan pengobatan dirancang untuk membantu pencapaian satu atau lebih dari tujuan perawatan sehingga dapat mengurangi, mencegah atau menghilangkan dari masalah pasien.

5) Tipe Instruksi Perawatan dalam Merencanakan Tindakan

Dalam memberikan instruksi keperawatan ada empat tipe intruksi yang digunakan:

a) Tipe Diagnostik tipe ini menilai kemungkinan klien ke arah pencapaian kriteria hasil dengan observasi secara langsung.

- b) Tipe Terapeutik mengambarkan tindakan yang dilakukan oleh perawat secara langsung untuk mengurangi, memperbaiki dan mencegah kemungkinan masalah.
- c) Tipe Penyuluhan digunakan untuk meningkatkan perawatan diri pasien dengan membantu klien untuk memperoleh tingkah laku individu yang mempermudah pemecahan masalah.
- d) Tipe Rujukan menggambarkan peran perawat sebagai koordinator dan manager dalam perawatan klien dalam anggota tim kesehatan.

6) Perbedaan Rencana Tindakan Keperawatan dan Tindakan Medis

Menurut Carpenito (2000), rencana tindakan adalah rencana yang disusun oleh perawat untuk kepentingan tindakan keperawatan bagi perawat yang menulis dan perawat lainnya. Sedangkan rencana tindakan pelimpahan (delegasi) adalah rencana yang disusun oleh dokter untuk dilaksanakan oleh staf perawat.

Program atau perintah dokter adalah bukan perintah untuk perawat, tetapi perintah ditujukan kepada klien yang tindakannya dilaksanakan oleh perawat. Kedua intervensi tersebut memerlukan suatu pengambilan keputusan yang independen, karena secara hukum perawat harus menentukan apakah memang sudah selesai untuk melaksanakan suatu tindakan berdasarkan standar praktik.

Rencana tindakan medis biasanya difokuskan pada kegiatan yang berhubungan dengan diagnostik dan pengobatan berdasarkan kondisi klien. Tindakan tersebut didelegasikan kepada perawat dan tenaga kesehatan lainnya. Tindakan medis sering meliputi pengobatan, uji diagnostik, diet dan pemberian obat.

Rencana tindakan keperawatan ditujukan pada kegiatan yang berhubungan dengan promosi, mempertahankan atau menjaga kesehatan klien. Rencana tindakan tersebut bisa dikategorikan menjadi 3, yaitu:

- a) Dependen yaitu tindakan keperawatan atas dasar rujukan dari profesi lain. seperti ahli gizi, physiotherapies, psikolog dan sebagainya.
- b) Interdependen yaitu suatu kegiatan yang memerlukan suatu kerja sama dengan tenaga kesehatan lainnya misalnya tenaga sozial, ahli gizi, fisioterapi dan dokter.

- c) Independen Adalah suatu kegiatan yang di laksanakan oleh perawat tanpa petunjuk dan perintah dari dokter atau tenaga kesehatan lainnya.

D. Implementasi

Implementasi adalah pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah di susun pada tahap perencanaan. Ukuran intervensi keperawatan yang diberikan kepada klien terkait dengan dukungan, pengobatan, tindakan untuk memperbaiki kondisi, pendidikan untuk klien-keluarga, atau tindakan untuk mencegah masalah kesehatan yang muncul dikemudian hari. Untuk kesuksesan pelaksanaan implementasi keperawatan agar sesuai dengan rencana keperawatan, perawat harus mempunyai kemampuan kognitif (intelektual), kemampuan dalam hubungan interpersonal, dan keterampilan dalam melakukan tindakan. Proses pelaksanaan implementasi harus berpusat kepada kebutuhan klien, faktor-faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan keperawatan, strategi implementasi keperawatan, dan kegiatan komunikasi.

1. Tujuan Implementasi Keperawatan

Adapun tujuan dari teknik implementasi keperawatan pada asuhan keperawatan, antara lain:

- a. Melaksanakan hasil dari rencana keperawatan untuk selanjutnya di evaluasi untuk mengetahui kondisi kesehatan pasien dalam periode yang singkat.
- b. Mempertahankan daya tahan tubuh.
- c. Mencegah komplikasi.
- d. Menemukan perubahan system tubuh.
- e. Memberikan lingkungan yang nyaman bagi klien.
- f. Implementasi pesan dokter.

2. Pedoman dalam Melaksanakan Implementasi Keperawatan

Beberapa pedoman dalam pelaksanaan implementasi keperawatan adalah sebagai berikut:

- a. Berdasarkan respons klien.
- b. Berdasarkan ilmu pengetahuan, hasil penelitian keperawatan, standar pelayanan professional, hukum dan kode etik keperawatan.
- c. Berdasarkan penggunaan sumber-sumber yang tersedia.
- d. Sesuai dengan tanggung jawab dan tanggung gugat profesi keperawatan.

- e. Mengerti dengan jelas pesanan-pesanan yang ada dalam rencana intervensi keperawatan.
- f. Harus dapat menciptakan adaptasi dengan klien sebagai individu dalam upaya meningkatkan peran serta untuk merawat diri sendiri (Self Care).
- g. Menekankan pada aspek pencegahan dan upaya peningkatan status kesehatan.
- h. Dapat menjaga rasa aman, harga diri dan melindungi klien.
- i. Memberikan pendidikan, dukungan dan bantuan.
- j. Bersifat holistik.
- k. Kerjasama dengan profesi lain.
- l. Melakukan dokumentasi

3. Kategori dalam Implementasi Keperawatan

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

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

4. Metode Implementasi

Beberapa metode yang digunakan dalam tahap implementasi keperawatan pada asuhan keperawatan yaitu:

- a. Membantu dalam aktifitas kehidupan sehari-sehari.
- Aktifitas kehidupan sehari-hari adalah aktifitas yang biasanya dilakukan dalam sepanjang hari normal: mencakup ambulasi, makan, berpakaian, menyikat gigi, berhias.

b. Konseling

Konseling adalah metode implementasi yang mebantu klien menggunakan proses pemecahan masalah untuk mengenali dan menangani stres dan yang memudahkan hubungan interpersonal antara klien, keluarganya, dan tim perawatan kesehatan. Ini berjtujuan untuk membantu klien menerima perubahan yang akan terjadi, yang diakibatkan stres berupa dukungan emosional, intelektual, spiritual, dan psikologis.

c. Penyuluhan

Penyuluhan adalah metode implementasi yang digunakan untuk menyajikan prinsip prosedur, dan teknik yang tepat tentang perawatan kesehatan untuk klien dan untuk menginformasikan klien tentang status kesehatannya.

d. Memberikan asuhan keperawatan langsung.

e. Kompensasi untuk reaksi yang merugikan.

f. Teknik tepat dalam memberikan perawatan dan menyiapkan klien untuk prosedur.

g. Mencapai tujuan perawatan.

h. Mengawasi dan mengevaluasi kerja dari anggota staf lain

5. Hal-hal yang Harus di Dokumentasikan

Hal-hal yang perlu didokumentasikan pada tahap implementasi:

a. Mencatat waktu dan tanggal pelaksanaan.

b. Mencatat diagnosa keperawatan nomor berapa yang dilakukan intervensi tersebut.

c. Mencatat semua jenis intervensi keperawatan termasuk:

d. Contoh : Mengornpres luka dengan betadin 5%, hasil : luka tampak bersih, pus tidak ada, tidak berbau.

e. Berikan tanda tangan dan nama jelas perawat satu tim kesehatan yang telah melakukan intervensi.

6. Tahap-Tahap Tindakan Keperawatan

Ada 3 tahap dalam tindakan keperawatan, yaitu:

a. Persiapan

Persiapan ini meliputi kegiatan kegiatan:

1) Review antisipasi tindakan keperawatan

2) Menganalisis pengetahuan dan keterampilan yang perlukan

3) Mengetahui yang mungkin timbul

- 4) Mempersiapkan peralatan yang di perlukan
 - 5) Mempersiapkan lingkungan yang kondusif
 - 6) Mengidentifikasi aspek aspek hukum dan etik
 - 7) Intervensi
- b. Pada tahap pelaksanaan.
- 1) Mengkomunikasikan/ menginformasikan kepada klien tentang keputusan tindakan keperawatan yang akan dilakukan oleh perawat.
 - 2) Beri kesempatan kepada klien untuk mengekspresikan perasaannya terhadap penjelasan yang telah diberikan oleh perawat.
 - 3) Menerapkan pengetahuan intelektual, kemampuan hubungan antar manusia dan kemampuan teknis keperawatan dalam pelaksanaan tindakan keperawatan yang diberikan oleh perawat.
 - 4) Hal-hal yang perlu diperhatikan pada saat pelaksanaan tindakan adalah energi klien, pencegahan kecelakaan dan komplikasi, rasa aman, privacy, kondisi klien, respon klien terhadap tindakan yang telah diberikan.
- c. Pada tahap terminasi.
- 1) Terus memperhatikan respons klien terhadap tindakan keperawatan yang telah diberikan.
 - 2) Tinjau kemajuan klien dari tindakan keperawatan yang telah diberikan.
 - 3) Rapikan peralatan dan lingkungan klien dan lakukan terminasi.
 - 4) Lakukan pendokumentasian.
- Tindakan keperawatan di bedakan berdasarkan kewenangan dan tanggung jawab perawat secara profesional antara lain adalah.
- 1) Independent
- Adalah suatu kegiatan yang di laksanakan oleh perawat tanpa petunjuk dan printah dari dokter atau tenaga kesehatan lainnya.
- Contoh tindakan independent
- a) Memberikan perawatan diri
 - b) Mengatur posisi tidur
 - c) Menciptakan lingkungan yang terapeutik
 - d) Memberikan dorongan motivasi
 - e) Pemenuhan kebutuhan psiko-sosio-spiritual
 - f) Partisipasi dengan tenaga kesehatan lainnya dalam meningkatkan mutu pelayanan kesehatan.

Tipe tindakan independent keperawatan ada 4 yaitu:

- a) Tindakan Diagnostik
- b) Wawancara dengan klien
- c) Observasidan pemeriksaan fisik
- d) Melakukan pemeriksaan laboratorium sederhana,misalnya HB dan membaca hasil dari pemeriksaan laboratorium tersebut.

2) Interdependent

Yaitu suatu kegiatan yang memerlukan suatu kerja sama dengan tenaga kesehatan lainnya misalnya tenaga soaial, ahli gizi, fisioterapi dan dokter. Misalnya:

Pemberian obat obatan sesuai dengan intruksi dokter . Jadi jenis, dosis dan efek samping menjadi tanggung jawab dokter, tetapi pemberian obat sampai atau tidak menjadi tanggung jawab perawat.

3) Dependent

Tindakan keperawatan atas dasar rujukan dari profesi lain. seperti ahli gizi, physiotherapies, psikolog dan sebagainya. Misalnya:

Pemberian nutrisi pada klien sesuai dengan diit yang telah dibuat oleh ahli gizi, latihan fisik (mobilisasi fisik) sesuai dengan anjuran dari bagian fisioterapi.

E. Evaluasi

Evaluasi yaitu penilaian hasil dan proses. Penilaian hasil menentukan seberapa jauh keberhasilan yang dicapai sebagai keluaran dari tindakan. Penilaian ini merupakan proses untuk menentukan apakah ada kekeliruan dari setiap tahapan proses mulai dari pengkajian, diagnosa, perencanaan, tindakan, dan evaluasi itu sendiri.

Evaluasi merupakan tahap akhir yang bertujuan untuk menilai apakah tindakan keperawatan yang telah dilakukan sudah tercapai atau tidak untuk mengatasi suatu masalah. Pada tahap evaluasi, perawat dapat mengetahui seberapa jauh diagnosa keperawatan, rencana tindakan, dan pelaksanaan asuhan keperawatan telah tercapai.

Meskipun tahap evaluasi diletakkan pada tahap akhir proses keperawatan tetapi tahap ini merupakan bagian integral atau bagian terpenting pada setiap tahap proses keperawatan. Pengumpulan data perlu direvisi untuk menentukan kecukupan data yang telah dikumpulkan dan kesesuaian perilaku

yang di observasi. Diagnosis keperawatan juga perlu dievaluasi dalam hal keakuratannya dan kelengkapannya.

Evaluasi ini juga diperlukan pada tahap intervensi untuk menentukan apakah tujuan intervensi tersebut dapat dicapai secara efektif.

Evaluasi ini dilakukan berdasarkan kriteria yang telah ditetapkan sebelumnya dalam perencanaan, membandingkan hasil tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan dengan tujuan yang telah ditetapkan sebelumnya dan menilai efektivitas proses keperawatan mulai dari tahap pengkajian, perencanaan dan pelaksanaan. (Mubarak, dkk., 2011)

1. Tahap Evaluasi Keperawatan

- a. Membaca kembali diagnosa keperawatan, rencana keperawatan, dan juga intervensi keperawatan.
- b. Mengidentifikasi tolak ukur keberhasilan yang akan digunakan untuk mengukur tingkat keberhasilan atau tingkat pencapaian tujuan, misalnya:
 - 1) Tekanan darah normal 120/80
 - 2) Mampu mandi sendiri minimal dua kali/hari
 - 3) Mampu menyebut dengan benar minimal tiga cara mencegah penyakit demam berdarah
- c. Mengumpulkan data atau mengkaji ulang pencapaian hasil sesuai dengan tolak ukur keberhasilan atau kesesuaian proses pelaksanaan asuhan keperawatan dengan standar/rencana keperawatan, misalnya hasil pengukuran tekanan darah 100/60, klien Ali hanya mampu mandi sendiri satu kali dalam satu hari atau mampu menyebut satu cara pencegahan demam berdarah.
- d. Mengevaluasi pencapaian tujuan dengan cara sebagai berikut:
 - 1) Penilaian hasil, yaitu membandingkan hasil (output) yang dicapai dengan standar/tujuan yang telah ditetapkan.
Contoh: Tekanan darah normal 120/80, tetapi kenyataannya (hasil tindakan keperawatan) tekanan darah 100/60, maka hasil yang dicapai lebih rendah dari standar atau tekanan darah rendah. Jika tujuan keperawatan mampu mandi sendiri dua kali sehari, ternyata hanya mampu satu kali, berarti tujuan tidak tercapai.
 - 2) Penilaian proses, yaitu membandingkan proses pelaksanaan dengan standar prosedur atau rencana yang telah ditetapkan.
Contoh:

- a) Mengukur tekanan darah setiap 2 jam sekali, tetapi pengukuran tekanan darah baru dilaksakan 8 jam sekali, maka hasil penilainnya adalah ada penyimpangan prosedur.
- b) Sebelum makan harus cuci tangan (standar) tetapi pelaksanaannya "tidak cuci tangan" berarti ada penyimpangan prosedur.
- e. Cari penyebab ketidakberhasilan atau penyimpangan prosedur untuk bahan penyesuaian/modifikasi rencana keperawatan.
- f. Modifikasi rencana keperawatan. Apabila ada tujuan telah tercapai, kegiatan dapat diarahkan pada masalah lain, misalnya pencegahan atau promosi kesehatan atau promosi kesehatan atau diagnosis keperawatan yang lain. Apabila tujuan belum tercapai, perlu dilakukan modifikasi rencana keperawatan dapat dihentikan. Jika masalah telah teratasi semuanya, asuhan keperawatan dapat dihentikan.

2. Macam – Macam Evaluasi

Jenis- jenis Evaluasi dalam asuhan keperawatan antara lain :

- a. Evaluasi formatif (proses) adalah aktivitas dari proses keperawatan dan hasil kualitas peayanan asuhan keperawatan. Evaluasi proses harus dilaksanakan segera setelah perencanaan keperawatan diimplementasikan untuk membantu menilai efektivitas intervensi tersebut. Evaluasi proses harus terus menerus dilaksanakan hingga tujuan yang telah ditentukan tercapai. Metode pengumpulan data dalam evaluasi proses terdiri atas analisis rencana asuhan keperawatan, pertemuan kelompok, wawancara, observasi klien, dan menggunakan form evaluasi. Ditulis pada catatan perawatan. Contoh: membantu pasien duduk semifowler, pasien dapat duduk selama 30 menit tanpapusing.
- b. Evaluasi Sumatif (hasil) Rekapitulasi dan kesimpulan dari observasi dan analisa status kesehatan sesuai waktu pada tujuan. Ditulis pada catatan perkembangan. Focus evaluasi hasil (sumatif) adalah perubahan perilaku atau status kesehatan klien pada akhir asuhan keperawatan. Tipe evaluasi ini dilaksanakan pada akhir asuhan keperawatan secara paripurna.

Hasil dari evaluasi dalam asuhan keperawatan adalah : Tujuan tercapai/masalah teratasi: jika klien menunjukkan perubahan sesuai dengan standar yang telah ditetapkan. Tujuan tercapai sebagian/masalah teratasi sebagian: jika klien menunjukkan perubahan sebagian dari standar dan kriteria yang telah ditetapkan. Dan Tujuan tidak tercapai/masalah tidak

teratasi: jika klien tidak menunjukkan perubahan dan kemajuan sama sekali dan bahkan timbul masalah baru.

Penentuan masalah teratasi, teratasi sebagian, atau tidak teratasi adalah dengan cara membandingkan antara SOAP/SOAPIER dengan tujuan dan kriteria hasil yang telah ditetapkan.

S (Subjective) : adalah informasi berupa ungkapan yang didapat dari klien setelah tindakan diberikan.

O (Objective) : adalah informasi yang didapat berupa hasil pengamatan, penilaian, pengukuran yang dilakukan oleh perawat setelah tindakan dilakukan.

A (Analisis) : adalah membandingkan antara informasi subjective dan objective dengan tujuan dan kriteria hasil, kemudian diambil kesimpulan bahwa masalah teratasi, teratasi sebagian, atau tidak teratasi.

P (Planning) : adalah rencana keperawatan lanjutan yang akan dilakukan berdasarkan hasil analisa.

F. Dokumentasi

Pelaksanaan tindakan keperawatan harus diikuti oleh pencatatan yang lengkap dan akurat terhadap suatu kejadian dalam proses keperawatan.

1. Petunjuk Pendokumentasian Pelaksanaan (Implementasi)

Petunjuk yang harus diperhatikan dalam pendokumentasian implementasi antara lain:

- a. Gunakan ballpoint tertulis jelas, tulis dengan huruf cetak bila tulisan tidak jelas. Bila salah tidak boleh di tipp ex tetapi dicoret saja, dan ditulis kembali diatas atau disamping.
- b. Jangan lupa selalu menuliskan waktu, jam pelaksanaan
- c. Jangan membiarkan baris kosong, tetapi buatlah garis kesamping untuk mengisi tempat yang tidak digunakan.
- d. Dokumentasikan sesegera mungkin setelah tindakan dilaksanakan guna menghindari kealpaan (lupa).
- e. Gunakan kata kerja aktif, untuk menjelaskan apa yang dikerjakan.
- f. Dokumentasikan bagaimana respon pasien terhadap tindakan yang dilakukan.
- g. Dokumentasikan aspek keamanan, kenyamanan dan pengawasan infeksi terhadap klien. Juga tindakan-tindakan invasive harus dicatat.

- h. Dokumentasikan pula modifikasi lingkungan bila itu merupakan bagian dari tindakan keperawatan.
- i. Dokumentasikan persetujuan keluarga untuk prosedur khusus dan tindakan invasif yang mempunyai resiko tambahan.
- j. Dokumentasikan semua informasi yang diberikan dan pendidikan kesehatan yang diberikan.
- k. Dokumentasikan dengan jelas, lengkap, bukan berarti semua kalimat harus ditulis, tetapi kata kunci dan simbol-simbol / lambang-lambang sudah baku/lazim dapat digunakan.
- l. Spesifik hindarkan penggunaan kata yang tidak jelas, bila perlu tuliskan ungkapan klien untuk memperjelas maksud.

G. Latihan

1. Tahap-Tahap dalam Proses Keperawatan
 - A. Pengkajian, perencanaan, diagnosa, pelaksanaan dan evaluasi
 - B. Perencanaan, pengkajian, diagnosa, pelaksanaan, evaluasi
 - C. Diagnosa, pengkajian, perencanaan, diagnosa, pelaksanaan, evaluasi
 - D. pelaksanaan, evaluasi, diagnosa, pengkajian, perencanaan
 - E. Pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan , Evaluasi
2. Aktivitas yg dilakukan perawat saat pengkjian adalah
 - A. Menentukan prioritas masalah
 - B. Menentua tujuan asuhan keperawatn
 - C. Memilih intervensi
 - D. Mengumpulkan data
 - E. Menentukan tujuan perawat
3. Essay
 - a. Apa tujuan dari proses keperawatan
 - b. Proses keperawatan meliputi apa saja?

Kunci Jawaban:

- 1. E**
- 2. D**

H. Rangkuman Materi

Pelayanan keperawatan sebagai pelayanan professional merupakan pelayanan yang bersifat humanistic, dilaksanakan berdasarkan ilmu dan kiat yang berorientasi pada kebutuhan obyektif klien baik secara individu, keluarga, kelompok, komunitas dan masyarakat yang dilandasi etika profesi keperawatan.

Keperawatan merupakan ilmu terapan yang menggunakan berbagai pengetahuan, konsep dan prinsip dari berbagai kelompok ilmu. Para perawat menggunakan dasar ilmu pengetahuan sebagai pedoman untuk rasionalisasi yang dikembangkan oleh perawat sendiri, sehingga para perawat dapat mengetahui apa, mengapa dan bagaimana asuhan keperawatan harus dilaksanakan atau diberikan kepada klien. Keberhasilan seorang perawat profesional dalam memberikan pelayanan keperawatan sangat tergantung pada kemampuannya mensintesis berbagai ilmu tersebut dan mengaplikasikannya kedalam suatu bentuk pelayanan profesional. Sejauh ini kita telah menekankan pendapat bahwa pengetahuan merupakan aspek penting yang sangat vital dari keperawatan. Setiap hal yang kita lakukan sebagai perawat dilakukan berdasarkan pengetahuan.

Pemahaman mengenai pengetahuan keperawatan memerlukan suatu wawasan tentang berbagai komponen yang terdapat dalam pengetahuan keperawatan dan menguraikan tentang pengetahuan keperawatan itu sendiri sehingga praktik menetapkan tindakan keperawatan berdasarkan pada standar asuhan keperawatan seperti pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan dan evaluasi keperawatan, maka pemahaman setiap komponen sangat diperlukan untuk melandasi tindakan keperawatan dilaksanakan dengan benar.

I. Glosarium

S (Subjective) : adalah informasi berupa ungkapan yang didapat dari klien setelah tindakan diberikan.

O (Objective) : adalah informasi yang didapat berupa hasil pengamatan, penilaian, pengukuran yang dilakukan oleh perawat setelah tindakan dilakukan.

A (Analisis) : adalah membandingkan antara informasi subjective dan objective dengan tujuan dan kriteria hasil, kemudian diambil

kesimpulan bahwa masalah teratasi, teratasi sebahagian, atau tidak teratasi.

P (Planning) : adalah rencana keperawatan lanjutan yang akan dilakukan berdasarkan hasil analisa.

Daftar Pustaka

- A. Potter, P., & G. Perry, A. (2010)` Fundamental Of Nursing. Jakarta: Salemba Medika
- Ana, Triwijayanti, R. R. (2020). Gambaran Psikologis Kepuasan Keluarga Dalam Menerima Asuhan Keperawatan. Jurnal Ilmu Keperawatan Jiwa, 3 (1), 75-82.
- Astuti, N., dkk. (2010). Analisis Kelengkapan Pendokumentasian Asuhan Keperawatan Pasien di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Tampan Pekanbaru. Jurnal Photon, 1, 17-21.
- Butar-Butar, J., & Simamora, R. H. (2016). Hubungan Mutu Pelayanan Keperawatan dengan Tingkat Kepuasan Pasien Rawat Inap di RSUD Pandan Kabupaten Tapanuli Tengah. Jurnal Ners Indonesia, 6(1), 50-63.
- Dermawan, Deden. (2012). Proses Keperawatan Penerapan Konsep dan Kerangka Kerja. Yogyakarta : Gosyen Publishing.
- Deswani. (2009). Konsep Dasar Keperawatan. Jakarta Timur: CV Trans Medika.
- Dheni, Koerniawan, N. E. (2020). Aplikasi Standar Proses Keperawatan: Diagnosis, Outcome, dan Intervensi Pada Asuhan Keperawatan. Jurnal
- Hidayah, N. (2014). Manajemen Model Asuhan Keperawatan Profesional (MAKP) Tim Dalam Peningkatan Kepuasan Pasien di Rumah Sakit. Jurnal Kesehatan, 7, 410-426.
- Lanywati, Endang, 2006, Diabetes Mellitus Penyakit Kencing Manis, Kanisius, Yogyakarta.
- Nursalam. (2008). Proses dan Dokumentasi Keperawatan. Jakarta: Salemba Medika
- Pinenendi, N., dkk. (Jui 2016). Pengaruh Penerapan Asuhan Keperawatan Defisit Perawatan Diri Terhadap Kemandirian Personal Hygiene Pada Pasien di RSJ. PROF. V. L., Ratumbuysang Manado Tahun 2016. E-Journal Keperawatan (e-Kp), Vol. 4, No. 2, Hal. 2-3
- Retnaningsing, D. & Fatmawati, D. (Maret 2015). Beban Kerja Perawat Terhadap Implementasi Patient Safety di Ruang Rawat Inap. Jurnal Keperawatan Sudirman,, Vol. 11, No. 1, Hal. 44-46

- Samsudin, & Sari, M. T. (September 2017). Gambaran Pemberian Asuhan Keperawatan pada Pasien Korban Pasung di Rumah Sakit jiwa Daerah Provinsi jambi. Jurnal Akademika Baiturrahim, Vol. 6, No. 2, Hal. 22-23
- Umam, & Reliani. (Maret 2015). Pelaksanaan Teknik Mengontrol Halusinasi: Kemampuan Klien Skizofrenia Mengontrol Halusinasi. The sun, Vol. 2, No. 1, Hal. 68
- Zelika, A. A., & Dermawan, D. (Maret 2015). Kajian Asuhan Keperawatan Jiwa Halusinasi Pendengaran Pada SDR. Di Ruang Nakula RSJD Surakarta. Jurnal Profesi, Vol. 12, No. 2, Hal. 9-11.

BAB 6

PRAKTIK PENERAPAN LANGKAH-LANGKAH METODE ILMIAH (*EVIDENCE BASED*) DALAM PENYELESAIAN MASALAH

Pendahuluan

Praktik keperawatan merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan yang setiap langkahnya memiliki metode yang sistematis terutama dalam menyelesaikan masalah keperawatan. Penyelesaian masalah keperawatan harus didasarkan bukti ilmiah/evidence terbaru sehingga bisa terselesaikan secara efektif dan efisien.

Dewasa ini, tuntutan akan pelayanan yang berkualitas di bidang perawatan sangat tinggi sehingga harus meminimalkan risiko yang negative terhadap hasil akhir. Perawat dituntut untuk memberikan pelayanan yang tepat dan dapat dipertanggungjawabkan.

Dalam melakukan penyelesaian masalah klinis harus berdasarkan langkah metode ilmiah sehingga terselesaikan secara sistematis.

Tujuan Instruksional dan Capaian Pembelajaran

Setelah mempelajari pokok bahasan praktik menerapkan langkah-langkah metode ilmiah diharapkan mahasiswa mampu melakukan penyelesaian masalah klinis menggunakan langkah ilmiah berdasarkan *evidence based*.

Tujuan Instruksional:

Mahasiswa diharapkan mampu untuk memahami dan melaksanakan pemecahan masalah menggunakan metode ilmiah (*evidence based*)

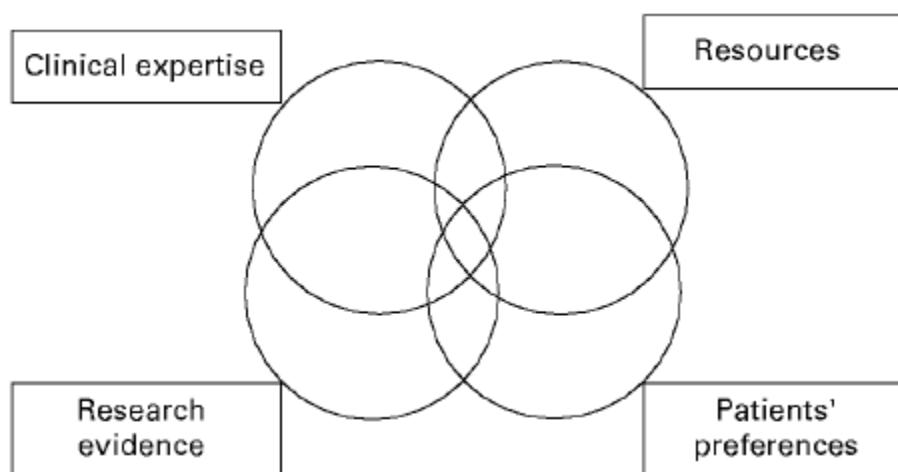
Capaian Pembelajaran:

Setelah mempelajari sub pokok bahasan ini maka diharapkan mahasiswa mampu melakukan:

1. Memahami tentang konsep metode ilmiah
2. Memahami persyaratan dalam penerapan evidence based
3. Memahami hambatan dan upaya yang dilakukan dalam menggunakan metode ilmiah
4. Memahami dan mampu mempraktikkan langkah-langkah penyelesaian masalah klinis menggunakan metode ilmiah

Uraian Materi

Penggunaan teori dan informasi yang diperoleh berdasarkan hasil penelitian secara teliti, jelas dan bijaksana dalam pembuatan keputusan tentang pemberian asuhan keperawatan pada individu atau sekelompok pasien dan dengan mempertimbangkan kebutuhan dan pilihan dari pasien tersebut diartikan sebagai evidence based. Evidence based sangat penting digunakan dalam melakukan pemecahan masalah pasien karena didukung oleh penelitian yang terkini dan terbaik.



Gambar 1. Model keputusan Klinis Berbasis Bukti Ilmiah

Tujuan menerapkan metode ilmiah dalam penyelesaian masalah adalah:

1. Dapat memberikan perawatan secara efektif dengan menggunakan hasil penelitian yang terbaik
2. Mencapai kesempurnaan dalam pemberian asuhan keperawatan dan jaminan standar kualitas dan
3. Untuk memicu adanya inovasi

Persyaratan dalam penerapan evidence based:

Penerapan evidence based dalam setting klinik harus memenuhi syarat yang jelas sehingga perawat dituntut untuk memahami:

1. Konsep penelitian

Adapun konsep penelitian yang harus dipahami oleh seorang perawat adalah proses langkah penelitian kualitatif dan kuantitatif, etika penelitian dan desain penelitian

2. Mampu secara akurat mengevaluasi hasil penelitian

Evidence based ini memiliki 5 langkah yang sistematis dalam menyelesaikan masalah klinis yakni:

1. Berefleksi terhadap praktik keperawatan dan mengidentifikasi area yang masih tidak pasti
2. Menterjemahkan area yang tidak pasti tersebut menjadi pertanyaan-pertanyaan yang fokus dan dapat dicari jawabannya
3. Mencari literature terkait hasil penelitian yang menggunakan desain penelitian yang sesuai untuk membantu dalam menjawab pertanyaan pada langkah 2. Mencari literature untuk dapat menghasilkan penelitian yang terbaik bisa bersumber pada: jurnal, buku, online bibliografi database, prosiding seminar, dan internet. Dari semua sumber yang paling diutamakan adalah jurnal karena artikel yang terdapat di jurnal selalu update setiap waktu bahkan setiap detik sehingga klinisi akan mendapatkan artikel yang terbaru, terkinidi dan terbaik.
4. Mengkritisi penelitian

Dalam melakukan telaat kritis atau critical appraisal, maka diperlukan pengetahuan tentang metodologi penelitian. Masing-masing jenis penelitian serta desain penelitian memiliki penilaian yang berbeda. Artikel yang akan dikritisi harus dipublikasikan, valid dan reliabel.

5. Mengubah praktik keperawatan jika hasil penelitian yang dikritisi

Pertanyaan Klinis

Pertanyaan klinis sangat penting disusun untuk memudahkan pencarian bukti-bukti ilmiah dan menghemat waktu. Dalam praktiknya sering menggunakan PICO untuk membuat pertanyaan klinis dan memfasilitasi pencarian literature.

PICO terdiri dari:

| Akronim | Deskripsi |
|---------|--|
| P | Patient, Problem (Memerlukan deskripsi seara eksplisit; mungkin termasuk pengaturan, pembatasan ke subkelompok (seperti berdasarkan usia); Hanya dapat satu pasien, sekelompok pasien dengan kondisi atau masalah kesehatan tertentu) |
| I | Semakin didefinisikan maka semakin fokus mencari Literatur; mungkin termasuk paparan, pengobatan, persepsi pasien, uji diagnostik, atau faktor prediksi; Merupakan intervensi kepentingan yang bisa saja terjadi terapeutik, diagnostik, prognostik, dll |
| C | Biasanya perbandingannya dengan pengobatan lain atau standar perawatan biasa; Didefinisikan sebagai intervensi standar, itu intervensi yang paling banyak digunakan atau tidak ada intervensi |

| | |
|---|---|
| O | Secara khusus mengidentifikasi hasil untuk menemukan bukti yang menguji hasil yang sama atau mungkin dengan cara yang berbeda atau bahkan hasil yang diharapkan |
|---|---|

A. Contoh Praktik Penerapan Langkah-Langkah Metode Ilmiah (*Evidence Based*) dalam Penyelesaian Masalah

Kasus:

Keselamatan pasien merupakan aspek yang penting dalam memberikan perawatan salah satunya adalah untuk pasien dewasa yang mengalami penyakit kritis. Hal tersebut selalu menjadi pertimbangan di ruang ICU terutama pasien yang mendapatkan obat-obatan penenang. Pengobatan mungkin diperlukan untuk meminimalkan risiko kejadian atau memfasilitasi ventilasi dan oksigenasi yang memadai selama ventilasi mekanik. Merawat pasien dengan obat penenang dan analgesik memenuhi tujuan dari perawatan, akan tetapi memiliki satu tantangan adalah menghindari oversedasi karena ini dapat menyebabkan masalah klinis seperti depresi kardiorespirasi, dengan hipotensi dan bradikardia, atau ventilasi spontan yang tidak adekuat dan perawatan ventilator yang lama. Efek lain yang ditimbulkan juga adalah pasien kesulitan melaporkan nyeri, mengalami agitasi dan delirium (Sackey, Eriksson, Martling, & Radell, 2010).

Pasien dewasa yang mengalami sakit kritis di ruang ICU akan mengalami cemas, agitasi, delirium dan nyeri. Gangguan rasa nyaman diakibatkan oleh penggunaan ventilasi mekanik sehingga diberikan sedasi dan analgetik. Pengelolaan analgetik dan sedasi di ICU memerlukan evaluasi dan parameter untuk mendeteksi dan mengukur skala nyeri, agitasi dan delirium. Menilai nyeri biasanya menggunakan data subjektif berdasarkan skala nyeri yang didapatkan langsung disampaikan oleh pasien. Selanjutnya hasil tersebut dapat menggambarkan nyeri, agitasi, dan delirium yang berubah terus menerus pada pasien kritis sehingga memerlukan pemantauan yang ketat untuk memudahkan evalausi ulang terhadap respon pasien dengan terapi yang diberikan (Suhandoko, Pradian, & Maskoen, 2014).

Pengkajian dan penatalaksanaan nyeri, agitasi, serta delirium pada pasien yang tidak mampu melaporkan rasa nyeri secara verbal merupakan kebutuhan utama yang perlu dilakukan secara rutin. Pengkajian dan penatalaksanaan tersebut harus berdasarkan pedoman atau guideline yang tepat sehingga perawat dan dokter yang bertugas mampu memberikan perawatan yang tepat (Indah Sri Wahyuningsih, Awal Prasetyo, 2016).

Perawat dalam hal ini memiliki kewenangan terhadap pengkajian nyeri, agitasi dan delirium karena perawat yang tahu persis kondisi pasien yang dalam waktu 24 jam ada di dekat pasien, sedangkan dokter memiliki peran dalam memberikan penatalaksanaan nyeri, agitasi dan delirium secara farmakologis. Pengkajian dan penatalaksanaan tersebut sudah terdapat dalam sebuah guideline. Guideline yang baik yaitu valid dan reliabel, sehingga sebelum diterapkan harus dilakukan telaah kritis terlebih dahulu.

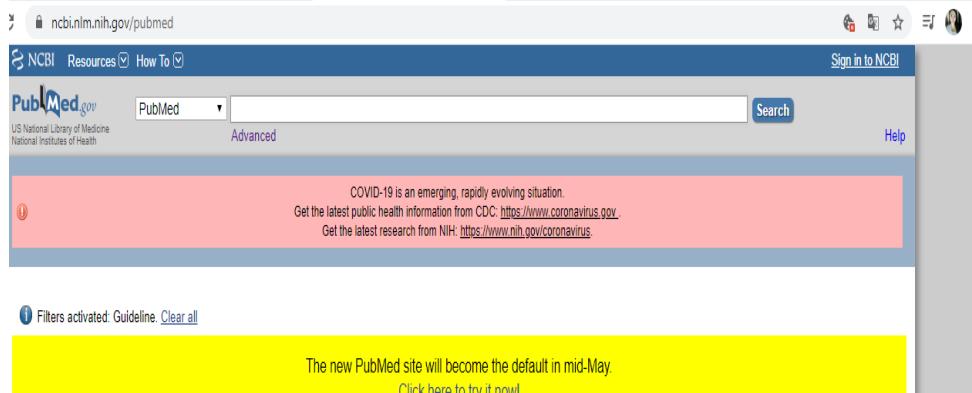
B. Langkah-langkah yang Digunakan untuk Memecahkan Fenomena yang Terdapat pada Kasus:

1. Berrefleksi terhadap praktik keperawatan dan mengidentifikasi area yang masih tidak pasti
2. Menterjemahkan area yang tidak pasti tersebut menjadi pertanyaan-pertanyaan yang fokus dan dapat dicari jawabannya
Rumusan PICO
P : critically ill patient
I : management, asses, treat
C : -
O : pain, agitation, delirium
3. Mencari literature terkait hasil penelitian yang menggunakan desain penelitian yang sesuai untuk membantu dalam menjawab pertanyaan pada langkah 2
4. Melakukan telaah ilmiah atau mengkritisi penelitian (*Critical appraisal/CA*)
5. Telaah kritis biasanya dilakukan oleh peneliti menggunakan instrument yang tepat. Instrumen untuk CA disesuaikan dengan desain penelitian. Jenis instrument CA yang biasa digunakan adalah JBI (*Joanna Briggs Institute*), CASP (*Critical Appraisal Skill Program*), CCAT (*Crow Critical Appraisal Tool*)
6. Mengubah praktik keperawatan sesuai dengan saran dari hasil penelitian yang dikritisi

Proses pencarian literature menggunakan pertanyaan klinis dengan langkah-langkah sebagai berikut:

1. Membuka data base pubmed
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>

2. Klik advanced



3. Melakukan pencarian dengan menggunakan kata kunci atau keyword ((critically ill patient*) AND (((treat*) OR asses*) OR management*)) AND (((delirium*) OR agitation*) OR pain*). Hasil pencarian pertama mendapatkan 1377 buah artikel. Selanjutnya dibatasi dengan type artikel adalah *guideline* dan rentang waktu publikasi adalah 10 tahun terakhir sehingga mendapatkan hasil yaitu 11 buah artikel.

Hasil dari 11 artikel tersebut dibaca secara keseluruhan dengan mempertimbangkan kesesuaian dengan topik yang akan dibahas yaitu pengkajian dan penanganan nyeri, agitasi dan delirium pada pasien dengan penyakit kritis. Artikel yang dipilih adalah "*Clinical Practice Guidelines for the Management of Pain, Agitation, and Delirium in Adult Patients in the Intensive Care Unit*" (Barr et al., 2013). Selanjutnya artikel dilakukan critical appraisal.

9. [Clinical practice guidelines for evidence-based management of sedoanalgesia in critically ill adult patients](#)
 Celis-Rodríguez E, Birchenall C, de la Cal MA, Castorina Arellano G, Hernández A, Ceruso D, Díaz Cortés JC, Dueñas Castell C, Jiménez EJ, Meza JC, Muñoz Martínez T, Sosa García JO, Pacheco Tovar C, Páizas F, Pardo Oviedo JM, Pinilla DL, Raffán-Sanabria F, Raimondi N, Righy Shinotsuka C, Suárez M, Ugarte S, Rubiana S, Federación Panamericana e Ibérica de Sociedades de Medicina Crítica y Terapia Intensiva.
Med Intensiva. 2013 Nov;37(8):519-74. doi: 10.1016/j.medin.2013.04.001. Epub 2013 Jun 14. English, Spanish.
 PMID: 23773859 Free Article
[Similar articles](#)
10. [Clinical practice guidelines for the management of pain, agitation, and delirium in adult patients in the intensive care unit](#)
 Barr J, Fraser GL, Puntillo K, Ely EW, Gélinas C, Dasta JM, Davidson JE, Devlin JW, Kress JP, Joffe AM, Coursin DB, Herr DL, Tung A, Robinson BR, Fontaine DK, Ramsay MA, Riker RR, Sessler CN, Pun B, Skrobik Y, Jaeschke R; American College of Critical Care Medicine.
Crit Care Med. 2013 Jan;41(1):263-306. doi: 10.1097/CCM.0b013e3182783b72. Review.
 PMID: 23269131
[Similar articles](#)

4. Critical Appraisal

Instrumen yang digunakan dalam melakukan *critical appraisal* berdasarkan instrumen yang telah dikembangkan oleh *a group of international guideline developers and researchers, the AGREE Collaboration* (Brouwers et al., 2010) yaitu AGREE II. Instrumen tersebut digunakan untuk melakukan critical appraisal terhadap artikel *guideline* karena dalam aplikasinya mudah dipahami dan mudah digunakan. Instrumen memiliki 6 domain dan terdiri dari 23 item.

Setelah dikalkulasi didapatkan bahwa nilai kualitas keseluruhan pedoman ini adalah 6,5 (*strongly agree*).

5. Mengubah praktik keperawatan jika hasil penelitian yang dikritis

Guideline ini bisa direkomendasikan untuk perawat dan dokter yang bertugas di ruang ICU untuk memberikan perawatan pada pasien dewasa yang mengalami penyakit kritis berkaitan dengan pengkajian dan penanganan nyeri, agitasi, dan delirium. Dokter memiliki peran untuk management farmakologis dari nyeri, agitasi dan delirium pasien sedangkan perawat dalam melakukan pengkajian terhadap nyeri, agitasi dan delirium pasien. Sehingga guideline harus diimplementasikan oleh interdisiplin ilmu. Namun, perlu perbaikan terutama pada kriteria waktu monitoring harus dijelaskan secara terperinci agar tidak menimbulkan ambiguitas sehingga kedepannya bisa dievaluasi kefektifan waktu monitor tersebut. Selain itu, pada bagian yang memerlukan koordinasi dengan staf harus dijelaskan secara terperinci dengan staf apa saja saat mengimplementasikan guideline ini memerlukan koordinasi agar adanya pembagian tugas yang jelas dan staf mampu bekerja secara professional.

Hambatan dalam menyelesaikan masalah klinis menggunakan evidence based

1. Keterbatasan waktu
2. Keterbatasan akses terhadap literatur

3. Kurangnya pelatihan terkait usaha untuk mencari informasi dan ketrampilan dalam mengkritisi hasil penelitian
4. Ideologi yang menekankan praktek dibandingkan dengan pengetahuan intelektual
5. Lingkungan kerja tidak mendukung dalam usaha mencari informasi hasil penelitian

Usaha yang dilakukan untuk mengatasi hambatan dalam menyelesaikan masalah klinis menggunakan evidence based:

Secara umum, usaha yang dapat dilakukan untuk meningkatkan EBN adalah:

1. Meningkatkan akses terhadap hasil-hasil penelitian
2. Mengajarkan ketrampilan untuk mengkritisi hasil penelitian
3. Mengadakan konferensi terkait penggunaan hasil-hasil penelitian
4. Membuat jurnal yang memuat hasil penelitian Latihan

Usaha oleh Perawat Praktisi dan Mahasiswa Keperawatan

1. Banyak membaca hasil penelitian dan mengkritisinya
2. Menghadiri konferensi/seminar/workshop
3. Belajar untuk mencari bukti ilmiah bahwa suatu prosedur efektif digunakan
4. Mencari lingkungan yang mendukung penggunaan hasil-hasil penelitian
5. Terlibat dalam klub-klub penelitian
6. Berkolaborasi dengan perawat peneliti
7. Mencari dan berpartisipasi dalam proyek-proyek penelitian dan penggunaan hasil-hasil penelitian

C. Latihan

1. Langkah pertama yang dilakukan saat melakukan penyelesaian masalah klinis menggunakan EB adalah
 - A. Mencari literatur
 - B. Mengkritisi literature
 - C. Menyusun pertanyaan
 - D. Menentukan area yang belum pasti
2. Dimana sumber yang paling utama digunakan dalam mencari literature yang terbaik?
 - A. Jurnal
 - B. Buku

- C. Internet
 - D. Majalah
3. Apakah metode perumusan pertanyaan yang digunakan dalam Menyusun rumusan masalah saat pencarian literature?
- A. PICO
 - B. PECO
 - C. PACO
 - D. PACU
4. Langkah yang dilakukan oleh perawat atau klinisi saat mendapatkan artikel dari data base jurnal sebelum digunakan untuk menyelesaikan masalah klinis adalah
- A. Menyusun rumusan masalah
 - B. Melakukan telaah critis/CA
 - C. Menemukan area yang tidak pasti
 - D. Menyeleksi artikel di data base
5. Yang termasuk hambatan dalam melakukan penyelesaian masalah klinis mengguankan EB adalah
- A. Keterbatasan waktu
 - B. Keuangan yang tidak mumpuni
 - C. Dukungan keluarga tidak adekuat
 - D. Rekan kerja tidak suportif

Kunci Jawaban

- 1. E
- 2. A
- 3. A
- 4. B
- 5. A

Penugasan

Di suatu ruang perawatan di RS, beberapa ibu postpartum yang berada di bangsal mengeluhkan adanya masalah pada payudara, seperti payudara yang Bengkak maupun puting lecet. Masalah yang dialami ibu tersebut dapat

semakin dirasakan pada saat ibu telah pulang ke rumah. Namun demikian kami mengamati selama praktik di bangsal, masih sedikit informasi yang disampaikan pada ibu untuk mengurangi pembengkakan pada payudara, misalnya dengan cara masase payudara. Namun demikian, perawat di bangsal belum menerapkan hal tersebut. Sehingga perlu data seberapa efektif masase payudara untuk menurunkan pembengkakan payudara untuk dapat diinformasikan pada perawat di bangsal sehingga bisa diputuskan apakah masase payudara perlu diajarkan atau tidak.

Petunjuk penugasan:

Silahkan gunakan langkah-langkah penyelesaian masalah menggunakan evidence based!

D. Rangkuman Materi

Penyelesaian masalah klinis berdasarkan bukti ilmiah (EB) selalu menggunakan langkah yang sistematis agar terselesaikan dengan tepat, cepat serta efisien. Langkah sistematis ini terdiri dari 5 yakni: 1) Berefleksi terhadap praktik keperawatan dan mengidentifikasi area yang masih tidak pasti, 2) Menterjemahkan area yang tidak pasti tersebut menjadi pertanyaan-pertanyaan yang fokus dan dapat dicari jawabannya menggunakan formula PICO, 3) Mencari literature, 4) Mengkritisi hasil penelitian menggunakan instrument yang sesuai, 5) Mengubah praktik keperawatan sesuai dengan hasil yang direkomendasikan oleh hasil penelitian yang didapat.

Dalam praktiknya, menyelesaikan masalah klinis menggunakan metode ilmiah akan menemui masalah sehingga memerlukan dukungan semua pihak agar masalah dapat terselesaikan dengan baik.

E. Glosarium

EB : Evidence Based

PICO : Patient, Intervention, Comparison, Outcome

CA : Critical Appraisal

JBI : Joanna Briggs Institute

CASP : Critical Appraisal Skill Program

CCAT : Crow Critical Appraisal Tool

Daftar Pustaka

- Barr, J., Fraser, G. L., Puntillo, K., Ely, E. W., Gélinas, C., Dasta, J. F., ... Jaeschke, R. (2013). Clinical practice guidelines for the management of pain, agitation, and delirium in adult patients in the intensive care unit. *Critical Care Medicine*, 41(1), 263–306. <https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e3182783b72>
- Brouwers, M. C., Kho, M. E., Browman, G. P., Burgers, J. S., Cluzeau, F., Feder, G., ... Zitzelsberger, L. (2010). AGREE II: Advancing guideline development, reporting and evaluation in health care. *Cmaj*, 182(18). <https://doi.org/10.1503/cmaj.090449>
- Indah Sri Wahyuningsih, Awal Prasetyo, R. S. U. (2016). Pengkajian Nyeri Pada Pasien Kritis Dewasa Yang Terpasang Ventilator. *Jurnal Keperawatan Dan Pemikiran Ilmiah*, 2(2), 1–7.
- Sackey, P. V., Eriksson, L. I., Martling, C. R., & Radell, P. J. (2010). Case scenario: Tailored sedation to the individual needs of the intensive care unit patient. *Anesthesiology*, 113(6), 1439–1446. <https://doi.org/10.1097/ALN.0b013e3181fcf5a7>
- Suhandoko, Pradian, E., & Maskoen, T. T. (2014). Reliabilitas dan Validitas Penilaian Skala Sedasi Richmond Agitation Sedation Scale (RASS) dan Ramsay pada Pasien Kritis dengan Ventilasi Mekanik di Ruang Perawatan Intensif. *Jurnal Anestesi Perioperatif*, 2(3), 186–193. <https://doi.org/10.15851/jap.v2n3.330>

BAB 7

PRAKTIK KEMAMPUAN PENILAIAN KLINIS DALAM KEPERAWATAN

Pendahuluan

Penilaian klinis merupakan salah satu kompetensi utama yang harus dimiliki oleh seorang perawat dalam menjalankan praktik keperawatan. Pengetahuan teoretis, pengalaman klinis, serta kemampuan berpikir kritis berperan penting dalam memperkuat kompetensi ini. Penggunaan model penilaian klinis dapat mengarahkan perawat untuk lebih sistematis dan objektif dalam melakukan penilaian sehingga setiap keputusan yang diambil dalam memberikan asuhan keperawatan dapat dipertanggungjawabkan secara ilmiah. Melalui penilaian klinis yang efektif, perawat dapat mengidentifikasi kondisi yang memerlukan intervensi segera dan memberikan asuhan keperawatan yang aman dan sesuai dengan kebutuhan pasien.

Tujuan Instruksional

Setelah menyelesaikan pembelajaran pada bab ini, pembaca diharapkan mampu menerapkan penilaian klinis dalam keperawatan, meliputi :

1. Definisi dan konsep dasar penilaian klinis
2. Tujuan dan manfaat penilaian klinis
3. Peran perawat dalam penilaian klinis
4. Teori dan model penilaian klinis
5. Berpikir kritis dalam proses penalaran dan penilaian klinis
6. Langkah-langkah penilaian klinis
7. Aplikasi penilaian klinis pada pasien
8. Penggunaan teknologi dalam penilaian klinis

Capaian Pembelajaran

Setelah menyelesaikan pembelajaran pada Bab ini, pembaca diharapkan mampu:

1. Menjelaskan secara rinci definisi, tujuan, dan manfaat penilaian klinis.

2. Menggunakan model penilaian klinis untuk memahami dan mengambil keputusan klinis pada kasus yang disimulasikan.
3. Menyelesaikan pekerjaan berlingkup luas dengan menganalisis data serta metode yang sesuai dan dipilih dari beragam metode yang sudah maupun belum baku dan menganalisis data
4. Memecahkan masalah pekerjaan dengan sifat dan konteks yang sesuai dengan bidang keahlian terapannya, didasarkan pada pemikiran logis dan inovatif, dilaksanakan dan bertanggung jawab atas hasilnya secara mandiri

Uraian Materi

Bab ini memberikan pemahaman mendalam mengenai konsep dan pentingnya penilaian klinis dalam pendidikan keperawatan serta peranannya dalam praktik keperawatan. Penilaian klinis juga menjadi salah satu tujuan utama dalam pendidikan keperawatan, mempersiapkan mahasiswa agar mampu menerapkan pengetahuan dan keterampilan secara efektif dalam situasi nyata. Penjelasan ini mencakup definisi, manfaat, peran perawat, model penilaian klinis, hingga hubungan antara berpikir kritis, penalaran klinis, dan penilaian klinis. Selain itu, uraian ini juga menyajikan langkah-langkah praktis yang dapat mendukung pengembangan keterampilan penilaian klinis keperawatan, mulai dari pengenalan isyarat hingga evaluasi tindakan yang dilengkapi dengan contoh kasus.

A. Definisi dan Konsep Dasar Penilaian Klini

Penilaian klinis pada mahasiswa keperawatan didefinisikan sebagai proses kognitif yang ditunjukkan melalui tindakan keperawatan dengan cara observasi, pengkajian pasien, menginterpretasikan, dan memprioritaskan data yang mengarah pada respon, menggunakan praktik keperawatan yang sesuai dengan pasien (Uppor et al., 2022). Ketika mengumpulkan data subjektif dan data objektif, perawat perlu mempertimbangkan penilaian klinis. Tujuan pengkajian keperawatan adalah untuk memfasilitasi penilaian klinis yang didefinisikan sebagai penentuan status kesehatan dan penyakit klien, masalah dan kebutuhan kesehatan, kapasitas untuk terlibat dalam perawatan mereka sendiri, dan keputusan untuk melakukan atau tidak melakukan intervensi/tindakan, dan jika tindakan diperlukan, tindakan apa yang harus dilakukan (Lapum et al., 2021).

B. Tujuan dan Manfaat Penilaian Klinis

1. Tujuan penilaian klinis
 - a. Perawatan pasien yang aman: Penilaian klinis sangat penting untuk mempertahankan perawatan pasien yang aman dan mencapai hasil yang optimal. Hal ini memungkinkan perawat untuk memperhatikan, menginterpretasikan, dan merespon potensi masalah secara efektif (Davis et al., 2023; Miraglia & Asselin, 2015; Seacrist & Noell, 2016).

- b. Pengambilan keputusan: Hal ini menjadi dasar untuk membuat keputusan klinis yang baik, yang sangat penting untuk advokasi pasien dan merespons perubahan kondisi pasien (Wankier & Beynon, 2024)
- c. Hasil Pendidikan (educational outcomes): Mengembangkan penilaian klinis adalah hasil akhir program yang penting bagi mahasiswa keperawatan, memastikan mereka siap untuk praktik klinis di dunia nyata (Campbell et al., 2024)
2. Manfaat penilaian klinis
- a. Outcomes pasien yang lebih baik: Keterampilan penilaian klinis yang ditingkatkan akan menghasilkan perawatan pasien yang lebih baik dan mengurangi kesalahan, yang sangat penting untuk keselamatan pasien. Hal ini memungkinkan para profesional perawatan kesehatan untuk membuat keputusan yang tepat, yang mengarah pada diagnosis, perawatan, dan manajemen pasien yang lebih baik (Campbell et al., 2024).
 - b. Pengembangan profesional: Alat-alat seperti Rubrik Penilaian Klinis Lasater dan Model Pengukuran Penilaian Klinis membantu perawat pemula dan perawat berpengalaman untuk meningkatkan keterampilan penilaian klinis mereka, sehingga mendorong pengembangan profesional yang berkelanjutan (Cason & Reibel, 2021; Miraglia & Asselin, 2015; Wankier & Beynon, 2024).
 - c. Pemikiran kritis: Alat-alat ini mendorong pemikiran kritis dan praktik reflektif, yang diperlukan untuk menangani situasi klinis yang kompleks dan meningkatkan sistem klinis. Penulisan reflektif terbimbing dapat digunakan sebagai kegiatan refleksi untuk pengembangan penilaian klinis dalam berbagai setting termasuk rumah sakit, simulasi, studi kasus, atau simulasi virtual (Smith, 2021).
 - d. Alat Pendidikan (educational tools): Strategi pembelajaran aktif, seperti simulasi, penulisan reflektif terbimbing, dan tanya jawab, telah terbukti secara efektif meningkatkan penilaian klinis pada mahasiswa keperawatan (Bonaduce, 2024; Smith, 2021).
 - e. Keberhasilan lisensi: Kemampuan penilaian klinis yang kuat berkorelasi dengan tingkat kelulusan yang lebih tinggi pada ujian NCLEX-RN, yang mengindikasikan kesiapan untuk praktik keperawatan yang aman (Davis et al., 2023).
- Penilaian klinis merupakan landasan praktik keperawatan, penting untuk memastikan keselamatan pasien dan perawatan yang efektif. Hal ini

mendukung pengambilan keputusan yang kritis, meningkatkan hasil akhir bagi pasien, dan merupakan tujuan pendidikan yang sangat penting bagi mahasiswa keperawatan. Berbagai alat dan strategi, termasuk simulasi dan penulisan reflektif, efektif dalam mengembangkan keterampilan ini, bermanfaat bagi perawat pemula dan perawat yang sudah berpengalaman.

Hal yang diharapkan dari penilaian klinis dari mahasiswa keperawatan ataupun perawat adalah kemampuan penilaian klinis, praktik keperawatan yang aman, kualitas asuhan keperawatan, dan keselamatan pasien (Uppor et al., 2022)

C. Peran Perawat dalam Penilaian Klinis

Penilaian klinis merupakan kompetensi inti dalam keperawatan, sehingga sangat penting untuk memahami peran perawat dalam penilaian klinis. Penilaian ini penting untuk memastikan keselamatan pasien dan hasil yang optimal. Berikut ini adalah peran perawat dalam penilaian klinis:

1. Pengkajian dan intervensi: Pengkajian penilaian klinis dalam perawatan diperlukan untuk perawatan yang aman, pengambilan keputusan, dan diagnosis keperawatan. Perawat bertanggung jawab untuk memperhatikan, menginterpretasikan, dan merespons potensi masalah dalam perawatan pasien (Dehghani, 2024)
2. Pengambilan keputusan: Pengambilan keputusan klinis merupakan kompetensi inti dalam peran perawat, yang mengharuskan membuat keputusan terkait perawatan pasien dan keselamatan pasien setiap hari. Perawat membuat keputusan penting terkait perawatan pasien, sering kali di bawah tekanan, yang membutuhkan penilaian klinis yang baik. Pengambilan Keputusan klinis dapat dipengaruhi oleh pengalaman distress moral di antara para profesional keperawatan (Miley et al., 2024)
3. Pendidikan dan mentorhip: Banyak perawat pemula yang bekerja belum memiliki keterampilan atau pengalaman yang cukup untuk membuat keputusan klinis keperawatan yang tepat. Akibatnya, tindakan mereka dapat membahayakan keselamatan pasien. Perawat yang berpengalaman berperan dalam membimbing perawat pemula untuk mengembangkan keterampilan penilaian klinis mereka. Professional development educators, edukator klinis, dan preceptor dapat menggunakan model tugas penilaian klinis (clinical judgment task model) dalam mengajarkan perawat untuk membuat keputusan klinis yang akurat (Billings, 2019).

D. Teori dan Model Penilaian Klinis

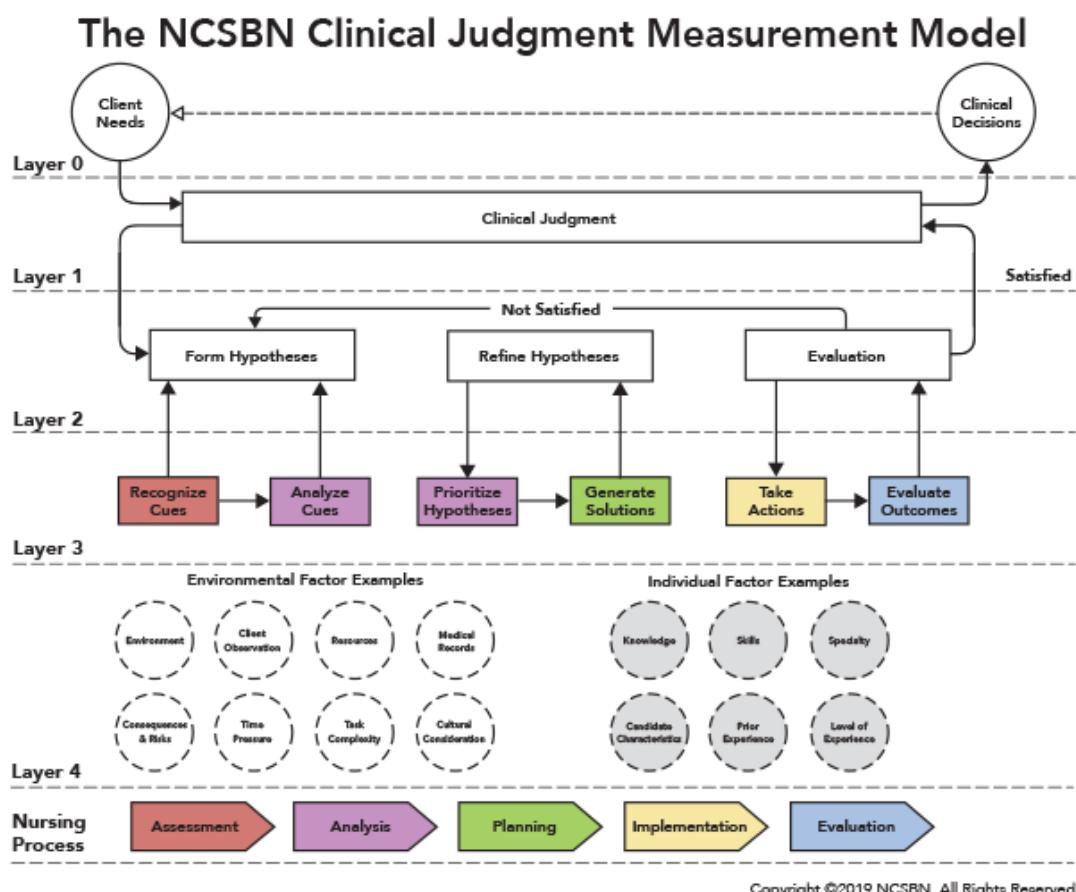
Tanner's Clinical Judgment Model (CJM) merupakan salah satu kerangka kerja yang dikembangkan untuk meningkatkan keterampilan penilaian klinis perawat. Model ini sangat berguna dalam pendidikan dan praktik keperawatan, memberikan pendekatan terstruktur untuk memahami dan meningkatkan pengambilan keputusan klinis. Model yang dikembangkan oleh Tanner (2006) yang menggambarkan empat aspek yang saling terkait dari penilaian klinis yang dapat diterapkan pada situasi perawatan yang berubah dengan cepat dengan parameter yang ambigu atau tidak terdefinisi dengan baik yaitu: memperhatikan (*noticing*), menginterpretasi (*interpreting*), merespons (*responding*), dan merefleksikan (*reflecting*) (Lavoie et al., 2021)

1. Memperhatikan (*noticing*): Mengenali isyarat yang signifikan dalam situasi klinis. Hal ini melibatkan kemampuan perawat untuk mengenali isyarat yang signifikan dari pasien dan lingkungan. Ini merupakan langkah awal perawat untuk mengidentifikasi informasi penting yang mungkin mengindikasikan perubahan kondisi pasien (Dresser et al., 2023; Lavoie et al., 2021; Yuan, 2019).
2. Menginterpretasi (*interpreting*): Memaknai data dan memahami artinya. Setelah memperhatikan, perawat harus menginterpretasikan data untuk memahami artinya. Hal ini melibatkan pemahaman terhadap informasi yang dikumpulkan dan menentukan implikasinya terhadap kesehatan pasien (Dresser et al., 2023; Lavoie et al., 2021; Yuan, 2019).
3. Merespons (*responding*): Melakukan tindakan yang tepat berdasarkan interpretasi. Berdasarkan interpretasi, perawat kemudian memutuskan tindakan yang tepat. Langkah ini melibatkan perencanaan dan pelaksanaan intervensi untuk memenuhi kebutuhan pasien (Dresser et al., 2023; Lavoie et al., 2021; Yuan, 2019).
4. Merefleksikan (*reflecting*): Meninjau dan mempelajari hasil tindakan yang telah dilakukan. Refleksi dapat dibagi menjadi refleksi selama tindakan dan refleksi setelah Tindakan. Langkah ini melibatkan evaluasi hasil dari tindakan yang dilakukan dan belajar dari pengalaman untuk meningkatkan praktik di masa depan (Glynn, 2012; Lavoie et al., 2021; Yuan, 2019)

Selain menggambarkan penilaian klinis perawat dengan tingkat keahlian yang berbeda, model ini merupakan alat yang penting untuk memandu penelitian pendidikan keperawatan dan merancang pengalaman pendidikan bagi

perawat dan mahasiswa keperawatan. Model ini juga merupakan alat yang relevan untuk penilaian dan bimbingan (Lavoie et al., 2021).

NCSBN Clinical Judgment Measurement Model telah dikembangkan untuk membantu perawat memahami proses berpikir kritis dalam penilaian klinis mulai dari pengenalan tanda awal hingga evaluasi hasil tindakan.



Gambar 7.1 NCSBN Clinical Judgment Measurement Model. Sumber (NCSBN, 2024):

Gambar 7.1 menunjukkan *NCSBN Clinical Judgment Measurement Model*, yang menggambarkan proses pengambilan keputusan klinis dalam keperawatan. Model ini berlapis-lapis dan berfokus pada bagaimana perawat membuat keputusan klinis yang memenuhi kebutuhan pasien. Lapisan-lapisan dalam *NCSBN Clinical Judgment Measurement Model* (NCJMM) yang dimulai dari Lapisan 0, lapisan paling luas yang mendefinisikan konteks situasi klinis, hingga Lapisan 4 yang merupakan lapisan kontekstual paling spesifik.

1. Lapisan 0: Menentukan kebutuhan klien sebagai konteks utama yang mempengaruhi pengambilan keputusan klinis.

2. Lapisan 1: Merupakan kerangka besar dari penilaian klinis, di mana penilaian ini dievaluasi untuk menentukan apakah kebutuhan klien sudah terpenuhi.
3. Lapisan 2: Memperinci tahapan pengambilan keputusan, termasuk proses seperti mengenali dan menganalisis petunjuk, memprioritaskan hipotesis, menghasilkan solusi, melakukan tindakan, dan mengevaluasi hasil.
4. Lapisan 3: Menjelaskan aspek kognitif dalam pengambilan keputusan klinis yang dapat diukur secara langsung. Lapisan ini digunakan sebagai dasar untuk mengembangkan soal dan studi kasus pada ujian *NCLEX*.
5. Lapisan 4: Memberikan contoh elemen kontekstual yang diidentifikasi dalam tinjauan literatur mengenai pengambilan keputusan klinis dalam keperawatan, termasuk faktor lingkungan dan faktor individu seperti pengetahuan dan keterampilan.

E. Berpikir Kritis dalam Proses Penalaran dan Penilaian Klinis

Istilah berpikir kritis (*critical thinking*), penalaran klinis (*clinical reasoning*), dan penilaian klinis (*clinical judgment*) sering kali digunakan secara bergantian. Namun ada sedikit perbedaan cara perawat menggunakan istilah-istilah tersebut. Berpikir kritis merupakan istilah yang luas mencakup penalaran, baik di luar maupun di dalam lingkungan klinis. Penalaran klinis dan penilaian klinis adalah bagian penting dari pemikiran kritis dalam keperawatan. Penalaran klinis merupakan istilah khusus yang biasanya mengacu pada cara berpikir tentang masalah perawatan pasien (menentukan, mencegah, dan mengelola masalah pasien). Penalaran tentang masalah klinis lainnya seperti kerja sama tim, kolaborasi, dan merampingkan alur kerja, perawat biasanya menggunakan istilah berpikir kritis. Sedangkan penilaian klinis mengacu pada hasil (*outcome*) dari pemikiran kritis atau penalaran klinis berupa kesimpulan, keputusan, atau pendapat yang dibuat (Alfaro-Lefevre, 2017).

Proses yang mengarah pada penilaian klinis digambarkan sebagai penalaran klinis. Menurut Lapum et al. (2021), proses ini meliputi:

1. Mempertimbangkan dengan cermat semua data klien secara keseluruhan, apakah setiap informasi relevan atau tidak relevan, dan bagaimana setiap informasi berhubungan atau tidak berhubungan.
2. Mengenali dan menganalisis isyarat. Apakah informasi yang dikumpulkan merupakan temuan yang normal, tidak normal, atau kritis? Apakah informasi tersebut dapat dikelompokkan untuk mendukung penilaian klinis?

3. Menginterpretasikan masalah. Apa masalah yang menjadi prioritas dan apa saja faktor penyebabnya? Apa lagi yang perlu dinilai untuk memvalidasi atau membantalkan interpretasi? Informasi apa lagi yang perlu dikumpulkan untuk membuat penilaian klinis yang akurat?
4. Menentukan, mengimplementasikan, dan kemudian mengevaluasi tindakan yang tepat.

Proses penalaran klinis tercakup dalam pemikiran kritis. Ini berarti bahwa ketika terlibat dalam proses penalaran klinis, perlu menganalisis pemikiran sendiri secara sistematis sehingga hasilnya jelas, rasional, kreatif, dan objektif dengan risiko penilaian dan kesalahan yang terbatas (Lapum et al., 2021).

F. Langkah-Langkah dalam Penilaian Klinis

Penilaian klinis difasilitasi oleh langkah-langkah kognitif yang dapat membantu untuk menentukan kapan dan bagaimana bertindak untuk mencegah kemunduran klinis. Langkah-langkah ini seperti proses keperawatan yang harus dilakukan secara berulang sesuai dengan situasi klien dan proses penalaran klinis. Langkah-langkah penilaian klinis berdasarkan NCSBN, 2020 dapat dilihat pada tabel.

Tabel 7.1: Langkah-langkah penilaian klinis (dikembangkan berdasarkan NCSBN (2020), sebagaimana dikutip dalam Lapum et al. (2021)

| Tahapan | Pertimbangan |
|--|---|
| Kenali isyarat (<i>Recognize cues</i>) | Mengenali isyarat melibatkan identifikasi temuan yang memerlukan tindakan karena temuan tersebut tidak normal. Ini melibatkan " <i>noticing</i> " menurut Tanner (yaitu, mengenali sesuatu yang tidak normal). Harus bertanya pada diri sendiri apa yang paling penting? |
| Analisis isyarat (<i>Analyze cues</i>) | Menganalisis isyarat melibatkan penafsiran/pemaknaan data yang dikumpulkan, apa artinya, dan bagaimana data tersebut dapat dikaitkan dengan kemungkinan proses patofisiologis. Hal ini melibatkan apa yang disebut Tanner sebagai " <i>interpreting</i> ", yaitu pemaknaan data yang dikumpulkan. |
| Prioritaskan hipotesis (<i>Prioritize hypotheses</i>) | Penentuan prioritas hipotesis melibatkan penentuan di mana memulai dan bagaimana memprioritaskan perawatan. Langkah ini melibatkan apa yang disebut Tanner sebagai " <i>responding</i> " data yang dikumpulkan. |

| Tahapan | Pertimbangan |
|--|--|
| Hasilkan Solusi <i>(Generate solutions)</i> | Pembuatan solusi melibatkan identifikasi berbagai pilihan (misalnya, tindakan/intervensi) untuk mengatasi masalah atau temuan/isyarat yang tidak normal. Hal ini mungkin melibatkan identifikasi solusi mana yang tepat ditunjukkan/efektif, tidak penting, tidak berhubungan, dan kontraindikasi. |
| Lakukan Tindakan <i>(Take actions)</i> | Melakukan tindakan melibatkan identifikasi tindakan yang harus diambil. Contoh tindakan bersifat spesifik tetapi dapat terkait dengan memberi tahu dokter atau praktisi perawat, meminta bantuan, memantau klien, mengumpulkan data lebih lanjut. |
| Evaluasi hasil <i>(Evaluate outcomes)</i> | Mengevaluasi hasil melibatkan penentuan apakah tindakan yang diambil efektif. Evaluasi dapat mencakup identifikasi hasil yang dianggap membaik, tidak berubah, atau memburuk. |

G. Aplikasi Penilaian Klinis pada Pasien

Berikut ini dijelaskan contoh aplikasi penilaian klinis keperawatan berdasarkan kasus yang diadopsi dari studi kasus dalam meningkatkan penilaian klinis dan keberhasilan *NCLEX* (Ignatavicius, n.d).

1. Kasus

Seorang perempuan berusia 24 tahun mengalami kecelakaan saat menumpang di mobil pacarnya. Kerusakan pada sisi tempat duduknya menyebabkan cedera parah pada kaki dan lengan kanannya. Pasien dibawa ke rumah sakit kemarin akibat fraktur tibia fibula, kerusakan pada jaringan lunak dan otot kaki, serta fraktur pergelangan tangan kanan. Pasien juga mengalami beberapa memar dan luka lecet. Kedua kaki dan pergelangan tangan dipasang bidai sementara dan ditinggikan dengan bantal serta diberikan kompres es hingga akan menjalani operasi. Perawat dinas malam melaporkan bahwa orang tua pasien menginap bersama pasien, pasien menangis hampir sepanjang malam. Perawat dinas siang melakukan penilaian shift dan mencatat hal-hal berikut:

- Melaporkan bahwa tingkat nyeri meningkat dari 5 menjadi 9 meskipun baru saja menerima morfin melalui suntikan IV.
- Mengeluhkan mati rasa dan kesemutan di kaki dan telapak kaki yang cedera.

- c. Jari-jari kaki kanannya lebih dingin dan lebih pucat daripada kaki kiri.
 - d. Nadi pada kaki kanan tidak teraba atau terdeteksi melalui Doppler.
 - e. Suhu tubuh oral = 98,4°F (36,9°C).
 - f. Denyut apikal = 88x/menit.
 - g. Frekuensi napas = 28x/menit.
 - h. Tekanan darah = 132/84 mmHg.
 - i. Pasien menyatakan bahwa "ingin mati dalam kecelakaan itu".
 - j. Sulit menjawab pertanyaan karena sangat emosional dan menangis.
 - k. Menolak makan dengan alasan tidak merasa lapar.
 - l. Terpasang kateter urine, urine berwarna kuning gelap
2. Penilaian klinis
- Penilaian klinis pada kasus tersebut menggunakan *NCSBN Clinical Judgment Measurement Model* (NCJMM) dengan merujuk pada standar diagnosis, standar luaran, dan standar intervensi keperawatan (Lapum et al., 2021; PPNI, 2017, 2018a, 2018b).
- a. Kenali isyarat (*Recognize cues*)

Perawat pada tahap ini, harus memiliki kemampuan untuk mengidentifikasi petunjuk atau informasi yang penting pada tahap pengkajian. Pengenalan isyarat atau petunjuk memungkinkan perawat mengumpulkan data dan memahami kondisi pasien secara menyeluruh yang diperlukan untuk membuat keputusan klinis yang akurat.

Pertanyaan: Apakah penilaian informasi yang paling penting dan membutuhkan perhatian segera dalam situasi pasien ini?

Jawaban: informasi yang paling penting dan membutuhkan perhatian segera:

 - 1) Nyeri meningkat: Skor nyeri meningkat dari 5 menjadi 9 meskipun telah diberikan morfin, menunjukkan nyeri yang tidak terkontrol.
 - 2) Perubahan sensorik dan sirkulasi: Mati rasa, kesemutan pada kaki yang cedera, kaki kanan yang lebih pucat dan dingin daripada kaki kiri, serta nadi pada kaki kanan yang tidak teraba. Ini mengindikasikan kemungkinan masalah sirkulasi atau iskemia.
 - 3) Gangguan psikologis: Sangat emosional dan menangis, pasien menyatakan "ingin mati dalam kecelakaan itu," menunjukkan adanya masalah psikologis akibat cedera.
 - b. Analisis isyarat (*Analyze cues*)

Setelah isyarat atau petunjuk penting diidentifikasi, perawat harus memiliki kompetensi untuk menganalisis dan menginterpretasi isyarat

atau petunjuk tersebut secara efektif. Tahap ini melibatkan berpikir kritis terhadap data yang dikumpulkan, mencari pola atau hubungan, dan menarik kesimpulan logis. Dengan menganalisis isyarat atau petunjuk, perawat dapat mengidentifikasi masalah atau hasil yang mungkin terjadi dan mengembangkan intervensi yang sesuai.

Pertanyaan: Apakah kondisi pasien yang paling sesuai dengan informasi penting yang ada?

Jawaban: kondisi pasien yang paling sesuai adalah:

- 1) Iskemia ekstremitas: Gejala seperti mati rasa, kesemutan, pucat, dan nadi yang tidak teraba mengindikasikan penurunan aliran darah.
 - 2) Nyeri tidak terkontrol: Nyeri meningkat menunjukkan intervensi pengelolaan nyeri belum efektif.
 - 3) Masalah psikologis: Pernyataan pasien menunjukkan kemungkinan pasien mengalami tekanan emosional yang berat.
- c. Prioritaskan hipotesis (*Prioritize hypotheses*)

Perawat harus mampu memprioritaskan hipotesis untuk kondisi pasien berdasarkan petunjuk dan data yang telah dianalisis. Keterampilan ini membantu mempersempit kemungkinan diagnosis dan pilihan pengobatan, memastikan bahwa masalah yang paling penting ditangani dengan cepat dan efektif

Pertanyaan: Apa kemungkinan yang terjadi pada pasien dalam situasi ini? Mana yang perlu diprioritaskan?

Jawaban: Prioritas dan kemungkinan meliputi:

- 1) Perfusi perifer tidak efektif. Masalah ini merupakan masalah paling prioritas karena risiko kehilangan ekstremitas atau komplikasi jika sirkulasi tidak diperbaiki. Masalah ini memungkinkan perawat untuk memantau tanda-tanda vital, warna kulit, dan suhu ekstremitas serta memberikan intervensi yang bertujuan meningkatkan perfusi.
- 2) Nyeri akut. Iskemik sering disertai dengan nyeri yang bisa terjadi akibat gangguan aliran darah atau jaringan yang kekurangan oksigen. Masalah nyeri akut memungkinkan perawat untuk fokus pada manajemen nyeri dan membantu pasien untuk lebih nyaman.
- 3) Berduka: Berduka dapat terjadi pada beberapa kasus, terutama jika pasien mengalami dampak emosional atau psikologis yang berat akibat cedera. Berduka merupakan salah satu masalah psikologis

yang perlu mendapatkan intervensi psikologis seperti dukungan emosional untuk mengatasi tekanan emosional pasien.

d. Hasilkan Solusi (*Generate solutions*)

Perawat perlu berpikir kritis untuk menghasilkan solusi yang sesuai dan berbasis bukti untuk memberikan perawatan yang terbaik bagi pasien. Pada tahap ini, perawat membuat intervensi atau tindakan untuk mengatasi masalah yang diidentifikasi dan berkontribusi pada hasil pasien yang positif.

Pertanyaan: Apakah tindakan yang kemungkinan besar mencapai hasil untuk pasien ini?

Jawaban: Tindakan yang direkomendasikan meliputi:

- 1) Perawatan sirkulasi: Periksa sirkulasi perifer (nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu); monitor panas, kemerahan, nyeri, dan bengkak pada ekstremitas; hindari penekanan pada area yang cedera. Tindakan lain yang diperlukan dengan melakukan tes Doppler tambahan dan konsultasi dengan ahli bedah vaskular.
- 2) Manajemen nyeri: Perlu dilakukan kolaborasi terkait dengan terapi analgetik. Evaluasi ulang dosis analgesik atau pertimbangkan kombinasi analgesik yang lebih kuat.
- 3) Dukungan emosional: Fasilitasi mengungkapkan perasaan cemas, marah, atau sedih; buat pernyataan suportif atau empati selama fase berduka; lakukan sentuhan untuk memberikan dukungan; ajarkan penggunaan mekanisme pertahanan yang tepat; dan rujuk untuk konseling.

e. Lakukan Tindakan (*Take actions*)

Perawat harus memiliki kompetensi untuk melakukan tindakan berdasarkan rencana. Tindakan dapat berupa observasi, terapeutik, edukasi, dan kolaborasi. Melakukan tindakan memerlukan keahlian klinis serta keterampilan komunikasi yang baik.

Pertanyaan: Apakah tindakan yang tepat dan bagaimana sebaiknya diimplementasikan?

Jawaban: Implementasi tindakan dalam urutan prioritas:

- 1) Evaluasi sirkulasi ekstremitas: Lakukan pemeriksaan lanjutan untuk memastikan adanya aliran darah pada kaki kanan. Jika iskemia terkonfirmasi, segera koordinasikan dengan ahli bedah vaskular.

- 2) Intervensi nyeri: Reevaluasi pengelolaan nyeri dengan kolaborasi dokter yang merawat dan pertimbangkan pendekatan nyeri multimodal.
 - 3) Dukungan emosional: Lakukan sentuhan terapeutik untuk memberikan dukungan, anjurkan untuk mengungkapkan perasaan yang dialami, serta rujuk untuk konseling untuk mengatasi masalah psikologis. Tindakan lain, koordinasikan dengan ahli keperawatan atau kesehatan jiwa untuk memberikan dukungan dan intervensi lebih lanjut.
- f. Evaluasi hasil (*Evaluate outcomes*)

Perawat melakukan evaluasi efektivitas tindakan yang dilakukan dan bagaimana respon pasien terhadap tindakan yang dilakukan. Keterampilan ini melibatkan pemantauan kemajuan pasien, menilai pencapaian hasil yang diinginkan, dan melakukan penyesuaian terhadap rencana perawatan jika diperlukan. Evaluasi membantu perawat menilai keberhasilan keputusan klinis mereka dan mengidentifikasi area yang perlu ditingkatkan

Pertanyaan: Apa penilaian yang menunjukkan bahwa tindakan yang dilakukan efektif?

Jawaban: Indikator keberhasilan meliputi:

- 1) Perfusi perifer meningkat: Denyut nadi perifer meningkat, sensasi meningkat, parestesi menurun, pengisian kapiler membaik, dan akral membaik.
- 2) Tingkat nyeri menurun: Keluhan nyeri menurun, perasaan depresi menurun, frekuensi nadi membaik, dan tekanan darah membaik.
- 3) Tingkat berduka membaik: Harapan meningkat, perasaan berguna meningkat, perasaan bersalah menurun, dan menangis menurun.

Dengan melakukan penilaian klinis secara sistematis, diharapkan kondisi fisik dan psikologis pasien dapat ditingkatkan sesuai dengan tujuan klinis.

H. Penggunaan Teknologi dalam Penilaian Klinis

Penggunaan teknologi dalam penilaian klinis semakin signifikan dalam perawatan modern, meningkatkan proses pengambilan keputusan, dan meningkatkan *outcome* pasien. Beberapa penggunaan teknologi dalam penilaian klinis:

1. *Interactive Whiteboard Technology (IWB)*: Teknologi IWB telah terbukti meningkatkan keterampilan penilaian klinis di kalangan mahasiswa keperawatan dengan menyediakan platform visual untuk mengidentifikasi pola dan isyarat, memfasilitasi komunikasi tim, dan meningkatkan pengambilan keputusan kolaboratif (Reibel et al., 2024).
2. *Artificial Intelligence* dan *Machine Learning*: Teknologi ini merevolusi pekerjaan klinis dengan meningkatkan akurasi diagnostik dan manajemen data pasien. Namun, integrasi keduanya menimbulkan masalah etika dan kebutuhan untuk menyeimbangkan teknologi dengan perawatan pasien yang manusiawi. Ketergantungan terhadap teknologi perlu dikelola dengan baik agar tetap fokus pada pemberian perawatan pasien yang etis dan manusiawi (Alyami et al., 2024).
3. *Mobile Health Apps* dan *Handheld Computer Devices (HCDs)*: Alat-alat ini membantu perawat dalam pengambilan keputusan klinis dengan memberikan informasi dan dukungan secara *real-time*, meskipun diperlukan lebih banyak bukti tingkat tinggi untuk sepenuhnya memahami dampaknya terhadap praktik keperawatan (Glanville et al., 2023).
4. *Virtual Reality (VR)*: VR merupakan alat pedagogis yang dapat meningkatkan pemikiran kritis, penalaran klinis, penilaian klinis, dan keterampilan pengambilan keputusan klinis para perawat. Mahasiswa menganggap modalitas pengajaran ini bermanfaat bagi pengembangan kemampuan pengambilan keputusan klinis mereka (Jans et al., 2023)

Penggunaan teknologi berperan penting dalam meningkatkan penilaian klinis dengan menyediakan alat yang mendukung pengambilan keputusan, meningkatkan akurasi, dan memfasilitasi komunikasi di antara para profesional kesehatan. Namun, penggunaan teknologi harus dikelola dengan hati-hati untuk mempertahankan perawatan pasien yang etis dan humanis.

I. Latihan

Setelah mempelajari materi tentang penilaian klinis keperawatan, selanjutnya dapat mengerjakan soal-soal latihan berikut untuk mengukur pemahaman dan keterampilan terkait topik yang telah dipelajari. Untuk memastikan jawaban sudah benar, dapat membandingkannya dengan kunci jawaban yang tersedia di halaman berikutnya. Selamat mengerjakan!

1. Apa yang dimaksud penilaian klinis pada mahasiswa keperawatan?

- A. Proses penentuan diagnosis keperawatan
 - B. Proses penentuan diagnosis penyakit oleh dokter
 - C. Proses kognitif yang hanya mengandalkan wawancara pasien
 - D. Proses pengumpulan data untuk tujuan diagnosis keperawatan
 - E. Proses kognitif meliputi observasi, pengkajian, interpretasi, dan prioritas data pasien
2. Apa tujuan utama dari penilaian klinis dalam perawatan pasien?
- A. Menentukan gaji perawat
 - B. Menjamin perawatan yang aman dan optimal
 - C. Menyederhanakan komunikasi antar tim medis
 - D. Meningkatkan efisiensi administrasi rumah sakit
 - E. Mengurangi waktu yang dibutuhkan untuk diagnosis
3. Apa langkah pertama dalam *Tanner's Clinical Judgment Model*?
- A. Merespons
 - B. Merefleksikan
 - C. Memperhatikan
 - D. Menginterpretasi
 - E. Mengidentifikasi masalah
4. Apa yang dimaksud dengan "Berpikir kritis" dalam konteks penilaian klinis?
- A. Kemampuan untuk mengumpulkan data dari pasien
 - B. Kemampuan untuk membuat laporan medis yang jelas
 - C. Kemampuan untuk mengingat prosedur medis yang benar
 - D. Kemampuan untuk menilai hasil tindakan medis tanpa melakukan refleksi
 - E. Proses berpikir yang logis dan objektif untuk menganalisis masalah dan mengambil keputusan yang tepat
5. Apa yang dimaksud dengan langkah "menginterpretasi" dalam penilaian klinis?
- A. Memahami makna data dan implikasinya terhadap kesehatan pasien
 - B. Mengidentifikasi temuan yang tidak normal
 - C. Menentukan tindakan yang harus dilakukan
 - D. Mengambil keputusan administratif
 - E. Mengumpulkan data lebih lanjut

6. Apakah alat yang digunakan untuk membantu pengembangan penilaian klinis pada mahasiswa keperawatan?
 - A. Daftar kehadiran
 - B. Buku teks dasar keperawatan
 - C. Buku administrasi rumah sakit
 - D. Alat penilaian berbasis klinis dari rumah sakit
 - E. Rubrik penilaian klinis dan model pengukuran penilaian klinis
7. Apa langkah pertama dalam proses penilaian klinis menurut *NCSBN Clinical Judgment Model*?
 - A. Menginterpretasikan data pasien
 - B. Merefleksikan tindakan setelah intervensi
 - C. Menentukan tindakan yang akan diambil
 - D. Mengenali isyarat yang memerlukan perhatian
 - E. Mengevaluasi hasil dari tindakan yang diambil
8. Apa Langkah penalaran klinis yang dilakukan perawat setelah menghasilkan solusi?
 - A. Mengenalis isyarat
 - B. Menganalisis isyarat
 - C. Memprioritaskan hipotesis
 - D. Melakukan tindakan
 - E. Mengevaluasi hasil
9. Manakah dari pernyataan berikut yang paling sesuai dengan definisi "penalaran klinis"?
 - A. Strategi mengumpulkan data tanpa membuat keputusan
 - B. Hasil akhir dari proses berpikir kritis berupa kesimpulan atau pendapat
 - C. Kemampuan berpikir secara umum dan abstrak untuk menilai situasi klinis
 - D. Proses yang dilakukan perawat untuk bekerja sama dengan tim kesehatan lain
 - E. Cara berpikir tentang masalah perawatan pasien, termasuk mencegah dan mengelola masalah
10. Mengapa penting bagi perawat untuk terlibat dalam proses penalaran klinis sebagai bagian dari berpikir kritis?
 - A. Untuk memastikan setiap tahapan proses perawatan didokumentasikan dengan baik

- B. Agar perawat dapat membuat keputusan tanpa perlu menganalisis data klien
- C. Untuk mencapai hasil yang jelas, rasional, kreatif, dan objektif dalam pengambilan Keputusan
- D. Agar perawat dapat mengurangi waktu yang dihabiskan dalam proses perawatan pasien
- E. Supaya perawat dapat mengambil keputusan tanpa mempertimbangkan risiko

Kunci Jawaban

1. E. Proses kognitif meliputi observasi, pengkajian, interpretasi, dan prioritas data pasien

Pembahasan: Penilaian klinis adalah proses kognitif yang melibatkan tindakan keperawatan melalui observasi, pengkajian, interpretasi, dan memprioritaskan data yang mengarah pada respon yang sesuai untuk pasien

2. B. Menjamin perawatan yang aman dan optimal

Pembahasan: Penilaian klinis penting untuk mempertahankan perawatan pasien yang aman, memungkinkan perawat untuk merespons potensi masalah secara efektif dan mengambil keputusan yang tepat untuk hasil yang optimal

3. C. Memperhatikan

Pembahasan: Langkah pertama dalam *Tanner's Clinical Judgment Model* adalah "memperhatikan", yang berarti mengenali isyarat penting dalam situasi klinis yang dapat menunjukkan perubahan kondisi pasien

4. E. Proses berpikir yang logis dan objektif untuk menganalisis masalah dan mengambil keputusan yang tepat

Pembahasan: Berpikir kritis adalah kemampuan untuk berpikir secara logis dan objektif dalam menganalisis masalah, yang sangat penting dalam proses penalaran klinis dan penilaian klinis dalam keperawatan.

5. A. Memahami makna data dan implikasinya terhadap kesehatan pasien

Pembahasan: Menginterpretasi dalam penilaian klinis berarti memahami dan memaknai data yang dikumpulkan untuk mengetahui dampaknya terhadap kondisi pasien

6. E. Rubrik penilaian klinis dan model pengukuran penilaian klinis

Pembahasan: Alat seperti Rubrik Penilaian Klinis Lasater dan Model Pengukuran Penilaian Klinis digunakan untuk membantu perawat pemula dan berpengalaman dalam meningkatkan keterampilan penilaian klinis mereka

7. D. Mengenali isyarat yang memerlukan perhatian

Pembahasan: Langkah pertama dalam proses penilaian klinis adalah mengenali isyarat yang memerlukan perhatian. Ini melibatkan pengamatan terhadap data atau gejala yang menunjukkan adanya potensi masalah yang perlu diperhatikan lebih lanjut. Langkah ini memungkinkan perawat untuk mengenali tanda-tanda penting yang mungkin menunjukkan perubahan dalam kondisi pasien, yang selanjutnya harus dianalisis dan diinterpretasi untuk membuat keputusan yang tepat

8. D. Melakukan tindakan

Pembahasan: Tahapan penilaian klinis secara berurutan mulai dari mengenali isyarat, menganalisis isyarat, memprioritaskan hipotesis, menghasilkan solusi, melakukan tindakan, dan mengevaluasi hasil. Pada tahapan ini, setelah menghasilkan solusi, perawat akan melakukan tindakan sesuai rencana untuk mengatasi masalah pasien.

9. E. Cara berpikir tentang masalah perawatan pasien, termasuk mencegah dan mengelola masalah

Pembahasan: Penalaran klinis adalah proses berpikir yang difokuskan pada pengidentifikasi, pencegahan, dan pengelolaan masalah pasien. Ini berbeda dari berpikir kritis yang mencakup penalaran di luar konteks klinis. Penalaran klinis lebih spesifik pada konteks penanganan pasien

10. C. Untuk mencapai hasil yang jelas, rasional, kreatif, dan objektif dalam pengambilan Keputusan

Pembahasan: Penalaran klinis dalam berpikir kritis penting agar perawat dapat menghasilkan keputusan yang jelas, rasional, kreatif, dan objektif, sehingga mengurangi risiko kesalahan dan memastikan hasil yang optimal dalam perawatan pasien

J. Rangkuman Materi

Penilaian klinis dalam keperawatan merupakan proses kognitif yang dilakukan melalui observasi, pengkajian pasien, interpretasi, dan prioritas data yang diarahkan pada tindakan keperawatan sesuai kebutuhan pasien. Proses ini penting untuk pengambilan keputusan klinis dan memastikan perawatan pasien yang aman. Penilaian klinis juga bermanfaat dalam meningkatkan hasil perawatan, pengembangan profesional, dan kemampuan berpikir kritis perawat. Model penilaian klinis, seperti *NCSBN Clinical Judgment Measurement Model* (NCJMM), yang terdiri dari enam tahap dapat diintegrasikan dalam proses keperawatan mulai dari pengkajian hingga evaluasi keperawatan. Proses ini mendukung perawat dalam memahami

perubahan kondisi pasien dan mengarahkan pada tindakan yang tepat. Selain itu, konsep berpikir kritis, penalaran klinis, dan penilaian klinis menjadi dasar dalam analisis situasi klinis yang kompleks untuk menghasilkan keputusan yang akurat.

K. Glosarium

- CJM* : Clinical Judgment Model
HCDs : Handheld Computer Devices
IWB : Interactive Whiteboard Technology
NCSBN : The National Council of State Boards of Nursing
NCJMM : NCSBN Clinical Judgment Measurement Model
NCLEX-RN: The National Council Licensure Examination for Registered Nurses
VR : Virtual Reality

Daftar Pustaka

- Alfaro-Lefevre, R. (2017). *Critical thinking, clinical reasoning, and clinical judgment a practical approach* (6th ed.). Elsevier.
- Alyami, S. A. S., Alsaab, M. F., Al Abbas, B. N. M., Alyami, S. F. A., Al Yami, T. A. D., Al Dubais, A. S. M. M., Al Shahi, M. H. M., Al Alshahi, S. H. A., Alsalem, M. A. M., & Dunquwah, R. A. (2024). A Critical Examination of Automation's Impact on Clinical Judgment and Ethical Care in Technological Dependency in Medicine [Article]. *Journal of Ecohumanism*, 3(6), 1908-1915. <https://doi.org/10.62754/joe.v3i6.4146>
- Billings, D. M. (2019). Teaching nurses to make Clinical Judgments that Ensure Patient Safety [Article]. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 50(7), 300-302. <https://doi.org/10.3928/00220124-20190612-04>
- Bonaduce, S. (2024). Escaping traditional instruction: The use of escape room simulation to enhance nursing students' clinical judgment skills [Article]. *Teaching and Learning in Nursing*, 19(2), e427-e431. <https://doi.org/10.1016/j.teln.2024.01.008>
- Campbell, J., Miehe, J., & Tice, M. (2024). Faculty Development on the Use of a Clinical Judgment Model in the Pre-licensure Nursing Curriculum [Article]. *Journal of Professional Nursing*, 51, 9-15. <https://doi.org/10.1016/j.jprofnurs.2024.01.004>
- Cason, M., & Reibel, M. (2021). Progressive Application of the Lasater Clinical Judgment Rubric in an Accelerated Undergraduate Program [Article].

Nursing Education Perspectives, 42(4), 252-254.
<https://doi.org/10.1097/01.NEP.0000000000000612>

Davis, B., Anderson, J., & Gonzales, M. (2023). The impact of tutoring on nursing students' clinical judgment: A quasi-experimental study [Article]. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 20(5), 492-499. <https://doi.org/10.1111/wvn.12674>

Dehghani, A. (2024). Development and validation of the clinical judgment capability questionnaire in nurses: A sequential exploratory mixed method study [Article]. *International Journal of Nursing Studies Advances*, 6, Article 100191. <https://doi.org/10.1016/j.ijnsa.2024.100191>

Dresser, S., Teel, C., & Peltzer, J. (2023). Frontline Nurses' clinical judgment in recognizing, understanding, and responding to patient deterioration: A qualitative study [Article]. *International Journal of Nursing Studies*, 139, Article 104436. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2023.104436>

Glanville, D., Hutchinson, A., & Khaw, D. (2023). Handheld Computer Devices to Support Clinical Decision-making in Acute Nursing Practice: Systematic Scoping Review [Review]. *Journal of Medical Internet Research*, 25, Article e39987. <https://doi.org/10.2196/39987>

Glynn, D. M. (2012). Clinical Judgment development using structured classroom reflective practice: A qualitative study [Article]. *Journal of Nursing Education*, 51(3), 134-139. <https://doi.org/10.3928/01484834-20120127-06>

Ignatavicius, D. D. (n.d.). Using case studies to develop clinical judgment and ensure next generation-NCLEX (NGN) success. *Elsevier*.

Jans, C., Bogossian, F., Andersen, P., & Levett-Jones, T. (2023). Examining the impact of virtual reality on clinical decision making – An integrative review [Review]. *Nurse Education Today*, 125, Article 105767. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2023.105767>

Lapum, J., Hughes, M., St-Amant, O., Nielsen, L. S., Pemasani, M., & Creer, R. (2021). *Introduction to health assessment for the nursing professional - Part I*. Pressbooks.

Lavoie, P., Deschênes, M. F., Richard, V., Pepin, J. I., Tanner, C. A., & Lasater, K. (2021). Translation and adaptation of a nursing clinical judgment model for research and nursing education in a French-speaking context [Article]. *Quality Advancement in Nursing Education*, 7(2), Article 4. <https://doi.org/10.17483/2368-6669.1272>

- Miley, M., Mantzios, M., Egan, H., & Connabeer, K. (2024). Exploring the role of personality, perfectionism, and self-compassion on the relationship between clinical decision-making and nurses' wellbeing [Article]. *Contemporary Nurse*, 60(2), 111-125. <https://doi.org/10.1080/10376178.2024.2319845>
- Miraglia, R., & Asselin, M. E. (2015). The Lasater Clinical Judgment Rubric as a Framework to Enhance Clinical Judgment in Novice and Experienced Nurses [Article]. *Journal for Nurses in Professional Development*, 31(5), 284-291. <https://doi.org/10.1097/NND.0000000000000209>
- NCSBN. (2024). *Clinical Judgment Measurement Model A Framework to Measure Clinical Judgment & Decision Making* <https://nclex.com/clinical-judgment-measurement-model.page>
- PPNI. (2017). *Standar diagnosis keperawatan Indonesia: Definisi dan indikator diagnostik* (1 ed.). Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- PPNI. (2018a). *Standar intervensi keperawatan Indonesia: Definisi dan tindakan keperawatan* (1 ed.). DPP PPNI.
- PPNI. (2018b). *Standar luaran keperawatan Indonesia: Definisi dan kriteria hasil keperawatan* (1 ed.). DPP PPNI.
- Reibel, M. D., Terzulli, D. M., Poston, K., & Cason, M. L. (2024). Dual application of interactive whiteboard technology to develop students' clinical judgment skills [Article]. *Teaching and Learning in Nursing*, 19(1), e182-e188. <https://doi.org/10.1016/j.teln.2023.10.017>
- Seacrist, M. J., & Noell, D. (2016). Development of a Tool to Measure Nurse Clinical Judgment During Maternal Mortality Case Review [Article]. *JOGNN - Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 45(6), 870-877. <https://doi.org/10.1016/j.jogn.2016.03.143>
- Smith, T. (2021). Guided reflective writing as a teaching strategy to develop nursing student clinical judgment [Article]. *Nursing Forum*, 56(2), 241-248. <https://doi.org/10.1111/nuf.12528>
- Uppor, W., Klunklin, A., Viseskul, N., & Skulphan, S. (2022, Sep). A concept analysis of clinical judgment in undergraduate nursing students. *Nurs Forum*, 57(5), 932-937. <https://doi.org/10.1111/nuf.12757>
- Wankier, J., & Beynon, C. (2024). Enhancing Clinical Judgment in Undergraduate Clinical Education [Article]. *Teaching and Learning in Nursing*. <https://doi.org/10.1016/j.teln.2024.08.019>

Yuan, H. B. (2019). The objective structured clinical examination (OSCE) in high-fidelity simulations for assessing nursing students' clinical judgment. ACM International Conference Proceeding Series,

PROFIL PENULIS



Muhammad Ardi, S.Kep., M.Kep., Ns.Sp.Kep.M.B Lahir di Soppeng, 05 Juni 1979. Pendidikan tinggi yang telah ditempuh oleh penulis yaitu jenjang S1 pada Program Studi Ilmu Keperawatan, Universitas Hasanuddin tahun 2005. Profesi Ners di Universitas yang sama pada tahun 2006. Kemudian melanjutkan pendidikan S2 pada Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia dan lulus pada tahun 2011. Menyelesaikan Pendidikan Spesialis di Universitas yang sama pada tahun 2012. Sejak 2022 melanjutkan pendidikan pada Program Doktor Ilmu Keperawatan di Universitas Indonesia. Riwayat pekerjaan diawali pada tahun 2005 sebagai instruktur di Jurusan Keperawatan Poltekkes Makassar. Saat ini penulis bekerja sebagai Dosen di Poltekkes Kemenkes Makassar mengampu mata kuliah Keperawatan Medikal Bedah, Keperawatan Gawat Darurat, dan Praktik Berdasarkan Bukti. Penulis aktif dalam berbagai kegiatan Tridharma Perguruan Tinggi yaitu sebagai penulis buku, publikasi, seminar, dan bergabung dalam Himpunan Perawat Medikal Bedah (HIPMEBI) Provinsi Sulawesi Selatan. Penulis dapat dihubungi melalui e-mail: ardi@poltekkes-mks.ac.id

Motto: "Usaha yang serius membawa pada keberhasilan"



Ns. Wahyu Hartini, M.Kep. lahir di Sidoarjo, 23 Agustus 1975. Menyelesaikan pendidikan D III Keperawatan di Akper Dekpes Jakarta pada tahun 1997, pendidikan S1 Keperawatan di Universitas Padjajaran Bandung pada tahun 2004, pendidikan profesi Ners di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Kuningan pada tahun 2012 dan pendidikan Magister Keperawatan di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia pada tahun 2018. Sampai saat ini penulis menjadi Dosen di Akademi Keperawatan Buntet Pesantren Cirebon dan aktif menulis.

Karya buku ber ISBN beliau yang sudah terbit adalah Buku Ajar D III Keperawatan, Buku Kasih Sayang pada Anak menurut perspektif Kesehatan dan Islam.

Email: hartiniwahyu23@gmail.com

PROFIL PENULIS



Ns. M Luthfi Adillah, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep.M.B Lahir di Muara Aman, 03 Juni 1993 . Pendidikan tinggi yang telah ditempuh oleh penulis yaitu jenjang Diploma III Keperawatan di Akademi Keperawatan Pelni, lulus tahun 2014, melanjutkan pendidikan S1 dan Ners pada Program Studi Ilmu Keperawatan dan Profesi Ners, Universitas Esa Unggul, lulus tahun 2019. Kemudian melanjutkan pendidikan Magister dan Spesialis 1 pada Program Ilmu Keperawatan dan Spesialis Keperawatan Medikal Bedah, Universitas Indonesia dan lulus tahun pada tahun 2024. Riwayat pekerjaan diawali pada tahun 2014-2020 di Rumah Sakit Pelni di ruangan rawat dan di ruangan IGD. Saat ini penulis bekerja di Akademi Keperawatan Pelni mengampu mata kuliah metodologi keperawatan, keperawatan medikal bedah, keperawatan gawat darurat dan metodologi penelitian. Penulis aktif dalam berbagai kegiatan Tridharma Perguruan Tinggi yaitu sebagai penulis buku, publikasi, seminar, pengabdian masyarakat dan berbagai pelatihan keperawatan. Penulis dapat dihubungi melalui e-mail: luthfiadillah20@gmail.com

Motto: "Bersyukur atas setiap nikmat yang di berikan oleh Allah SWT, selalu berusaha dengan sepenuh hati dan berdoa kepada Allah SWT untuk hasil yang terbaik."



Enok Nurliawati, S.Kp., M.Kep. Lahir di Tasikmalaya, 27 Juli 1971. Pendidikan tinggi yang telah ditempuh oleh penulis yaitu jenjang D3 Keperawatan pada Akademi Keperawatan A. Yani, Cimahi lulus tahun 1993, melanjutkan ke jenjang S1 pada Program Studi Ilmu Keperawatan, Universitas Padjadjaran, Bandung, lulus tahun 1999. Kemudian melanjutkan pendidikan S2 pada Prgram Paska Sarjana Keperawatan di Universitas Indonesia dan lulus tahun pada tahun 2010. Riwayat pekerjaan 1994 s.d. sekarang sebagai dosen. Saat ini penulis bekerja di Universitas Bakti Tunas Husada mengampu mata kuliah Metodologi Keperawatan, Keperawatan Dasar, Keperawatan Maternitas dan Proses Keperawatan dan Berpikir Kritis. Penulis aktif dalam berbagai kegiatan Tridharma Perguruan Tinggi yaitu sebagai penulis buku, publikasi hasil penelitian dan pengabdian kepada masyarakat serta kegiatan ilmiah lainnya.

Penulis dapat dihubungi melalui e-mail: enoknurliawati@universitas-bth.ac.id

PROFIL PENULIS



Aben B. Y. H. Romana, S.Kep, Ns., M.Kep. Penulis bekerja sebagai dosen pada Program Studi Pendidikan Profesi Ners di Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kupang. Jenjang akademik yang dilalui penulis mulai dari pendidikan SPK lulus tahun 1988. Tahun 1998 melanjutkan pendidikan di AKPER MSA Kupang jalur khusus lulus tahun 2000. Kemudian melanjutkan ke S1 Keperawatan pada tahun 2003 pada PSIK Universitas Gadjah Mada, dilanjutkan dengan program pendidikan profesi lulus tahun 2026. Tahun 2010 penulis melanjutkan program magister keperawatan di Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga dan lulus tahun 2012. Penulis juga menulis buku ajar Konsep Dasar Keperawatan untuk Prodi PPN jurusan keperawatan Kupang, bookchapter Kebutuhan Dasar Manusia dan Buku asuhan keperawatan bayi risiko tinggi. Penulis juga mengajar di Prodi D III Keperawatan dan Prodi PPN Jurusan Keperawatan Kupang. Mata kuliah yang di ampu: Konsep Dasar Keperawatan, Kebutuhan Dasar Manusia I dan II, Proses Dokumentasi Keperawatan, Komunikasi Keperawatan, Caring dalam Keperawatan, Keperawatan Anak dan Evidence Practice Nursing



Ns. Rodinah, S.Kep., MM. Lahir di Indramayu 15 Juli 1972. Penulis telah menempuh pendidikan tinggi yaitu jenjang S1 pada Program Studi Keperawatan, Universitas Pajajaran Bandung tahun 2004, Kemudian melanjutkan pendidikan Ners Di STIKKU lulus tahun 2013 . Kemudian melanjutkan pendidikan S2 Manajaman pada STIE lulus tahun pada tahun 2017. Riwayat pekerjaan diawali pada tahun 1997. Saat ini penulis bekerja di AKPER Buntet Pesantren Cirebon mengampu mata kuliah Ilmu Atropologi, Biomedik Dasar, Keperawatan Dasar, Dokumentasi Keperawatan, Penulis aktif dalam berbagai kegiatan Tridharma Perguruan Tinggi yaitu sebagai penulis buku, publikasi, seminar, beberapa buku yang sudah terbit Buku Keperawatan Dasar, Latihan Soal Ujikom D III Keperawatan. Penulis dapat dihubungi melalui e-mail: Rodini845@gmail.com

PROFIL PENULIS



Ns. Ni Luh Seri Astuti, S.Kep., M.Kep Lahir di Tianyar, 12 Juni 1992. Pendidikan tinggi yang telah ditempuh oleh penulis yaitu jenjang S1 pada Program Studi Keperawatan dan Profesi Ners, STIKES Advaita medika Tabanna lulus tahun 2015. Kemudian melanjutkan pendidikan S2 pada Universitas Gadjah Mada dan lulus tahun pada tahun 2021. Riwayat pekerjaan diawali pada tahun 2016 sebagai perawat di Klinik Sada Jiwa serta aktif memberikan perawatan homecare bagi pasien yang berkebutuhan khusus. Ketertarikan peneliti terhadap penyelesaian masalah klinis, membuat peneliti melanjutkan studi S2 sehingga penulis juga bekerja dibidang akademisi yakni dosen di STIKES Buleleng. Saat ini penulis mengampu mata kuliah Keperawatan gawat darurat, Keperawatan Dewasa, Keperawatan Paliatif. Penulis aktif dalam berbagai kegiatan Tridharma Perguruan Tinggi yaitu sebagai penulis buku, publikasi, seminar nasional maupun internasional, memberikan bimbingan kepada mahasiswa pejuang kompeten pada UKOM Keperawatan . Penulis dapat dihubungi melalui e-mail: luhseriastuti12@gmail.com

Motto: "Hasil yang baik berawal dari usaha yang baik"

SINOPSIS BUKU

Buku Ajar Metodologi Keperawatan : Landasan Konseptual

Untuk Praktik merupakan panduan komprehensif yang membahas praktik penerapan proses keperawatan, mulai dari pengkajian hingga evaluasi. Buku ini dirancang untuk membantu mahasiswa, perawat, dan praktisi keperawatan dalam menyelesaikan masalah pasien secara efektif dan sistematis.

Dilengkapi dengan penerapan langkah-langkah metode ilmiah dalam penyelesaian masalah keperawatan dan praktik kemampuan penilaian klinis dalam keperawatan menjadikan buku ini sebagai referensi yang penting dalam meningkatkan kompetensi perawat. Setiap bab dilengkapi dengan studi kasus, teknik pemecahan masalah, dan panduan langkah demi langkah yang membantu pembaca menerapkan proses keperawatan secara praktis dan terarah.

Buku ini tidak hanya memperkuat pemahaman teoritis, tetapi juga meningkatkan keterampilan klinis dalam memberikan asuhan keperawatan yang berkualitas. Dengan menjembatani teori dan praktik, buku ini mendukung pengembangan profesi keperawatan yang berorientasi pada keselamatan pasien, peningkatan kualitas asuhan, dan penerapan asuhan keperawatan berbasis bukti.

Cocok dijadikan referensi utama dalam pendidikan keperawatan, buku ini menjadi sumber inspirasi dan panduan bagi tenaga keperawatan untuk terus berkembang dalam memberikan layanan terbaik kepada pasien.



Buku Ajar Metodologi Keperawatan Landasan Konseptual Untuk Praktik merupakan panduan komprehensif yang membahas praktik penerapan proses keperawatan, mulai dari pengkajian hingga evaluasi. Buku ini dirancang untuk membantu mahasiswa, perawat, dan praktisi keperawatan dalam menyelesaikan masalah pasien secara efektif dan sistematis.

Dilengkapi dengan penerapan langkah-langkah metode ilmiah dalam penyelesaian masalah keperawatan dan praktik kemampuan penilaian klinis dalam keperawatan menjadikan buku ini sebagai referensi yang penting dalam meningkatkan kompetensi perawat. Setiap bab dilengkapi dengan studi kasus, teknik pemecahan masalah, dan panduan langkah demi langkah yang membantu pembaca menerapkan proses keperawatan secara praktis dan terarah.

Buku ini tidak hanya memperkuat pemahaman teoritis, tetapi juga meningkatkan keterampilan klinis dalam memberikan asuhan keperawatan yang berkualitas. Dengan menjembatani teori dan praktik, buku ini mendukung pengembangan profesi keperawatan yang berorientasi pada keselamatan pasien, peningkatan kualitas asuhan, dan penerapan asuhan keperawatan berbasis bukti.

Cocok dijadikan referensi utama dalam pendidikan keperawatan, buku ini menjadi sumber inspirasi dan panduan bagi tenaga keperawatan untuk terus berkembang dalam memberikan layanan terbaik kepada pasien.



ISBN 978-623-8775-77-4



9 78623 775774

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

