

METODOLOGI PROSES ASUHAN KEPERAWATAN

Dwi Kartika **Rukmi** • Siti Utami **Dewi** • Sumirah Budi **Pertami**
Ayuda Nia **Agustina** • Yunita **Carolina** • Hinin **Wasilah**
Janes **Jainurakhma** • Naya **Ernawati** • Upik **Rahmi** • Syarifah **Lubbna**



METODOLOGI PROSES ASUHAN KEPERAWATAN

UU 28 tahun 2014 tentang Hak Cipta

Fungsi dan sifat hak cipta Pasal 4

Hak Cipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 huruf a merupakan hak eksklusif yang terdiri atas hak moral dan hak ekonomi.

Pembatasan Perfilman dan Pasal 26

Ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 23, Pasal 24, dan Pasal 25 tidak berlaku terhadap:

- a. penggunaan kutipan singkat Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait untuk pelaporan peristiwa aktual yang ditujukan hanya untuk keperluan penyediaan informasi aktual;
- b. Penggandaan Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait hanya untuk kepentingan penelitian ilmu pengetahuan;
- c. Penggandaan Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait hanya untuk keperluan pengajaran, kecuali pertunjukan dan Fonogram yang telah dilakukan Pengumuman sebagai bahan ajar; dan
- d. penggunaan untuk kepentingan pendidikan dan pengembangan ilmu pengetahuan yang memungkinkan suatu Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait dapat digunakan tanpa izin Pelaku Pertunjukan, Produser Fonogram, atau Lembaga Penyiaran.

Sanksi Pelanggaran Pasal 113

1. Setiap Orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin Pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi Pencipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat(1) huruf c, huruf d, huruf f, dan/atau huruf h untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 3 (tiga) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah).
2. Setiap Orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin Pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi Pencipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat(1) huruf a, huruf b, huruf e, dan/atau huruf g untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 4 (empat) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp1.000.000.000,00 (satu miliar rupiah).

Metodologi Proses Asuhan Keperawatan

Dwi Kartika Rukmi, Siti Utami Dewi, Sumirah Budi Pertami
Ayuda Nia Agustina, Yunita Carolina, Hinin Wasilah
Janes Jainurakhma, Naya Ernawati, Upik Rahmi, Syarifah Lubna



Penerbit Yayasan Kita Menulis

Metodologi Proses Asuhan Keperawatan

Copyright © Yayasan Kita Menulis, 2022

Penulis:

Dwi Kartika Rukmi, Siti Utami Dewi, Sumirah Budi Pertami

Ayuda Nia Agustina, Yunita Carolina, Hinin Wasilah

Janes Jainurakhma, Naya Ernawati, Upik Rahmi, Syarifah Lubna

Editor: Ronal Watrianthos

Desain Sampul: Devy Dian Pratama, S.Kom.

Penerbit

Yayasan Kita Menulis

Web: kitamenulis.id

e-mail: press@kitamenulis.id

WA: 0821-6453-7176

IKAPI: 044/SUT/2021

Dwi Kartika Rukmi., dkk.

Metodologi Proses Asuhan Keperawatan

Yayasan Kita Menulis, 2022

xii; 134 hlm; 16 x 23 cm

ISBN: 978-623-342-457-8

Cetakan 1, Mei 2022

I. Metodologi Proses Asuhan Keperawatan

II. Yayasan Kita Menulis

Katalog Dalam Terbitan

Hak cipta dilindungi undang-undang

Dilarang memperbanyak maupun mengedarkan buku tanpa

Izin tertulis dari penerbit maupun penulis

Kata Pengantar

Proses keperawatan adalah karakteristik standar yang berlaku dan digunakan sebagai kerangka kerja untuk rencana asuhan keperawatan di semua layanan perawatan kesehatan dengan pasien dari semua kelompok umur. Standar praktik keperawatan secara umum meliputi lima tahapan proses yaitu pengkajian, diagnosis, perencanaan, implementasi, dan evaluasi. Proses keperawatan membantu perawat untuk menilai status kesehatan klien dan kebutuhan yang diperlukan untuk menentukan masalah kesehatan aktual atau potensial serta memberikan intervensi keperawatan khusus untuk memenuhi kebutuhan tersebut.

Buku Metodologi Proses Asuhan Keperawatan ini menjabarkan tentang :

- Bab 1 Konsep Dasar Proses Keperawatan
- Bab 2 Pengkajian Keperawatan
- Bab 3 Diagnosa Keperawatan
- Bab 4 Perumusan Diagnosis Keperawatan
- Bab 5 Intervensi Keperawatan
- Bab 6 Penyusunan Perencanaan Keperawatan
- Bab 7 Implementasi Keperawatan
- Bab 8 Penyusunan Implementasi Keperawatan
- Bab 9 Evaluasi Keperawatan
- Bab 10 Penyusunan Evaluasi Keperawatan

Pada kesempatan ini kami para penulis mengucapkan banyak terima kasih kepada penerbit Yayasan Kita Menulis yang telah menerbitkan buku ini. Semoga keberadaan buku ini dapat merangsang pembaca untuk dapat mendalami tentang metodologi proses asuhan keperawatan dan melengkapi wacana yang diperlukan untuk penyusunan buku serupa yang

lebih lengkap lagi. Kami menyadari buku ini masih jauh dari kata sempurna karena keterbatasan kami. Sehingga, buku ini masih memiliki sejumlah kekurangan maka dari itu kami mengharapkan masukan yang membangun dari berbagai pihak guna perbaikan lebih lanjut.

Yogyakarta, Maret 2022
Penulis

Daftar Isi

Kata Pengantar	v
Daftar Isi	vii
Daftar Gambar	ix
Daftar Tabel	xi
 Bab 1 Konsep Dasar Proses Keperawatan	
1.1 Pendahuluan	1
1.2 Konsep Proses Keperawatan	7
 Bab 2 Pengkajian Keperawatan	
2.1 Pendahuluan	13
2.2 Pengkajian Dengan Pendekatan Berpikir Kritis	17
2.3 Pengumpulan Data	20
2.4 Metode Pengumpulan Data	22
2.5 Dokumentasi Pengkajian Dalam Proses Keperawatan	24
 Bab 3 Diagnosa Keperawatan	
3.1 Pendahuluan	27
3.2 Tipe-Tipe Diagnosa Keperawatan	31
3.3 Kategori Diagnosa Keperawatan	34
 Bab 4 Perumusan Diagnosis Keperawatan	
4.1 Pendahuluan	37
4.2 Komponen-Komponen Diagnosis Keperawatan	38
4.3 Perumusan Diagnosa Keperawatan SDKI	41
4.4 Proses Penyusunan Diagnosa Keperawatan	43
4.5 Contoh Merumuskan Diagnosa Keperawatan	46
 Bab 5 Intervensi Keperawatan	
5.1 Pendahuluan	49
5.2 Menetapkan Prioritas	50
5.3 Menetapkan Luaran (Outcome) Keperawatan	52
5.4 Memilih Intervensi Keperawatan	54
5.5 Komponen Intervensi Keperawatan	57

Bab 6 Penyusunan Perencanaan Keperawatan

6.1 Pendahuluan	61
6.2 Tahapan Penyusunan Perencanaan Keperawatan	63
6.2.1 Penetapan Prioritas Masalah	63
6.2.2 Penetapan Tujuan	65
6.2.3 Penetapan Kriteria Hasil.....	66
6.2.4 Penetapan Rencana Intervensi	68
6.2.5 Penetapan Rasional.....	70
6.3 Contoh Format Penyusunan Perencanaan Keperawatan.....	71

Bab 7 Implementasi Keperawatan

7.1 Pendahuluan	73
7.2 Implementasi Keperawatan	74
7.3 Gambaran Implementasi Dalam Proses Keperawatan dan Pendokumentasiannya	78

Bab 8 Penyusunan Implementasi Keperawatan

8.1 Pendahuluan	83
8.2 Tahap-tahap Pelaksanaan Implementasi Keperawatan	89

Bab 9 Evaluasi Keperawatan

9.1 Pendahuluan	93
9.2 Lingkup/Pendekatan Evaluasi	95
9.3 Proses Evaluasi	101

Bab 10 Penyusunan Evaluasi Keperawatan

10.1 Pendahuluan	105
10.2 Metode Penyusunan Evaluasi Keperawatan	110
10.2.1 Metode SOAP	111
10.2.2 Contoh Kasus Menggunakan Metode SOAP	115
10.3 Catatan Perkembangan Keperawatan	116

Daftar Pustaka	121
Biodata Penulis	129

Daftar Gambar

Gambar 1.1: Proses Keperawatan	8
Gambar 3.1: Bagan Kategori dan Sub Kategori Pada SDKI.....	35
Gambar 4.1: Deskriptor dan Fokus Diagnostik Pada Diagnosis Keperawatan.	40
Gambar 4.2: Formula Diagnosis Keperawatan	40
Gambar 4.3: Contoh Diagnosa Keperawatan Tipe Aktual.....	40
Gambar 5.1: Klasifikasi Luaran Keperawatan	52
Gambar 5.2: Klasifikasi Intervensi Keperawatan.....	56
Gambar 6.1: Hierarki Kebutuhan Maslow.....	64
Gambar 9.1: Hubungan Evaluasi Pada Proses Keperawatan Nursing Proses.	97
Gambar 10.1: Contoh Lembar CPPT.....	117
Gambar 10.2: Penulisan SOAP Perawat Pada Lembar CPPT	118

Daftar Tabel

Tabel 2.1: Pola Kesehatan Fungsional	18
Tabel 2.2: Pengkajian Berfokus Pada Masalah Klien.....	19
Tabel 3.1: Perbedaan Diagnosa Keperawatan dan Diagnosa Medis	35
Tabel 5.1: Jenis Luaran Keperawatan	53
Tabel 5.1: Deskriptor Intervensi Keperawatan.....	57
Tabel 8.1: Implementasi Keperawatan.....	91

Bab 1

Konsep Dasar Proses Keperawatan

1.1 Pendahuluan

Di masa lalu, praktik keperawatan sebagian besar berasal dari pemikiran dan contoh yang diberikan oleh perawat senior yang lebih berpengalaman. Perawatan pasien yang sebenarnya cenderung terbatas pada perintah medis dari dokter. Seiring dengan perkembangan jaman, profesi perawat sudah lebih mandiri dalam merencanakan dan mengimplementasikan perawatan pasien walaupun unsur kerja sama dengan dokter dan praktisi kesehatan lain tetap ada atau dengan kata lain perawat sudah lebih bertanggung jawab dalam memberikan asuhan kepada pasien yang aman dan mencerminkan standar praktik keperawatan yang berlaku saat ini.

Bab ini akan membahas terkait dengan konsep dasar proses asuhan keperawatan yang dimulai dari konsep berpikir kritis dalam keperawatan, sejarah konsep proses keperawatan dan konsep proses keperawatan.

Konsep Berpikir Kritis Dalam Keperawatan

Karena lingkungan dalam perawatan kesehatan yang terus berubah, berpikir kritis adalah keterampilan yang diperlukan agar perawat dapat membuat

keputusan yang kompleks (DeLaune & Ladner, 2011). Berpikir kritis didefinisikan sebagai proses mental dari persepsi, analisis, sintesis, dan evaluasi secara aktif dan terampil dari informasi yang dikumpulkan melalui pengamatan, pengalaman, dan komunikasi yang mengarah pada keputusan untuk bertindak (Papathanasiou et al., 2014).

Dalam pendidikan keperawatan sering ada referensi untuk berpikir kritis dan efek signifikansinya dalam praktik keperawatan klinis sehari-hari (Papathanasiou et al., 2014). Menurut DeLaune & Ladner, (2011), berpikir kritis akan membantu perawat menganalisis dan memahami situasi untuk membuat sebuah keputusan klinis yang baik.

Secara umum komponen dari berpikir kritis terdiri dari tiga hal yaitu:

1. Mental Operations (Pengoperasian Mental)

Pengoperasian mental adalah aktivitas yang mencakup pengambilan keputusan dan penalaran yang digunakan untuk menemukan atau menciptakan makna. Melalui pengoperasian mental sebagai komponen dalam berpikir kritis, perawat akan mampu mencari dasar atau alasan dalam memecahkan masalah dan mengembangkan alasan tersebut untuk mencapai hasil yang sesuai. Melalui pengoperasian mental, perawat akan menghasilkan sebuah solusi masalah yang kreatif.

2. Pengetahuan

Berpikir kritis membutuhkan dasar pengetahuan. Melalui pengetahuan deklaratif (fakta atau informasi) dan pengetahuan operatif (pemahaman tentang sifat pengetahuan), perawat yang sudah diajarkan tentang dasar ilmu keperawatan selama pendidikannya, akan mampu untuk memeriksa, menganalisis, dan menafsirkan fakta-fakta tersebut dalam praktik nyata yang dilaluinya. Dengan kata lain, menemukan makna terkait dari apa yang sudah dipelajari adalah komponen pengetahuan dalam konsep berpikir kritis.

3. Sikap

Sikap akan meningkatkan kemampuan seseorang untuk berpikir kritis. Salah satu sikap terpenting yang dibutuhkan oleh seorang pemikir kritis adalah rasa ingin tahu yang memungkinkan orang tersebut mempertanyakan asumsi yang menjadi dasar keputusan.

Analisis asumsi dasar memungkinkan orang tersebut untuk merencanakan dan bertindak secara rasional daripada bertindak karena kebiasaan atau rutinitas. Sikap keterbukaan pikiran akan membantu perawat lebih baik dalam merawat klien yang memiliki pilihan gaya hidup dan nilai-nilai yang berbeda dari perawat (DeLaune & Ladner, 2011).

Melakukan proses keperawatan merupakan refleksi dari perawat dalam meningkatkan dan mengembangkan kemampuan berpikir kritisnya (Rivas et al., 2016). Proses berpikir kritis dalam konsep proses keperawatan dapat diterapkan oleh perawat dalam beberapa cara (Pearson Learning, 2015):

1. Perawat menggunakan pengetahuan dari mata pelajaran dan bidang lain.

Perawat menggunakan keterampilan berpikir kritis ketika mereka merefleksikan pengetahuan yang berasal dari bidang subjek interdisipliner lainnya seperti ilmu biofisik dan perilaku dan humaniora untuk memberikan asuhan keperawatan holistik. Misalnya, ketika memberikan perawatan kepada klien di akhir hayat, penting untuk memiliki pengetahuan tentang budaya dan agama untuk meningkatkan pemberian perawatan yang peka budaya dan meningkatkan kesejahteraan spiritual klien untuk mencapai kematian yang baik.

2. Perawat menghadapi perubahan dalam lingkungan yang penuh tekanan.

Kondisi klien dapat berubah dengan cepat dan protokol rutin mungkin tidak cukup untuk menangani setiap situasi yang tidak terduga. Berpikir kritis memungkinkan perawat untuk mengenali isyarat penting, merespons dengan cepat, dan mengadaptasi intervensi untuk memenuhi kebutuhan spesifik klien pada waktu yang tepat.

3. Perawat membuat keputusan penting

Setiap hari maupun setiap saat perawat menggunakan keterampilan berpikir kritis dan penalaran klinis untuk membuat keputusan penting tentang perawatan klien. Misalnya, menentukan keputusan tentang

klien mana yang harus segera ditangani terlebih dahulu atau yang hanya membutuhkan monitoring. Keputusan penting juga harus dibuat perawat untuk menentukan tindakan mana yang harus didahulukan pada klien dengan kebutuhan kesehatan yang berbeda pada waktu yang bersamaan. Sebagai contoh, klien yang mengalami serangan asma akut dengan kelaparan udara pasti akan mengalami kecemasan. Perawat harus memberikan obat untuk meningkatkan pernapasan terlebih dahulu sebelum mengatasi kecemasan klien.

Berpikir kritis secara kognitif akan memicu aktivitas artistik intelektual kreativitas (Pearson Learning, 2015). Ketika perawat menggabungkan kreativitasnya, mereka dapat menemukan solusi unik untuk masalah unik. Kreativitas adalah pemikiran yang menghasilkan pengembangan ide dan produk baru. Kreativitas dalam pemecahan masalah dan pengambilan keputusan adalah kemampuan untuk mengembangkan dan menerapkan solusi baru dan lebih baik untuk hasil perawatan kesehatan.

Kreativitas akan membantu perawat meningkatkan kemampuannya dalam:

1. menghasilkan banyak ide dengan cepat;
2. menjadi seorang yang fleksibel dan natural yaitu mampu mengubah sudut pandang atau petunjuk dalam berpikir dengan cepat dan mudah;
3. menciptakan solusi yang orisinal untuk masalah;
4. menjadi mandiri dan percaya diri bahkan ketika di bawah tekanan;
5. mampu menunjukkan individualitas (Pearson learning, 2015).

Perawat dituntut untuk mampu berpikir kritis seiring dengan perubahan layanan kesehatan yang cepat dan masuknya teknologi baru. Karena asuhan keperawatan yang optimal pada pasien merupakan hasil dari berpikir kritis yang terencana dan hati-hati. Perawat melakukan penilaian klinis kemudian membuat keputusan yang tepat terkait kondisi klien, dan penilaian klinis dapat dicapai saat seseorang menerapkan berpikir kritis.

Perawat membuat keputusan setiap hari, dan akan menjadi penting saat keputusan tersebut merupakan keputusan terbaik karena didasarkan pada data yang handal dan dibuat dengan pemikiran kritis sebanyak mungkin. Melalui proses pemecahan masalah, seseorang sampai pada titik di mana keputusan

dapat dibuat. Proses keperawatan adalah metode pemecahan masalah khusus yang digunakan oleh perawat untuk sampai pada titik di mana keputusan tentang perawatan klien dapat dibuat (DeLaune & Ladner, 2011).

Sejarah Konsep Proses Keperawatan

Sejak masa Florence Nightingale pada tahun 1950-an, kontinuitas asuhan keperawatan tidak dapat dipisahkan dan rencana perawatan telah dianggap sebagai solusi ideal untuk perawatan pasien yang sakit kritis. Keperawatan kemudian menyadari adanya kebutuhan untuk mengembangkan metode atau cara kerjanya supaya lebih terlihat, sah, dan otonom.

Untuk itu keperawatan kemudian mencari identitas profesi dengan mengembangkan ilmu terkait keperawatan itu sendiri (Barra & Sasso, 2012). Pada dekade 1950-an itu juga di Eropa terjadi periode di mana keperawatan secara bertahap dimodifikasi dari profesi yang berbasis rumah sakit menjadi berbasis universitas dan menjadi bidang medis yang independen (Zamanzadeh et al., 2015).

Pada periode ini, para ahli ilmu keperawatan lebih menekankan model klinis daripada model berdasarkan profesi medis untuk pengembangan keperawatan. Mereka menggunakan beberapa teori seperti teori *human motivation and hierarchy of basic human needs* dari Maslow, teori *psychosocial personality development* dari Erickson, dan *teori physiologic stress adaptation* dari Selye.

Namun para ahli medis menemukan bahwa model-model teori tersebut tidak cukup untuk pengembangan profesional keperawatan karena untuk menjadi sebuah profesi yang unik, maka keperawatan membutuhkan kerangka kerja yang didedikasikan khusus untuk keperawatan itu sendiri (Zamanzadeh et al., 2015).

Pada tahun 1955, Lydia Hall menggunakan istilah “proses keperawatan” dalam sebuah artikel jurnal, namun istilah ini tidak banyak digunakan sampai dengan tahun 1960-an (DeLaune & Ladner, 2011; Zamanzadeh et al., 2015). Lydia Hall juga mengeluarkan pendapat bahwa dengan menerapkan proses keperawatan sebagai kerangka asuhan pasien, maka asuhan keperawatan tersebut dapat sepenuhnya ditawarkan kepada pasien (Zamanzadeh et al., 2015).

Dengan mengacu bahwa “proses keperawatan” adalah sebuah rangkaian langkah/kegiatan, maka pada tahun 1959, 1961, dan 1963 berturut turut Johnson, Orlando, dan Wiedenbach mengembangkan lebih lanjut deskripsi

keperawatan ini. Awalnya, proses keperawatan hanya melibatkan tiga langkah yaitu pengkajian, perencanaan, dan evaluasi.

Namun kemudian pada tahun 1967 dalam bukunya yang berjudul *The Nursing Process*, Yura dan Walsh mengidentifikasi proses keperawatan menjadi empat langkah yaitu pengkajian, perencanaan, implementasi, dan evaluasi (DeLaune & Ladner, 2011).

Tahun 1973 *American Nurses Association* (ANA) menerbitkan standar praktik yang mengidentifikasi setiap langkah termasuk tentang diagnosis keperawatan. Pada tahun 1974 saat pertemuan pertama *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA), diagnosis keperawatan ditambahkan sebagai satu tahapan yang berbeda dalam proses keperawatan setelah sebelumnya diagnosis keperawatan dianggap sebagai kesimpulan alami untuk tahapan pertama proses keperawatan yaitu pengkajian.

Setelah publikasi standar dari ANA dikeluarkan, tindakan praktik perawat di banyak negara bagian direvisi untuk memasukkan langkah-langkah proses keperawatan secara khusus. ANA membuat revisi standar pada tahun 1991 untuk memasukkan identifikasi hasil sebagai bagian khusus dari fase perencanaan di mana langkah dalam proses keperawatan terdiri dari pengkajian, diagnosis, identifikasi dan perencanaan hasil, implementasi, dan evaluasi (DeLaune & Ladner, 2011). Tahapan tersebut saat ini lebih dikenal sebagai pengkajian, diagnosis, perencanaan, implementasi, dan evaluasi (Thuvaraka et al., 2018).

Proses keperawatan di Indonesia juga memakai lima langkah seperti proses keperawatan yang sudah diterima di banyak negara. Pembeda antara proses keperawatan yang dipakai di Indonesia dengan negara lain adalah standar praktik yang digunakan.

Praktik keperawatan di Indonesia harus didasarkan pada kode etik, standar pelayanan, standar profesi, dan standar prosedur operasional yang sesuai dengan pasal 28 Undang-Undang No. 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan yang telah disusun oleh organisasi Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI)(Dewi et al., 2021).

Standar yang dimaksud meliputi Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI), Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI), Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) (Dewi et al., 2021).

1.2 Konsep Proses Keperawatan

Proses keperawatan didefinisikan sebagai “proses terstruktur berupa urutan langkah-langkah pemecahan masalah yang sistematis dalam memberikan asuhan keperawatan yang berorientasi pada tujuan dan humanistik yang efisien dan efektif” (Adraro & Mengistu, 2020; Timby, 2016). Proses keperawatan telah menjadi dasar praktik kontemporer dari komponen inti pendidikan keperawatan serta menjadi titik acuan dalam memberikan asuhan keperawatan baik untuk individu, keluarga, maupun masyarakat di berbagai belahan dunia (Baraki et al., 2017).

Proses keperawatan menurut Timby (2016) memiliki karakteristik sebagai berikut:

1. Berada dalam ruang lingkup hukum keperawatan.
2. Berbasis pengetahuan.

Proses keperawatan membutuhkan ‘critical thinking’ dari perawat untuk mengidentifikasi dan memecahkan masalah klien.

3. Direncanakan

Langkah dalam proses keperawatan merupakan langkah yang sistematis di mana satu langkah yang sudah dilakukan akan menuntun ke langkah berikutnya.

4. Berfokus pada klien

Proses keperawatan dirancang secara komprehensif dan unik untuk setiap pasien.

5. Berorientasi pada hasil

Proses keperawatan memerlukan kerja sama antara klien dan perawat untuk mencapai tujuan yang diinginkan.

6. Diprioritaskan

Proses keperawatan menyediakan cara untuk mengatasi masalah klien dengan terfokus atau menitikberatkan pada masalah yang paling mengancam kesehatan.

7. Dinamis

Status kesehatan pasien terus mengalami perubahan sehingga proses keperawatan akan bergerak terus seperti lingkaran (siklik).

Proses keperawatan memiliki manfaat yang besar karena melalui penerapan pengetahuan dan keterampilan, perawat akan diarahkan untuk meningkatkan kemampuan komunikasinya baik pada sesama perawat atau dengan profesional kesehatan lainnya, meningkatkan pendokumentasian yang lebih baik dan menetapkan standar dunia untuk mengaudit asuhan keperawatan (Gazari et al., 2021).

Proses keperawatan juga memberikan manfaat bagi klien, perawat, dan keperawatan sebagai sebuah profesi. Klien akan mendapatkan asuhan yang berkualitas dan bisa ikut berpartisipasi di dalamnya baik untuk asuhan yang bersifat individu maupun berkesinambungan. Melalui proses keperawatan perawat akan mendapatkan manfaat berupa kepuasan kerja, pemanfaatan waktu dan sumber daya dengan maksimal, peningkatan profesionalisme, pembentukan hubungan yang bermakna antara klien-perawat, dan pengalaman maupun pengetahuan yang dapat dibagikan pada orang lain (Gazari et al., 2021).

Proses keperawatan memiliki lima langkah yang terdiri dari pengkajian, diagnosis, perencanaan, implementasi, dan evaluasi (Thuvaraka et al., 2018), yang secara garis besar dapat dilihat pada gambar 1.1.



Gambar 1.1: Proses Keperawatan (<https://nurseslabs.com/nursing-process>)

Setiap langkah dalam proses keperawatan memiliki ketergantungan satu sama lain sebagai sebuah satu kesatuan dengan penjelasan masing-masing sebagai berikut (Stonehouse, 2017; Toney-Butler & Thayer, 2021):

Pengkajian

Pengkajian adalah langkah pertama dalam proses keperawatan yang melibatkan keterampilan berpikir kritis dan pengumpulan data. Pengkajian dilakukan dengan mengumpulkan informasi dari klien maupun keluarga atau orang yang merawat klien terkait kondisi atau persepsi masalah yang mereka hadapi/alami.

Data yang dikumpulkan dapat berupa data subyektif maupun obyektif. Data subjektif merupakan data yang berasal dari pernyataan verbal klien atau orang terdekat klien (keluarga, atau caregiver) sedangkan data objektif adalah data yang terukur dan berwujud seperti tanda-tanda vital, asupan dan luaran, serta tinggi dan berat badan. Asal data dibedakan menjadi data primer dan data sekunder.

Data yang berasal langsung dari klien disebut sebagai data primer. Sedangkan data yang berasal dari orang lain baik dari keluarga, teman, *caregiver*, maupun catatan rekam medis merupakan data sekunder. Kedua data tersebut dalam membantu perawat dalam melakukan pengkajian dan identifikasi hasil pengkajian klien.

Diagnosis Keperawatan

Hasil pengkajian yang telah dikumpulkan kemudian digunakan untuk mengidentifikasi masalah yang terjadi pada klien baik actual, risiko, maupun potensial. Masalah yang terjadi pada klien dirumuskan dalam bentuk diagnosis keperawatan.

North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) menyediakan daftar diagnosis keperawatan terkini yang selalu diperbarui berkala. Daftar diagnosa keperawatan yang dikeluarkan oleh NANDA dijadikan acuan oleh banyak perawat di seluruh dunia. Menurut NANDA, diagnosis keperawatan didefinisikan sebagai penilaian klinis tentang respons terhadap masalah kesehatan aktual atau potensial dari pasien, keluarga, atau komunitas.

Untuk mewujudkan praktik keperawatan yang sesuai dengan Undang-Undang Nomor 38 tahun 2014, diperlukan suatu upaya yang bertahap dan

berkelanjutan oleh PPNI untuk menyusun standar diagnosis keperawatan yang dipakai oleh perawat Indonesia.

Oleh karena itu pada bulan Desember tahun 2016 PPNI menerbitkan Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI), yang kemudian disusul dengan diterbitkannya Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) dan Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) pada bulan Maret tahun 2018. SDKI, SLKI, dan SIKI yang dikenal sebagai 3S saat ini sudah digunakan oleh perawat di Indonesia secara luas untuk menyusun asuhan keperawatan.

Perencanaan

Perencanaan adalah tahap di mana intervensi diidentifikasi untuk mengurangi, menyelesaikan atau mencegah masalah pasien sambil mendukung kekuatan pasien dengan cara yang terarah pada tujuan yang terorganisir. Ada dua langkah dalam tahap perencanaan yaitu menetapkan tujuan dan mengidentifikasi tindakan yang akan dilakukan.

Pada tahap ini tujuan perlu ditetapkan, baik jangka pendek maupun jangka panjang. Sasaran SMART yaitu *Specific* (Spesifik), *Measurable* (Terukur), *Achievable* (Dapat Dicapai), *Realistic* (Realistik), dan *Timely* (Tepat Waktu) harus diidentifikasi saat menetapkan tujuan. Sedangkan tindakan perawatan yang akan dilakukan perlu diprioritaskan berdasarkan pada kebutuhan pasien dan keseriusan masalah yang telah teridentifikasi.

Implementasi

Pada tahap ini tindakan keperawatan yang telah direncanakan diberikan/diimplementasikan pada klien. Implementasi keperawatan terjadi selama dua puluh empat jam karena perawat memiliki sistem kerja shift.

Setiap pergantian shift, perawat perlu menilai kembali apakah asuhan yang diberikan masih sesuai, apakah ada hal baru yang dikembangkan untuk mengubah rencana perawatan, dan bagaimanakah respons pasien terhadap asuhan yang diberikan. Pada tahap ini penilaian berkelanjutan pada pasien sangat penting dilakukan dan dicatat/didokumentasikan.

Evaluasi

Bagian terpenting dari proses keperawatan setelah pengkajian berkelanjutan di tahap implementasi adalah mengevaluasi apakah asuhan keperawatan telah mencapai hasil yang diinginkan atau belum. Tahapan ini seharusnya tidak

hanya dilakukan pada akhir pengobatan atau perawatan, tetapi harus dilakukan terus-menerus saat asuhan keperawatan diimplementasikan.

Evaluasi pada akhir pengobatan/perawatan melibatkan pengkajian ulang dari semua rencana perawatan untuk menentukan apakah hasil yang diharapkan telah tercapai melalui penentuan apakah pengkajian yang dilakukan sudah akurat dan lengkap, apakah diagnosis yang dirumuskan sudah tepat, apakah tujuan yang disusun sudah realistik untuk dicapai, dan apakah tindakan yang ditentukan sudah tepat.

Bab 2

Pengkajian Keperawatan

2.1 Pendahuluan

Perawat sebagai suatu profesi yang merupakan bagian dari tim kesehatan dan bertanggung jawab dalam membantu pasien (Haryanto, 2011). Dalam memberikan pelayanan keperawatan yang berkualitas dan bermutu perawat harus dapat menerapkan suatu proses keperawatan untuk menunjang tingkat kepuasan pasien terhadap pelayanan.

Tahap pertama dalam suatu proses keperawatan yaitu pengkajian, dalam melakukan suatu pengkajian perawat menemukan data yang akurat, rinci dan aktual mengenai kondisi pasien. Dengan adanya data-data yang diperoleh dari suatu pengkajian dapat memudahkan dalam melakukan intervensi selanjutnya. Pengkajian keperawatan ini sangat penting dilakukan untuk melakukan tindakan yang dapat mencegah dan mengobati kondisi kesejahteraan pasien.

Hampir sekitar 50% perawat tidak melakukan pengkajian terhadap kebutuhan tersebut, dan sering sekali hanya berfokus pada pengkajian tanda-tanda vital dan pengkajian fisik. Padahal pengkajian merupakan kunci dalam membuat suatu keputusan klinis, mengetahui keadaan pasien, serta masalah kesehatan pasien (Potter and Perry, 2012).

Pengkajian yang lengkap, akurat, sesuai kenyataan, kebenaran data sangatlah penting untuk dapat merumuskan suatu masalah keperawatan atau diagnosa

keperawatan dan memberikan asuhan keperawatan kepada pasien sesuai kondisi yang dialami pasien. Pengkajian keperawatan diutamakan pada respons pasien terhadap gangguan yang dialami pasien, perawat juga harus terlebih dahulu mengidentifikasi masalah kesehatan pasien.

Dalam melakukan pengkajian keperawatan diawali dengan proses pengumpulan data pasien, pengumpulan data yang dimaksud di sini merupakan suatu proses pengumpulan informasi tentang status kesehatan pasien. Pada proses ini harus dilakukan secara sistematis dan kontinu untuk mencegah kehilangan data yang signifikan dan menggambarkan perubahan suatu kesehatan pasien.

Dalam pengumpulan data ada yang namanya database, yakni semua informasi tentang pasien yang mencakup riwayat kesehatan keperawatan, pengkajian fisik, anamnesis, pemeriksaan fisik dokter, hasil pemeriksaan laboratorium, pemeriksaan diagnostik dan informasi yang diperoleh dari personal kesehatan pasien. Pada saat pengumpulan data perawat juga harus melihat riwayat kesehatan masa lalu serta masalah kesehatan saat ini.

Misalnya, riwayat yang dialami pasien saat ini seperti alergi terhadap obat-obatan hal tersebut merupakan bagian dari vital dan riwayat pasien, dalam pengkajian perawat harus memperhatikan semua kondisi itu pada saat pengumpulan data pasien (Kozier, 2010).

Pengertian Pengkajian Keperawatan

Pengkajian pada proses keperawatan digunakan untuk membantu perawat dalam melakukan praktik keperawatan secara sistematis dan diharapkan dapat memecahkan suatu masalah keperawatan. Dengan menggunakan metode ini, perawat dapat mendemonstrasikan tanggung gugat dan tanggung jawab pada pasien atau klien, sehingga kualitas praktik keperawatan dapat ditingkatkan.

Pengkajian merupakan suatu usaha yang dilakukan oleh perawat dalam menggali permasalahan dari pasien atau klien meliputi usaha pengumpulan data mengenai status kesehatan seorang klien secara sistematis, menyeluruh, akurat, singkat dan berkesinambungan (Muttaqin, 2010).

Pengkajian keperawatan merupakan tahap pertama proses keperawatan. Tahap pengkajian adalah proses pengumpulan data secara sistematis untuk menentukan status kesehatan dan fungsional kerja serta respons klien pada saat ini dan sebelumnya, tujuan dari pengkajian keperawatan yaitu untuk menyusun

suatu database atau data dasar mengenai kebutuhan, masalah kesehatan, dan respon klien terhadap masalah kesehatan (Induniasih and Hendarsih, 2018).

Deswani (2009) mengatakan bahwa Pengkajian keperawatan merupakan suatu tahapan dalam mengidentifikasi data-data, mengumpulkan informasi yang berkesinambungan secara terus-menerus terhadap kondisi pasien/klien. Adapun metode yang digunakan dalam melakukan pengkajian keperawatan yaitu wawancara, pengkajian fisik, pemeriksaan diagnostik dan laboratorium, serta dokumen rekam medis. Dasar pemikiran dari pengkajian adalah suatu perbandingan, ukuran atau penilaian mengenai keadaan pasien/klien dengan menggunakan norma, nilai, prinsip, aturan, harapan, teori, dan konsep yang berkaitan dengan permasalahan (Dion and Betan, 2013).

Menurut Asmadi (2016), menyatakan bahwa pengkajian dimulai sejak pasien/klien masuk ke rumah sakit dan diteruskan sampai klien pulang. Pengkajian pada saat klien masuk merupakan data dasar untuk mengidentifikasi masalah klien, sedangkan pengkajian selanjutnya merupakan monitor dari status kesehatan klien yang berfungsi untuk mengidentifikasi masalah dan komplikasi yang baru timbul, data dapat dikumpulkan dari berbagai sumber.

Sedangkan menurut Manurung (2011) yakni, pengkajian merupakan pendekatan sistematis untuk mengumpulkan data dan menganalisisnya. Pengkajian yang lengkap, akurat, sesuai kenyataan, kebenaran data sangat penting untuk merumuskan suatu diagnosa keperawatan dan dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan respons individu. Pengkajian yang sistematis dalam keperawatan dibagi dalam 3 tahap kegiatan, meliputi; pengumpulan data, analisis data dan penentuan masalah.

Perawat melakukan pengumpulan data mengenai status kesehatan klien secara sistematis, menyeluruh, akurat, singkat dan berkesinambungan. Rasionalnya, pengkajian keperawatan merupakan aspek penting dalam proses keperawatan yang bertujuan menetapkan data dasar tentang tingkat kesehatan klien, yang digunakan untuk merumuskan masalah klien dan sebagai rencana tindakan keperawatan.

Terdapat dua tahap dalam pengkajian keperawatan yaitu mengumpulkan dan verifikasi data dari sumber primer (Pasien/klien) dan sumber sekunder (keluarga, rekam medis dan tenaga kesehatan) serta analisis seluruh data sebagai dasar menegakkan diagnosa keperawatan, mengidentifikasi masalah dan mengembangkan rencana keperawatan.

Dalam melakukan langkah pertama pada proses pengkajian keperawatan, diperlukan pengetahuan dan kemampuan yang harus dimiliki oleh perawat, di antaranya pengetahuan tentang kebutuhan atau sistem bio-psiko-sosial dan spiritual yang memandang manusia dari aspek biologis, psikologis, sosial dan ditinjau dari aspek spiritual, juga pengetahuan akan kebutuhan perkembangan manusia, pengetahuan tentang patofisiologi dari penyakit yang dialami, konsep sehat-sakit, pengetahuan mengenai sistem keluarga dan kultur budaya serta nilai-nilai keyakinan yang dimiliki oleh klien.

Adapun kemampuan yang harus dimiliki oleh perawat yaitu meliputi kemampuan melakukan observasi secara sistematis pada klien, mampu berkomunikasi secara verbal maupun nonverbal, dapat menjadi pendengar yang baik, mampu dalam menciptakan hubungan yang saling membantu, memiliki kemampuan dalam membangun suatu kepercayaan, dan mampu mengadakan wawancara serta adanya kemampuan dalam melakukan pengkajian ataupun pemeriksaan fisik pada proses keperawatan.

Tujuan Pengkajian Keperawatan

Tujuan dilakukan pengkajian dalam proses keperawatan yakni menyusun data dasar tentang kebutuhan, masalah kesehatan yang dihadapi klien dan respon klien terhadap masalah kesehatan tersebut. Dalam hal ini, data harus menunjukkan pengalaman yang saling berkaitan, praktik kesehatan, tujuan, nilai dan harapan klien terhadap asuhan keperawatan yang akan diperolehnya.

Guna untuk memperoleh data dasar kebutuhan klien yang akan dijadikan pedoman pemberian asuhan keperawatan, terkadang seorang perawat juga harus berbicara dengan anggota keluarga yang mengetahui tentang masalah kesehatan klien. Dari data yang diperoleh atau dipaparkan oleh anggota keluarga klien, perawat dapat memperoleh informasi dan merangkum data medis yang ada, sehingga semua data yang telah diperoleh bisa dibagi menjadi beberapa kelompok informasi dan mengarah kepada satu kesimpulan diagnosis. Jika seorang perawat sudah mampu mengetahui perjalanan atau riwayat kesehatan klien, maka dapat memberikan tindakan untuk memperbaiki, mempertahankan, serta meningkatkan kesehatan klien (Induniasih and Hendarsih, 2018).

Tujuan dari tahap pengkajian keperawatan yaitu untuk mendapatkan atau mengumpulkan informasi dan membuat data dasar klien, mengidentifikasi dan mengenali masalah-masalah yang dihadapi klien, kebutuhan kesehatan klien, mengidentifikasi fisik, mental, sosial, dan lingkungan klien. Menurut

Dermawan (2012), tujuan melakukan pengkajian keperawatan adalah sebagai berikut:

1. memperoleh informasi tentang keadaan kesehatan pasien;
2. menentukan masalah keperawatan dan kesehatan pasien;
3. menilai keadaan kesehatan pasien;
4. membuat keputusan yang tepat dalam menentukan langkah-langkah berikutnya.

2.2 Pengkajian Dengan Pendekatan Berpikir Kritis

Tahap pengkajian merupakan langkah yang paling kritis dalam proses keperawatan. Karena apabila dalam langkah pengkajian ini tidak diselesaikan dengan cara berfokus pada klien, perawat akan kehilangan kendali terhadap langkah proses keperawatan selanjutnya. Tanpa pengkajian keperawatan yang tepat, tidak akan mendapat diagnosa keperawatan yang berfokus pada klien, dan tanpa ada diagnosis yang tepat, tidak akan ada intervensi keperawatan yang berdasarkan bukti, mandiri, dan berfokus pada klien. Pengkajian juga bukan sekedar mengisi ruang kosong dari sebuah form atau layar komputer. Tetapi pengkajian memerlukan pendekatan dalam berpikir kritis.

Dalam tahapan pengkajian dibutuhkan pemikiran yang tepat, sehingga perawat harus bisa mempraktikkan berpikir kritis pada tahap ini, pemikiran kritis sangat dibutuhkan untuk memperoleh data yang komprehensif dengan mengedepankan rasa ingin tahu, ketekunan dan percaya diri. Setelah perawat melakukan observasi kepada klien, perawat mulai fokus pada tanda penting dan data-data yang mengindikasikan adanya permasalahan Kesehatan klien.

Potter dan Perry (2012) menyebutkan terdapat dua pendekatan untuk melakukan pengkajian yang komprehensif, yaitu:

Pengkajian Berorientasi Pada Teori

Proses pengkajian dengan pendekatan ini melibatkan penggunaan format data dasar, yakni berdasarkan konsep teori yang diterima secara luas atau berdasarkan pada standar praktik. Salah satu konsep teori yang digunakan

yaitu seperti pola kesehatan fungsional dari Gordon (1994 dalam (Induniasih and Hendarsih, 2018). Melalui pendekatan ini teori atau praktik sudah menyediakan dan mengakomodir kategori-kategori yang bisa membantu pada proses pengkajian.

Sebagai contoh, berikut disajikan pola kesehatan fungsional Gordon.

Tabel 2.1: Pola Kesehatan Fungsional (Potter and Perry, 2012)

No	Pola Kesehatan Fungsional	Deskripsi Pola
1	Pola persepsi manajemen Kesehatan	Mendeskripsikan penjelasan pribadi klien mengenali Kesehatan dan kesejahteraan, bagaimana klien mengelola Kesehatan dan pengetahuan klien tentang praktik pencegahan pada masalah Kesehatan.
2	Pola metabolisme nutrisi	Menggambarkan pola makan dan minum klien sehari-hari atau dalam jangka seminggu, berat badan, dan pertambahan berat badan.
3	Pola eliminasi	Menggambarkan pola ekskresi pada usus, kandung kemih dan kulit.
4	Pola aktivitas-latihan	Menggambarkan pola Latihan, aktivitas, liburan, dan rekreasi serta kemampuan untuk dapat menjalankan aktivitas sehari-hari.
5	Pola Istriahat-tidur	Menggambarkan pola tidur, istirahat dan relaksasi.
6	Pola kognitif-persepsi	Menggambarkan pola persepsi sensorik, kemampuan berbahasa, ingatan dan pembuatan keputusan.
7	Pola persepsi diri-konsep diri	Menggambarkan pola konsep dan persepsi diri klien seperti konsep diri, emosi dan gambaran diri.
8	Pola-aturan berhubungan	Menggambarkan pola klien yang berkaitan dengan ikatan dan hubungan sosial.
9	Pola seksual-reproduksi	Menggambarkan pola seksual klien, pola reproduksi, masalah <i>pre</i> dan <i>post</i> menopause
10	Pola Koping-toleransi terhadap stres	Menggambarkan koping klien dalam menangani stres, sumber dukungan, efektivitas koping klien dalam mentoleransi stres.
11	Pola nilai-kepercayaan	Menggambarkan pola nilai, kepercayaan dan tujuan yang memengaruhi pilihan dan keputusan klien.

Menurut Gordon, standar teori mendukung pengkajian komprehensif terhadap masalah Kesehatan klien. Perawat tidak akan dapat mengerti satu pola kesehatan bila tidak memiliki pengetahuan terhadap pola lain.

Dari tabel diatas, hal pertama yang harus perawat lakukan yaitu fokus tentang pola Kesehatan yang mengarah pada suatu masalah kesehatan klien, kemudian perawat mengelompokkan pola perilaku dan respons fisiologis klien yang berkaitan dengan kategori kesehatan fungsionalnya.

Pengkajian Berorientasi Pada Masalah

Pendekatan ini menuntut perawat untuk fokus pada situasi klien dan memulai dengan masalah yang klien rasakan. Perawat bisa mengajukan pertanyaan untuk memperjelas dan memperluas pengkajian masalah kesehatan yang klien keluhkan. Jika perawat bisa melakukan pengkajian yang lengkap, mampu menganalisis riwayat permasalahan klien dengan efektif, maka perawat dapat menegakkan diagnosa keperawatan yang tepat dan memulai membuat rencana perawatan.

Berikut tabel pengkajian yang berfokus pada masalah klien.

Tabel 2.2: Pengkajian Berfokus Pada Masalah Klien

Masalah Klien	Pertanyaan	Pengkajian Fisik
Nyeri	Bisa gambarkan perasaan nyeri anda kepada saya?	Lihat tanda nonverbal klien
Gambaran Nyeri	Silakan letakkan jari anda di area yang sakit.	Lihat di mana klien menunjukkan area nyeri
Faktor Presipitasi	Lebih nyeri mana, apakah pada saat anda kerja atau diam?	Observasi jika klien memperlihatkan tanda nonverbal dari nyeri saat dia bergerak atau berbaring
Faktor yang mengurangi rasa nyeri	Bagaimana anda mengurangi rasa nyeri saat di rumah, apa yang anda lakukan?	Observasi kegiatan klien untuk mengurangi atau menghilangkan perasaan nyeri.

Pendekatan pada kedua pengkajian di atas harus dimulai dengan mengelompokkan data informasi yang didapat dari klien, kemudian membuat kesimpulan, mengidentifikasi pola yang ada, dan menentukan masalah yang mungkin timbul. Sebelum membuat kesimpulan, perawat harus memastikan untuk selalu mendapatkan informasi yang mendukung proses keperawatan dari klien. Kesimpulan tersebut dapat membantu perawat untuk membimbing dalam mengajukan pertanyaan berikutnya kepada klien dan saat itulah, rangkaian pertanyaan yang kita ajukan dapat menjadi materi observasi tambahan bagi perawat.

2.3 Pengumpulan Data

Pengumpulan data merupakan proses mencari atau mendapatkan informasi tentang status kesehatan klien yang mencakup semua sistem yang dilakukan secara terus menerus melalui pemberian pertanyaan, pengukuran dan observasi terhadap klien. Menurut Deswani (2009), pengumpulan data adalah suatu proses pengkajian dengan mengumpulkan informasi tentang status kesehatan klien secara sistematis dan terus-menerus.

Dalam pengumpulan data, perawat memulai dengan mengelompokkan data yang ditemukan, membuat kesimpulan, mengidentifikasi pola yang ada, serta mengidentifikasi masalah yang mungkin timbul, pada pengumpulan data terdapat komponen yang harus dimengerti oleh perawat, seperti jenis atau tipe data, sumber data, Teknik pengumpulan data, dan bagaimana cara menganalisis yang sudah diperoleh dengan pendekatan berpikir kritis.

Jenis atau Tipe Data

Menurut Setiadi (2012) terdapat dua jenis data yang dihasilkan dalam tahap pengumpulan data yaitu sebagai berikut:

1. Data Subjektif

Data subjektif merupakan deskripsi verbal pasien mengenai masalah kesehatannya. Data subjektif diperoleh dari riwayat keperawatan termasuk persepsi pasien, perasaan dan ide tentang status kesehatannya. Sumber data lain dapat diperoleh dari keluarga, konsultan dan tenaga kesehatan lainnya.

2. Data Objektif

Data objektif merupakan hasil observasi atau pengukuran dari status kesehatan pasien. Pengukuran data objektif berdasarkan standar yang telah diakui, seperti Celsius pada suhu, centimeter pada panjang.

Sumber Data

Menurut Induniasih and Hendarsih (2018), setiap sumber data dapat memberikan informasi tentang tingkat kesejahteraan, faktor risiko, latihan dan tujuan kesehatan, serta pola Kesehatan dan penyakit.

Adapun sumber data tersebut adalah sebagai berikut:

1. Sumber data dari klien

Seorang klien merupakan sumber informasi terbaik. Klien yang sadar dan dapat memberikan jawaban pertanyaan dengan benar akan memberikan informasi mengenai kebutuhan perawatan, pola gaya hidup, Riwayat penyakit, persepsi terhadap gejala, dan perubahan aktivitas sehari-hari.

2. Sumber data dari keluarga dan kerabat

Anggota keluarga dan kerabat lainnya merupakan data primer untuk anak, bayi, orang dewasa yang sakit kritis, disorientasi, gangguan mental, dan penurunan kesadaran. Pada kasus gawat darurat terkadang keluarga merupakan satu-satunya sumber informasi bagi perawat dan dokter. Mereka juga merupakan sumber sekunder, yakni ketika menginformasikan kelainan yang dialami oleh klien.

3. Sumber data dari tim Kesehatan

Di saat mengumpulkan informasi terkait kondisi terkini dari klien, perawat dapat berkonsultasi dengan tim kesehatan lain, misalnya pada saat proses pergantian dinas perawat, kondisi tersebut merupakan cara perawat untuk berkomunikasi dengan perawat yang berdinas sebelumnya. Jadi, setiap anggota tim adalah sumber informasi untuk mengidentifikasi atau mengkonfirmasi ulang mengenai data-data klien terakhir.

4. Sumber data dari rekam medis

Rekam medis sebagai sumber riwayat penyakit klien, pemeriksaan diagnostik, hasil laboratorium, hasil pemeriksaan fisik dan rencana pengobatan yang diberikan oleh dokter. Data rekam medis memuat informasi dasar dan terkini mengenai respons klien terhadap pengobatan dan kemajuan yang didapat, serta informasi dalam rekam medis bersifat rahasia.

5. Sumber data dari pengalaman perawat

Pengalaman praktik dan kesempatan untuk membuat keputusan klinis akan memperkuat kemampuan perawat dalam berpikir kritis. Dari situlah perawat akan terus membudayakan dalam mengajukan

pertanyaan yang baik dan akan memilih mengajukan pertanyaan yang bisa memberi informasi penting, melalui pengalaman perawatan yang telah dilakukan.

6. Sumber data dari catatan lain dan literatur

Catatan kesehatan terdahulu dapat digunakan sebagai sumber informasi yang dapat mendukung rencana tindakan perawatan dan untuk mendapatkan data dasar klien yang komprehensif, perawat juga dapat membaca literatur yang berhubungan dengan masalah klien, dalam memperoleh literatur sangat membantu perawat dalam memberikan asuhan keperawatan yang benar dan tepat.

2.4 Metode Pengumpulan Data

Potter and Perry (2012), menjelaskan bahwa perawat akan menggunakan hasil wawancara, riwayat kesehatan, pemeriksaan fisik, serta hasil pemeriksaan laboratorium dan diagnosis untuk membuat data dasar pengkajian klien.

Wawancara

Wawancara atau interview biasa juga disebut dengan anamnesa yang merupakan suatu metode pengumpulan data secara langsung antara perawat dan klien, perawat akan mendapatkan respons langsung dari klien melalui tatap muka dan pertanyaan yang diajukan.

Data wawancara adalah semua ungkapan klien, tenaga kesehatan, atau orang lain yang berkepentingan termasuk keluarga, teman dan orang terdekat dengan klien.

Selama wawancara awal, perawat dapat melakukan hal sebagai berikut:

1. memperkenalkan diri kepada klien dan menjelaskan perannya selama perawatan;
2. membina hubungan terapeutik dengan klien;
3. memiliki empati terhadap pikiran dan kekhawatiran klien;
4. mengenali tujuan dan harapan klien terhadap sistem perawatan;
5. mendapatkan tanda penting sebagai bagian dari pengumpulan data yang nantinya dapat dieksplorasi lebih dalam.

Wawancara selanjutnya memungkinkan perawat untuk mempelajari lebih banyak mengenai kondisi klien dan fokus pada lingkup masalah spesifik. Wawancara dapat membantu klien menghubungkan interpretasi dengan pemahaman mereka sendiri mengenai kondisinya. Adapun proses wawancara terdiri dari tiga fase yakni, orientasi, kerja dan terminasi.

Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik merupakan peninjauan dari ujung rambut sampai ujung kaki (head to toe) pada setiap sistem tubuh yang memberikan informasi objektif tentang klien dan memungkinkan kita sebagai seorang perawat untuk membuat penilaian klinis (Kasiati and Rosmalawati, 2016).

Pemeriksaan fisik dilakukan pada klien secara keseluruhan atau hanya bagian tertentu yang dianggap perlu, untuk memperoleh data yang sistematis dan komprehensif, memastikan atau membuktikan hasil anamnesa, menentukan masalah serta merencanakan tindakan keperawatan yang tepat bagi klien (Dewi, 2010).

Observasi

Metode pengumpulan data observasi ini melalui pengamatan visual dengan menggunakan panca-indra. Kemampuan melakukan observasi merupakan keterampilan tingkat tinggi yang memerlukan banyak latihan. Unsur terpenting dalam observasi yaitu 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 (Asmadi, 2016).

Studi Dokumentasi (Pemeriksaan Diagnostik dan Data Laboratorium)

Hasil pemeriksaan diagnostik dan laboratorium dapat membantu identifikasi dan memperjelas penemuan atau kelainan yang didapat pada riwayat keperawatan serta pemeriksaan fisik. Perawat dapat meminta hasil pemeriksaan rutin yang klien lakukan, untuk menentukan respons klien terhadap penyakit dan informasi tentang efek pengobatan, serta dapat membandingkan data laboratorium dengan hasil normal yang sesuai dengan jenis pemeriksaan, kelompok umur dan jenis kelamin.

Analisis dan Interpretasi Data

Setelah perawat mengumpulkan seluruh data dan informasi mengenai klien, langkah selanjutnya yaitu menginterpretasikan dan menganalisis data yang

diperoleh. Analisis dilakukan dengan mengumpulkan data ke dalam kelompok yang memiliki arti dan manfaat.

Kelompok data diartikan sebagai susunan tanda dan gejala yang dikelompokkan berdasarkan logika, sementara analisis data memerlukan pengenalan pola atau kecenderungan yang ada pada kelompok data dan membandingkannya dengan nilai normal, kemudian dibuat kesimpulan mengenai respons klien terhadap masalah kesehatannya (Induniasih and Hendarsih, 2018).

2.5 Dokumentasi Pengkajian Dalam Proses Keperawatan

Dokumentasi pengkajian keperawatan merupakan catatan tentang hasil pengkajian yang dilaksanakan untuk mengumpulkan informasi dari klien, membuat data dasar tentang klien, dan membuat catatan tentang respons kesehatan klien. Pengkajian yang komprehensif atau menyeluruh, sistematis yang logis akan mengarah dan mendukung pada identifikasi masalah-masalah klien. Masalah-masalah ini dengan menggunakan data pengkajian sebagai dasar formulasi yang dinyatakan sebagai diagnosa keperawatan (Dinarti and Mulyanti, 2017).

Tujuan Dokumentasi Pengkajian

Dokumentasi dalam pengkajian keperawatan bertujuan untuk:

1. Mengumpulkan, mengorganisir, dan mencatat data yang menjelaskan respons manusia yang memengaruhi pola-pola kesehatan klien.
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 klien.

Jenis Dokumentasi Pengkajian

Dalam melaksanakan dokumentasi pada tahap pengkajian perlu diketahui bahwa jenis dokumentasi keperawatan meliputi:

1. Dokumentasi pada saat pengkajian awal (Initial Assessment)
Dokumentasi yang dibuat ketika klien pertama kali masuk rumah sakit. Data yang dikaji pada klien berupa data awal yang digunakan sebagai dasar dalam pemberian asuhan keperawatan.
2. Dokumentasi pengkajian lanjutan (Ongoing Assessment)
Data pada dokumentasi ini merupakan pengembangan dasar yang dilakukan untuk melengkapi pengkajian awal dengan tujuan semua data menjadi lengkap sehingga mendukung informasi tentang permasalahan kesehatan klien. Hasil pengkajian ini dimasukkan dalam catatan perkembangan terintegrasi klien atau pada lembar data penunjang.
3. Dokumentasi pengkajian ulang (Reassessment)
Dokumentasi ini merupakan pencatatan terhadap hasil pengkajian yang didapat dari informasi selama evaluasi. Perawat mengevaluasi kemajuan data terhadap klien yang sudah ditentukan.

Bentuk Format Dokumentasi Pengkajian

Bentuk format dokumentasi pengkajian keperawatan seperti:

1. Tanya Jawab yaitu dilakukan dengan mengajukan pertanyaan langsung kepada klien.
2. Daftar Periksa yaitu dengan menyediakan daftar yang berisi pertanyaan-pertanyaan yang diajukan hanya dengan memerlukan jawaban, ‘Ya’ atau ‘Tidak’.
3. Format kuesioner.
4. Lembar alur, biasanya digunakan pada data-data khusus yang memerlukan pemantauan secara berkelanjutan.

Metode Dalam Dokumentasi Pengkajian

Metode dalam dokumentasi pengkajian meliputi:

1. Gunakan format pengkajian.
2. Kelompokkan data berdasarkan metode pendekatan yang digunakan.
3. Tuliskan data objektif dan data subjektif.
4. Sertakan pernyataan yang mendukung interpretasi data.
5. Ikuti aturan dan prosedur yang dipakai oleh instansi.
6. Tuliskan secara ringkas dan jelas.

Bab 3

Diagnosa Keperawatan

3.1 Pendahuluan

Diagnosa keperawatan merupakan penilaian klinis terhadap pengalaman atau respons individu, keluarga, dan komunitas pada masalah kesehatan pada risiko masalah kesehatan atau pada proses kehidupan. Sistem penegakan diagnosis yang ideal harus memberikan informasi klien yang komprehensif, menunjukkan hasil dan standar klien, memfasilitasi *reimbursement* dari pemerintah dan dari perusahaan asuransi membayar, serta berfungsi sebagai dokumen legal.

Penegakan diagnosis dalam keperawatan memegang peranan penting terhadap segala macam tuntutan masyarakat yang semakin kritis dan memengaruhi kesadaran masyarakat akan hak-haknya dari suatu unit kesehatan.

Diagnosa keperawatan merupakan dasar dalam penyusunan rencana tindakan asuhan keperawatan. Diagnosa keperawatan sejalan dengan diagnosis medis sebab dalam mengumpulkan data-data saat melakukan pengkajian keperawatan yang dibutuhkan untuk menegakkan diagnosa keperawatan ditinjau dari keadaan penyakit dalam diagnosis medis. Apabila perawat menegakkan diagnosa keperawatan maka dokter menegakkan diagnosis medis (Hidayat, 2007).

Pengertian Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah suatu kesimpulan yang dihasilkan dari analisa data .Diagnosa keperawatan adalah langkah kedua dari proses keperawatan yang menggambarkan penilaian klinis tentang respons individu, keluarga, kelompok maupun masyarakat terhadap permasalahan kesehatan baik aktual maupun potensial. Di mana perawat mempunyai lisensi dan kompetensi untuk mengatasinya. Komponen diagnosa keperawatan menurut PPNI terdiri dari masalah (P), etiologi atau penyebab (E) dan tanda atau gejala (S) atau terdiri dari masalah dengan penyebab (PE) (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Penegakan diagnosis keperawatan sebagai salah satu komponen standar asuhan keperawatan perlu dilaksanakan dengan baik sebagaimana yang diamanahkan dalam undang-undang No.38 tahun 2014 tentang keperawatan pada pasal 30 bahwa dalam menjalankan tugas sebagai pemberi asuhan keperawatan, perawat berwenang menetapkan diagnosis keperawatan. Manajemen asuhan keperawatan merupakan suatu proses keperawatan yang menggunakan konsep manajemen secara umum di dalamnya seperti perencanaan, pengorganisasian, pengarahan dan pengendalian atau evaluasi.(Nursalam, 2015)

Diagnosa keperawatan adalah suatu kesimpulan yang dihasilkan dari analisa data (Carpenito, 2009). Diagnosa keperawatan adalah penilaian klinik tentang respons individu keluarga, atau komunitas terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang aktual atau potensial. Diagnosa keperawatan memberikan dasar untuk pemilihan intervensi keperawatan untuk mencapai hasil yang merupakan tanggung jawab perawat menurut *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA, 2014).

Diagnosa keperawatan adalah langkah kedua dari proses keperawatan yang menggambarkan penilaian klinis tentang respons individu, keluarga, kelompok maupun masyarakat terhadap permasalahan kesehatan baik aktual maupun potensial. Di mana perawat mempunyai lisensi dan kompetensi untuk mengatasinya (Sumijatun, 2010).

Diagnosa keperawatan adalah pernyataan yang jelas, singkat dan pasti tentang masalah pasien yang nyata serta penyebabnya dapat dipecahkan atau diubah melalui tindakan keperawatan menurut Gordon, dalam (Dermawan, 2012). Diagnosa keperawatan adalah suatu pernyataan yang singkat, tegas, dan jelas tentang respons klien terhadap masalah kesehatan/penyakit tertentu yang aktual dan potensial karena ketidaktahuan, ketidakmampuan, atau

ketidakmampuan pasien/klien mengatasinya sendiri yang membutuhkan tindakan keperawatan untuk mengatasinya (Hidayat, 2007)

Diagnosa Keperawatan merupakan suatu pertanyaan yang menggambarkan respons manusia (keadaan sehat atau perubahan pola interaksi aktual/potensial) dari individu atau kelompok secara legal mengidentifikasi dan dapat memberikan intervensi secara pasti untuk menjaga status kesehatan atau untuk mengurangi, menyingkirkan, atau mencegah perubahan.

Diagnosis keperawatan adalah pernyataan masalah klien, yang terdiri atas judul diagnosis dan etiologi (hubungan kausal antara masalah dan faktor yang berhubungan atau faktor risiko) (Kozier,B.,Glenora Erb, 2010). Definisi lain dari diagnosis keperawatan adalah penilaian klinis tentang respons manusia terhadap gangguan kesehatan/proses kehidupan, atau kerentanan terhadap respons tersebut dari seorang individu, keluarga, kelompok atau komunitas (NANDA, 2014).

Selanjutnya pengertian lain menyebutkan bahwa diagnosa keperawatan merupakan penilaian klinis tentang respons individu, keluarga, atau komunitas terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan aktual maupun potensial sebagai dasar pemilihan intervensi keperawatan untuk mencapai hasil tempat perawat bertanggung jawab (Budiono, 2016).

Kriteria Diagnosa Keperawatan

Kriteria diagnosa keperawatan antara lain sebagai berikut (Nursalam, 2015):

1. Status kesehatan dibandingkan dengan standar untuk menentukan kesenjangan.
2. Diagnosa keperawatan dihubungkan dengan penyebab kesenjangan dan pemenuhan kebutuhan pasien.
3. Diagnosa keperawatan dibuat sesuai dengan wewenang.
4. Komponen diagnosa terdiri atas PE/PES Pengkajian ulang dan revisi terhadap diagnosis berdasarkan data terbaru.

Tujuan Diagnosa Keperawatan

Tujuan diagnosis keperawatan adalah memungkinkan Anda sebagai perawat untuk menganalisis dan menyintesis data yang telah dikelompokkan, selain itu diagnosis keperawatan digunakan untuk mengidentifikasi masalah, faktor

penyebab masalah, dan kemampuan klien untuk dapat mencegah atau memecahkan masalah.

Tujuan diagnosa keperawatan untuk mengidentifikasi menurut Wahid Abdul (2012) sebagai berikut:

1. Masalah di mana adanya respons klien terhadap status kesehatan atau penyakit.
2. Faktor yang menunjang atau menyebabkan suatu masalah.
3. Kemampuan klien untuk mencegah atau menyelesaikan masalah.
4. Mengkomunikasikan masalah klien pada tim kesehatan.
5. Mendemonstrasikan tanggung jawab dalam identifikasi masalah klien.
6. Mengidentifikasi masalah utama untuk perkembangan intervensi keperawatan

Komponen Diagnosa Keperawatan

Komponen diagnosa keperawatan menurut Dermawan (2012) sebagai berikut:

1. Problem

Problem adalah gambaran keadaan pasien di mana tindakan keperawatan dapat diberikan. Masalah atau problem adalah kesenjangan atau penyimpangan dari keadaan normal yang seharusnya tidak terjadi.

Tujuan: menjelaskan status kesehatan pasien secara jelas dan sesingkat mungkin. Diagnosa keperawatan disusun dengan menggunakan standar yang telah disepakati, supaya:

- a. Perawat dapat berkomunikasi dengan istilah yang dimengerti secara umum.
- b. Memfasilitasi dan mengakses diagnosa keperawatan.
- c. Sebagai metode untuk mengidentifikasi perbedaan masalah keperawatan dengan masalah medis.
- d. Meningkatkan kerja sama perawat dalam mendefinisikan diagnosis dari data pengkajian dan intervensi keperawatan.

2. Etiologi

Etiologi atau faktor penyebab adalah faktor klinik dan personal yang dapat merubah status kesehatan atau memengaruhi perkembangan masalah. Merupakan pedoman untuk merumuskan intervensi. Unsur – unsur dalam identifikasi etiologi meliputi unsur PSMM:

- a. Patofisiologi penyakit: semua proses penyakit, akut atau kronis yang dapat menyebabkan atau mendukung masalah.
- b. Situasional: personal dan lingkungan (kurang pengetahuan, isolasi sosial).
- c. Medikasi (berhubungan dengan program perawatan atau pengobatan): keterbatasan institusi atau rumah sakit, sehingga tidak mampu memberikan perawatan.
- d. Maturasional: adolescent (ketergantungan dalam kelompok), young adult (menikah, hamil, menjadi orang tua), dewasa (tekanan karier).

3. Sign and symptom

Data subyektif dan obyektif yang ditemukan sebagai komponen pendukung terhadap diagnosa keperawatan. Sign and symptom (tanda dan gejala) adalah ciri, tanda atau gejala yang merupakan informasi yang diperlukan untuk merumuskan diagnosa keperawatan. Komponen diagnosa keperawatan menurut (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017)terdiri dari masalah (P), etiologi atau penyebab (E) dan tanda atau gejala (S) atau terdiri dari masalah dengan penyebab (PE).

3.2 Tipe-Tipe Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan dibagi menjadi dua jenis, yaitu diagnosis positif dan diagnosis negatif. Diagnosis positif artinya klien dalam kondisi sehat dan dapat mencapai kondisi sehat yang lebih optimal, diagnosis ini disebut juga diagnosis promosi kesehatan.

Sedangkan diagnosis negatif artinya klien dalam kondisi sakit atau berisiko mengalami sakit sehingga dalam menegakkan diagnosis tersebut akan

dilanjutkan dengan intervensi keperawatan yang bersifat penyembuhan, pemulihan dan pencegahan pada tahap selanjutnya (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017) Diagnosis negatif memiliki dua jenis yaitu diagnosis aktual dan diagnosis risiko (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Jenis-jenis diagnosis tersebut dapat diuraikan sebagai berikut (Carpenito, 2009):

1. Diagnosis Aktual

Diagnosis aktual menggambarkan masalah kesehatan klien yang dapat diketahui melalui tanda atau gejala mayor dan minor yang dapat diamati atau validasi.

2. Diagnosis Risiko

Diagnosis risiko menggambarkan respons klien terhadap faktor-faktor yang dapat menyebabkan klien berisiko mengalami masalah kesehatan. Tanda atau gejala mayor dan minor pada klien tidak tampak, namun klien tetap memiliki faktor risiko mengalami masalah kesehatan.

3. Diagnosis Promosi Kesehatan atau Wellness

Diagnosis promosi kesehatan atau wellness menggambarkan adanya keinginan dan motivasi klien untuk meningkatkan kondisi kesehatan pada tingkat optimal. Diagnosis promosi kesehatan merupakan bagian pernyataan sebuah diagnosis yang tidak memiliki faktor berhubungan. Sebuah diagnosis tersebut dapat divalidasi jika memenuhi dua syarat yaitu klien memiliki keinginan untuk meningkatkan kesejahteraan, dan klien saat ini memiliki peran aktif untuk mencapai kesejahteraan yang ingin dicapai.

Pada dasarnya diagnosis sejahtera digunakan hanya pada kasus yang berfokus pada perbaikan fungsi dan tujuannya adalah kemajuan dari satu tingkat kesejahteraan ke tingkat kesejahteraan yang lebih tinggi. (Carpenito, 2009) memberikan dua syarat yang menunjukkan pembedaran untuk menegakkan diagnosis keperawatan sejahtera:

1. keinginan untuk mencapai kesejahteraan yang lebih tinggi;
2. status atau pola fungsi dalam keadaan efektif.

Syarat ini mengharuskan bahwa jika masalah yang diangkat merupakan kekuatan klien, faktor yang berhubungan harus menunjukkan kekuatan juga (bila diagnosa keperawatan sejahtera dinyatakan dalam dua bagian). Jika tidak diagnosis masih pada perilaku negatif atau defisit.

Stolte (2003) menyatakan bahwa diagnosa keperawatan sejahtera sebagai suatu kesimpulan dari pengkajian data yang berfokus pada pola kesejahteraan, respons kesehatan, atau kekuatan klien. Pendekatan proses berfokus pada perolehan tingkah laku sehat yang progresif atau pencapaian tugas perkembangan. Pendekatan ini mencakup situasi ketika perawat membantu klien menyelesaikan transisi perkembangan, mencapai tingkat kesejahteraan yang lebih tinggi, atau mencapai kondisi sejahtera. Hal ini juga memberi pengakuan dan kredibilitas pada posisi keperawatan dalam situasi tersebut.

Dari penjelasan di atas, dapat disimpulkan bahwa diagnosa keperawatan sejahtera dapat dituliskan dalam satu atau dua bagian. Bila etiologi dapat diidentifikasi, pertanyaan dituliskan dalam dua bagian (problem dan etiologi). Dengan demikian, tindakan keperawatan diarahkan untuk meningkatkan kondisi menjadi etiologi serta membantu klien berkembang melalui proses tersebut.

Dalam tatanan praktik, sering didapatkan hambatan untuk menegakkan diagnosis sejahtera. Hal yang masih diperdebatkan antara lain adalah sebagai berikut:

1. Masalah keperawatan yang bersifat negatif atau defisit sudah banyak sehingga penggunaan diagnosis sejahtera menetapkan tanggung jawab tambahan pada sumber daya yang saat ini sangat terbatas.
2. Klien yang tidak memiliki masalah tidak memerlukan asuhan keperawatan.
3. Hanya sedikit reward yang tersedia saat ini untuk perawatan kesejahteraan.

Penjelasan tentang keberatan tersebut di atas adalah sebagai berikut. Sebuah kombinasi antara diagnosis keperawatan berorientasi kesejahteraan dan berorientasi masalah bermanfaat ketika klien mengalami penyakit akut atau kronik. Pada umumnya, klien yang berpenyakit akut membawa banyak kekuatan dan pengalaman masa lalu untuk memunculkan kemampuan mereka

menghadapi penyakit pada saat ini. Kenyataannya klien memiliki respons sehat banyak dari pada respons tidak sehat.

Identifikasi kekuatan yang dimiliki klien memberikan bukti tentang kemampuan coping masa lalu dan mendorong pengakuan bahwa klien dapat menangani situasi saat ini. Dengan demikian, kekuatan ini bukan hanya satu bagian dari diagnosis, melainkan ada peran serta sebagai perawat secara aktif untuk memudahkan perkembangan lebih lanjut dan menggunakan kemampuan ini. (Stolte, 2003) menyatakan kekuatan yang dimiliki klien merupakan kompetensi dan keunikan klien yang perlu dimasukkan dalam rencana tindakan keperawatan.

Jika ada keberatan, karena klien yang tidak bermasalah, kita kembalikan bahwa fungsi penting diagnosis keperawatan adalah untuk memfokuskan pada tugas perkembangan/pendewasaan yang perlu diselesaikan selama beragam transisi kehidupan. Klien dapat menyelesaikan tugas ini tanpa bantuan perawat, tetapi dalam masyarakat yang dinamis, beberapa orang kekurangan dukungan sosial, mengalami stres yang tinggi, dan kekurangan sumber daya.

Dengan dukungan sosial dan sumber daya yang lain, seperti pengetahuan, keterampilan, dan kemampuan coping yang adaptif, akan memudahkan klien untuk menyelesaikan tugas perkembangan ini. Dengan demikian, tugas tersebut dapat dicapai lebih cepat dan atau dengan stres yang lebih rendah.

Penjelasan untuk hambatan yang ketiga memang sampai saat ini tidak semua rumah sakit mempunyai kebijakan yang sama dalam hal reward dari diagnosa keperawatan yang diangkat, tetapi secara tidak langsung jumlah diagnosa keperawatan yang ditegakkan akan memengaruhi nilai angka kredit yang dipakai untuk kenaikan pangkat.

3.3 Kategori Diagnosa Keperawatan

Kategori diagnosis keperawatan dalam SDKI mengacu pada ICNP (International Nurses Council of Nurses Council International Classification for Nursing Practice). ICNP membagi diagnosis keperawatan menjadi lima kategori, yaitu Fisiologis, Psikologis, Perilaku, Relasional dan Lingkungan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Masing-masing kategori pada diagnosa keperawatan SDKI memiliki sub kategori dengan jumlah total 14 sub kategori. Diagnosis-diagnosis keperawatan yang berada dalam satu sub kategori disusun secara alfabetis dengan jumlah total diagnosis dalam SDKI sebanyak 149 diagnosis (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Berikut adalah bagan kategori dan sub kategori pada SDKI:



Gambar 3.1: Bagan Kategori dan Sub Kategori Pada SDKI (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017)

Tabel 3.1: Perbedaan Diagnosa Keperawatan dan Diagnosa Medis

Diagnosa Medis	Diagnosa Keperawatan
1. Fokus pengobatan penyakit.	1. Fokus respons klien terhadap perubahan fungsi/anatomii tubuh dan tindakan medis/ perawat.
2. Orientasi: keadaan pathologis	2. Orientasi kebutuhan dasar individu
3. Cenderung tetap, mulai sakit sampai sembuh	3. Berubah sesuai perubahan respons klien
4. Mengarah pada tindakan medis yang sebagian dilimpahkan pada Anda	4. Mengarah pada fungsi mandiri Anda dalam melaksanakan tindakan dan evaluasinya
5. Melengkapi Diagnosa Keperawatan	5. Melengkapi Diagnosa Medis

Bab 4

Perumusan Diagnosis Keperawatan

4.1 Pendahuluan

Pada bab ini, kita akan mempelajari secara khusus terkait formulasi diagnosa keperawatan berdasarkan Buku Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI). SDKI merupakan standar diagnosis keperawatan yang dikembangkan oleh Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI) dengan merujuk pada beberapa sumber, seperti: *The North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA), *International Classification for Nursing Practice* (ICNP) dan *Carpenito*.

Terdapat 149 diagnosa keperawatan dalam SDKI dengan label diagnosis sesuai dengan NANDA 2015-2017 (Jones et al., 2011). SDKI disusun oleh PPNI sebagai organisasi profesi perawat yang bertanggung jawab secara nasional meningkatkan profesionalisme perawat dan kualitas pemberian asuhan keperawatan.

Seperti yang dijelaskan pada bab sebelumnya, diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya, baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan adalah tahapan kedua dari

sebuah proses asuhan keperawatan, dan tahap ini merupakan tahapan yang kritis, karena apabila kita salah memberikan label diagnosa keperawatan terhadap masalah yang dialami pasien/klien, maka akan memengaruhi tahapan pemberian asuhan keperawatan selanjutnya (Rangkuti, 2011).

Perawat harus mampu menegakkan standar diagnosa keperawatan berdasarkan respons pasien terhadap masalah kesehatannya. Perawat harus lebih memperhatikan proses kesehatan yang berlangsung pada klien saat tahap pengkajian agar mempermudah perumusan diagnosa keperawatan. Syarat perumusan diagnosis keperawatan yaitu memiliki pengetahuan yang dapat membedakan antara sesuatu yang aktual, risiko, dan potensial dalam diagnosis keperawatan. Apabila kurang tepat merumuskan diagnosa keperawatan, maka tahapan selanjutnya akan menjadi kurang tepat.

4.2 Komponen-Komponen Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan memiliki dua komponen utama yaitu masalah (problem) atau label diagnosis dan indikator diagnosis (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Masing-masing komponen diagnosis diuraikan sebagai berikut:

1. Masalah (problem)

Masalah merupakan label diagnosa keperawatan yang menggambarkan inti dari respons klien terhadap kondisi kesehatan atau penjelasan dan fokus diagnostik.

2. Indikator diagnostik

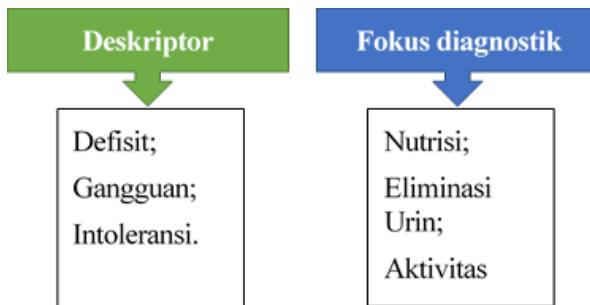
Indikator diagnostik terdiri atas penyebab, tanda/gejala, dan faktor risiko dengan uraian sebagai berikut:

- a. Penyebab (etiologi) merupakan faktor-faktor yang memengaruhi perubahan status kesehatan. Etiologi dapat mencakup empat kategori yaitu:

- fisiologis, biologis atau psikologis;
- efek terapi/tindakan;

- situasional (lingkungan atau personal),
 - maturasional.
- b. Tanda (Sign) dan gejala (symptom). Tanda merupakan data objektif yang diperoleh dari hasil pemeriksaan fisik, pemeriksaan laboratorium dan prosedur diagnostik, sedangkan gejala merupakan data subjektif yang diperoleh dari hasil anamnesis. Tanda/gejala dikelompokkan menjadi dua kategori yaitu:
- mayor: tanda/gejala ditemukan sekitar 80%-100% untuk validasi diagnosis;
 - minor: tanda/gejala tidak harus ditemukan, namun jika ditemukan dapat mendukung penegakan diagnosis.
- c. Faktor risiko merupakan kondisi atau situasi yang dapat meningkatkan kerentanan klien mengalami masalah kesehatan.
3. Kriteria Mayor dan Minor
- Menurut (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017) menyatakan kriteria mayor merupakan tanda atau gejala yang ditemukan 80%-100% pada klien untuk validasi diagnosis. Sedangkan kriteria minor merupakan tanda atau gejala yang tidak harus ditemukan, namun jika ditemukan dapat mendukung penegakkan diagnosis.
4. Faktor yang berhubungan
- Faktor yang berhubungan atau penyebab pada masalah keperawatan merupakan faktor-faktor yang memengaruhi perubahan status kesehatan yang mencakup empat kategori yaitu: fisiologis, biologis atau psikologis, efek terapi atau tindakan, lingkungan atau personal, dan kematangan perkembangan.

Contoh deskriptor dan fokus diagnosis pada diagnosis keperawatan



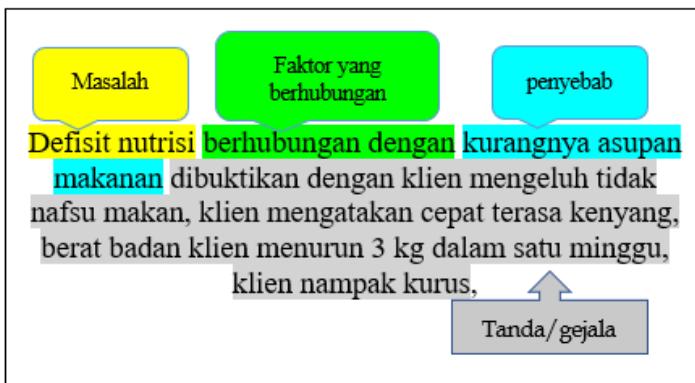
Gambar 4.1: Deskriptor dan Fokus Diagnostik Pada Diagnosis Keperawatan

Gambar diatas menjelaskan contoh pada diagnosa keperawatan defisit nutrisi, gangguan eliminasi urin dan intoleransi aktivitas. Kata defisit, gangguan dan intoleransi menerangkan kondisi masalah yang dirumuskan (deskriptor), sementara kata nutrisi, eliminasi urin dan aktivitas menerangkan domain masalah yang dirumuskan.

Secara umum formula diagnosis keperawatan adalah

**Problem (masalah) + Etiologi (penyebab) +
Sign/Symptom (tanda/gejala)**

Gambar 4.2: Formula Diagnosis Keperawatan



Gambar 4.3: Contoh Diagnosa Keperawatan Tipe Aktual

4.3 Perumusan Diagnosa Keperawatan SDKI

Merujuk standar diagnosis keperawatan Indonesia (2017), terdapat dua cara penulisan rumusan diagnosis keperawatan, yaitu:

1. Penulisan three part (tiga bagian)

Penulisan tiga bagian berlaku saat kita merumuskan diagnosa keperawatan tipe aktual. Penulisan tiga bagian ini terdiri dari masalah keperawatan, penyebab dan tanda gejala.

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

2. Penulisan two part (dua bagian)

Penulisan dua bagian berlaku saat kita merumuskan diagnosa keperawatan risiko atau promosi kesehatan. Penulisan dua bagian untuk diagnosis keperawatan tipe risiko terdiri dari masalah dan faktor risiko, sementara penulisan dua bagian untuk diagnosis keperawatan tipe promosi kesehatan terdiri dari masalah dan tanda atau gejala.

Masalah dibuktikan dengan Faktor Risiko

Masalah dibuktikan dengan Tanda/Gejala

Kesalahan Umum Saat Merumuskan Diagnosa Keperawatan

Pada proses merumuskan diagnosa keperawatan, ditemui berbagai macam kesalahan yang mengakibatkan rumusan diagnosis keperawatan tersebut kurang tepat.

Terdapat empat bentuk kesalahan umum (Tampubolon, 2018) yang sering terjadi dan patut dihindari, yaitu:

1. Kesalahan dalam pengumpulan data

Kesalahan yang paling sering terjadi yaitu saat mengumpulkan data dari berbagai sumber, pasien dan keluarga. Kesalahan pengumpulan

data dapat diantisipasi dengan melakukan pengkajian secara tepat dan tidak terburu-buru. Berikut ini beberapa cara untuk menghindari kesalahan dalam pengumpulan data:

- a. Tinjau ulang tingkat kenyamanan dan kompetensi diri dalam melakukan wawancara dan pemeriksaan fisik sebelum mulai mengumpulkan data. Sebelum melakukan pengkajian, ada baiknya pemeriksa telah membaca dan memprioritaskan data apa saja yang perlu didapatkan segera dan data yang dapat dilengkapi kemudian.
 - b. Lakukan pemeriksaan dalam beberapa langkah dengan terfokus pada satu sistem tubuh sebelum memulai pemeriksaan lengkap dari kepala hingga kaki. Sebagai contoh, pasien datang dengan keluhan sesak nafas, batuk-batuk, maka, pengkajian dapat difokuskan dan diprioritaskan pada sistem pernafasan terlebih dahulu.
 - c. Tinjau ulang pengkajian klinis kita di ruang maupun klinik. Membaca ulang data-data yang sudah terkumpul dapat meminimalkan pengkajian dilakukan secara berulang-ulang.
 - d. Menentukan keakuratan data anda dengan memvalidasi beberapa kali hasil yang kita dapat guna meminimalkan risiko ketidakakuratan.
 - e. Teratur dalam pemeriksaan. Sebaiknya pemeriksa memiliki formulir pengkajian yang telah baku dan peralatan pemeriksaan yang sesuai dan siap digunakan.
2. Kesalahan dalam interpretasi dan analisis data
- Setelah pengumpulan data, tinjau ulang kembali data tersebut apakah sudah akurat dan lengkap. Saat pemeriksa tidak dapat memvalidasi data, hal ini menunjukkan ketidaksesuaian antara petunjuk klinis diagnosis dan diagnosis keperawatan. Maka mulailah menginterpretasikan dengan menentukan dan mengatur pola pemeriksaan yang relevan untuk mengetahui adanya masalah pada klien dengan mempertimbangkan latar budaya klien.

3. Kesalahan dalam pengelompokan data

Kesalahan dalam pengelompokan data terjadi saat data dikelompokkan terlalu cepat, tidak benar, atau tidak, dikelompokkan sama sekali. Kesalahan pengelompokan data dapat memengaruhi diagnosis keperawatan yang akan berdampak pada kualitas pelayanan keperawatan pada klien. Kesalahan ini dapat diantisipasi oleh pemeriksa dengan memahami terlebih dahulu mana yang termasuk ke dalam data objektif, data subjektif.

4. Kesalahan dalam pernyataan diagnosa

Pemilihan pernyataan diagnosis yang tepat akan menghasilkan pemilihan intervensi keperawatan dan hasil yang sesuai. Untuk mengurangi kesalahan, pernyataan diagnosis harus menggunakan bahasa yang sesuai, ringkas, dan tepat. Gunakan terminologi yang benar dalam menggambarkan respons klien terhadap penyakit atau kondisinya. Selain itu, pemeriksa sebaiknya menggunakan sumber bacaan yang valid. Sumber bacaan yang dapat digunakan untuk merumuskan diagnosa keperawatan adalah: NANDA, Carpenito, SDKI, Doengoes dan lain sebagainya.

4.4 Proses Penyusunan Diagnosa Keperawatan

Merumuskan diagnosa keperawatan merupakan sesuatu yang vital, di mana pada bagian awal BAB dijelaskan, apabila rumusan diagnosis kurang tepat maka dapat memengaruhi penyusunan intervensi, implementasi dan evaluasi yang keperawatan yang dilakukan.

Untuk itu, berikut ini adalah langkah-langkah dalam menyusun diagnosa keperawatan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017):

1. Klasifikasi dan analisis data

Klasifikasi atau pengelompokan data adalah proses mengelompokkan data-data klien atau keadaan tertentu di mana klien mengalami

permasalahan kesehatan atau keperawatan berdasarkan kriteria permasalahannya. Pengelompokan data dapat disusun berdasarkan pola respons manusia (taksonomi NANDA/SDKI) dan/atau pola fungsi kesehatan

2. Identifikasi masalah klien

Masalah klien merupakan keadaan atau situasi di mana klien memerlukan bantuan untuk mempertahankan atau meningkatkan status kesehatannya, atau meninggal dengan damai. Saat pemeriksa mengidentifikasi masalah klien, pemeriksa dapat mengelompokkan: klien tidak bermasalah, klien yang kemungkinan mempunyai masalah, klien yang mempunyai masalah potensial sehingga kemungkinan besar mempunyai masalah dan klien yang mempunyai masalah aktual.

a. Menentukan masalah yang pernah dialami oleh klien

Pada tahap ini, penting untuk menentukan masalah potensial klien. Misalnya ditemukan adanya tanda-tanda infeksi pada luka klien, tetapi dari hasil tes laboratorium, tidak menunjukkan adanya suatu kelainan. Sesuai dengan teori, maka akan timbul adanya infeksi. Pemeriksa kemudian menyimpulkan bahwa daya tahan tubuh klien tidak mampu melawan infeksi.

b. Penentuan keputusan

Pemeriksa dapat menentukan saat membuat diagnosis keperawatan. Keputusan yang dapat diambil adalah sebagai berikut:

- Tidak ada masalah, tetapi perlu peningkatan status dan fungsi (kesejahteraan): tidak ada indikasi respons keperawatan, meningkatnya status kesehatan dan kebiasaan, serta adanya inisiatif promosi kesehatan untuk memastikan ada atau tidaknya masalah yang diduga.
- Masalah aktual, risiko, atau sindrom: tidak mampu merawat karena klien menolak masalah dan pengobatan, mulai untuk mendesain perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi untuk mencegah, menurunkan, atau menyelesaikan masalah.

- Masalah kolaboratif: konsultasikan dengan tenaga kesehatan profesional yang kompeten dan bekerja secara kolaboratif pada masalah tersebut. Masalah kolaboratif adalah komplikasi fisiologis yang diakibatkan dari patofisiologi, berhubungan dengan pengobatan dan situasi yang lain. Tugas perawat adalah memonitor, untuk mendeteksi status klien dan kolaboratif dengan tenaga medis guna pengobatan yang tepat.
3. Memvalidasi diagnosa keperawatan
- Yaitu proses menghubungkan dengan klasifikasi gejala dan tanda-tanda yang kemudian merujuk kepada kelengkapan dan ketepatan data. Untuk kelengkapan dan ketepatan data, kerja sama dengan klien sangat penting untuk saling percaya, sehingga mendapatkan data yang tepat.
4. Menyusun diagnosa keperawatan sesuai dengan prioritasnya
- Setelah perawat mengelompokkan, mengidentifikasi, dan memvalidasi data-data yang signifikan, maka tugas perawat pada tahap ini adalah merumuskan suatu diagnosis keperawatan. Diagnosa keperawatan dapat bersifat aktual, risiko, dan promosi kesehatan
5. Menyusun diagnosa keperawatan hendaknya diurutkan menurut kebutuhan yang berlandaskan hirarki Maslow (kecuali untuk kasus kegawatdaruratan-menggunakan prioritas berdasarkan “yang mengancam jiwa”). Masalah kesehatan berdasarkan Hirarki Maslow yaitu: fisiologis, aman-nyaman-keselamatan, mencintai dan memiliki, harga diri dan aktualisasi diri.

4.5 Contoh Merumuskan Diagnosa Keperawatan

Untuk mengasah pemahaman Saudara dalam merumuskan diagnosa keperawatan, di bawah ini disajikan contoh masalah dan rumusan diagnosis keperawatan:

Ny. S berusia 58 tahun dirawat dengan diagnosa medis Hipoglikemia, Hipertensi dan Anemia. Ny. S mengeluh badan terasa lemas, terasa sesak pada dadanya, dan kepala pusing beberapa minggu sebelumnya. Usaha yang dilakukan pasien adalah dengan berobat di klinik terdekat, karena tidak ada perubahan akhirnya pada tanggal 17 September 2017, Ny. S dirawat di lantai X dengan dipasang nasal kanul dan kateter. Ny. S beberapa bulan sebelumnya pernah mengalami lemas, sesak nafas, kepala pusing dan baru pertama kali dirawat di rumah sakit.

Keluarga pasien tidak ada yang menderita penyakit seperti penyakit pasien dan penyakit kronis lainnya. Ny. S saat ini menggunakan nasal kanul dengan terapi 2 Liter per menit. Pasien mengeluh dadanya terasa sesak dan batuk mengeluarkan sekret. Hasil observasi didapatkan: Pola nafas teratur, kedalaman nafasnya dangkal, frekuensi nafas 24x/menit dan frekuensi nadi 78/menit. Nafsu makan Ny. S berkurang yaitu hanya seperempat dari porsi yang disediakan. Jumlah air yang dikonsumsi oleh Ny.S sangat sedikit karena pasien jarang minum air putih. Hasil pemeriksaan fisik antropometri: berat badan pasien 70 kg, tinggi badan pasien 145cm, lingkar lengan atas 26 cm. Hasil laboratorium Hemoglobin 10.5 g/dL, turgor kulit baik, rambut kusam dan konjungtiva tidak anemis, mendapatkan dii bubur.

Pada waktu sakit pasien mengeluh belum buang air besar (BAB) sekitar 3 hari dan pasien tidak dapat buang air kecil (BAK) dengan normal sehingga tanggal 20 September 2017 pasien dipasang kateter. Feses berwarna kecokelatan, berbentuk lembek dan berbau khas. Urine dalam urinal bag berwarna kuning dan berwarna khas. Ny.S tidak merasa nyaman dengan terbaring di tempat tidur dan terpasang nasal kanul dan kateter. Pasien juga mengeluh merasa terganggu dengan keadaan rumah sakit yang ramai. Selama sakit, pasien Ny.S selalu dibantu oleh perawat dan suaminya dalam memenuhi kebutuhan dasar. Ny.S tidak dapat bergerak bebas karena kondisinya yang lemas dan terpasang nasal kanul serta kateter. Ny.S mengetahui mengenai penyakitnya selama ini, pasien juga tahu mengenai program pengobatan atau perawatan yang dijalani dan tahu konsekuensi dari penyakit yang dialami.

Penyelesaian

Temukan data-data abnormal pada kasus. Menentukan apakah data tersebut termasuk normal atau tidak, maka perlu melihat daftar rujukan. Data abnormal

pada kasus diatas adalah sebagai berikut: diagnosa medis Hipoglikemia, Hipertensi dan Anemia. Ny. S mengeluh badan terasa lemas, terasa sesak pada dadanya, dan kepala pusing beberapa minggu sebelumnya. Terpasang nasal kanul dengan terapi 2 liter per menit dan kateter karena mengeluh tidak dapat BAK dan belum BAB, pola nafas teratur, kedalaman nafasnya dangkal, frekuensi nafas 24x/menit dan frekuensi nadi 78/menit.

Nafsu makan Ny. S berkurang yaitu hanya 1/4 porsi. Jumlah air yang dikonsumsi oleh Ny. S sangat sedikit karena pasien jarang minum air putih. Berat badan pasien 45 kg, tinggi badan pasien 145cm, lingkar lengan atas 26 cm. Hasil laboratorium Hemoglobin 10.5 g/dL, rambut kusam dan konjungtiva tidak anemis, mendapatkan diit bubur.

Urine dalam urinal bag berwarna kuning dan berwarna khas, Feses berwarna kecokelatan, berbentuk lembek dan berbau khas. Ny. S tidak merasa nyaman dengan terbaring di tempat tidur. Selama sakit, pasien Ny. S selalu dibantu oleh perawat dan suaminya dalam memenuhi kebutuhan dasar. pasien mengetahui tentang program pengobatan atau perawatan yang dijalani dan tahu konsekuensi dari penyakit yang dialami.

Kelompokkan Data-Data Yang Telah Didapatkan

Data Subjektif	Data Objektif
<ol style="list-style-type: none"> 1. Ny.S mengeluh badan terasa lemas, terasa sesak pada dadanya, dan kepala pusing beberapa minggu sebelumnya. 2. Ny.S tidak merasa nyaman dengan terbaring di tempat tidur. 3. Pasien mengetahui tentang program pengobatan atau perawatan yang di jalani dan tahu konsekuensi dari penyakit yang dialami. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Diagnosa medis Hipoglikemia, Hipertensi dan Anemia. 2. Terpasang nasal kanul dengan terapi 2 liter permenit. 3. Terpasang kateter, Urine dalam urinal bag berwarna kuning dan berwarna khas. 4. Feses berwarna kecokelatan, berbentuk lembek dan berbau khas. 5. Pemenuhan kebutuhan dasar dibantu suami dan perawat. 6. Pola nafas teratur, kedalaman nafasnya dangkal, frekuensi nafas 24x/menit dan frekuensi nadi 78/menit. 7. Nafsu makan Ny.S 1/4 porsi. Jumlah air yang dikonsumsi sangat sedikit karena pasien jarang minum air putih. Berat badan pasien 45 kg, tinggi badan ideal 40.5-49.5 kg, lingkar lengan atas 26 cm. Hasil laboratorium Hemoglobin 10.5 g/dL. Konjungtiva tidak anemis, mendapatkan diit bubur

Buat Daftar Masalah Keperawatan

Data	Masalah	Etiologi
Subjektif: Ny.S mengeluh badan terasa lemas, terasa sesak pada dadanya, dan kepala pusing Objektif: 1. Diagnosa medis Hipoglikemia, Hipertensi dan Anemia. 2. Terpasang nasal kanul dengan terapi 2 liter permenit. 3. Pola nafas teratur, kedalaman nafasnya dangkal, frekuensi nafas 24x/menit dan frekuensi nadi 78/menit	Pola nafas tidak efektif	Hambatan upaya nafas
Subjektif: Ny.S mengeluh badan terasa lemas, terasa sesak pada dadanya, dan kepala pusing. Objektif: Pemenuhan kebutuhan dasar dibantu suami dan perawat.	Risiko intoleransi aktivitas	Gangguan sirkulasi; Ketidakbugaran status fisik; gangguan pernafasan
Subjektif: - Objektif: Nafsu makan Ny.S 1/4 porsi. Jumlah air yang dikonsumsi sangat sedikit karena pasien jarang minum air putih. Berat badan pasien 50 kg, tinggi badan pasien 145cm, lingkar lengan atas 26 cm. Hasil laboratorium Hemoglobin 10.5 g/dL. Konjungtiva tidak anemis, mendapatkan diii bubur	Risiko defisit nutrisi	Faktor psikologis: stres, keengganan untuk makan

Prioritaskan Masalah Keperawatan

Prioritaskan masalah keperawatan berdasarkan hierarki Maslow karena kasus diatas bukan termasuk kasus gawat darurat:

1. Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya nafas ditandai dengan Terpasang nasal kanul dengan terapi 2 liter per menit.. Pola nafas teratur, kedalaman nafasnya dangkal, frekuensi nafas 24x/menit dan frekuensi nadi 78/menit.
2. Risiko intoleransi aktivitas dibuktikan dengan Gangguan sirkulasi; Ketidakbugaran status fisik; gangguan pernafasan.
3. Risiko defisit nutrisi dibuktikan dengan Faktor psikologis: stres, keengganan untuk makan.

Bab 5

Intervensi Keperawatan

5.1 Pendahuluan

Setelah mengidentifikasi diagnosa Keperawatan, maka selanjutnya memulai merencanakan Asuhan Keperawatan, yaitu Intervensi Keperawatan/ rencana Keperawatan. Intervensi Keperawatan atau Perencanaan keperawatan merupakan langkah ketiga dari rangkaian proses Keperawatan. Tahap ini bertujuan untuk mencegah, mengurangi, atau mengatasi masalah dan untuk mengidentifikasi Tindakan keperawatan untuk mengatasi masalah yang muncul (Rosdahl and Kowalski, 2014).

Intervensi Keperawatan dalam asuhan keperawatan merupakan tahap yang memerlukan pertimbangan, pemikiran kritis dan sistematis untuk menyelesaikan masalah klien. Karena perawat akan menentukan tindakan yang dipilih untuk mengatasi atau menyelesaikan masalah keperawatan klien. Intervensi yang telah dipilih diharapkan dapat mencapai tujuan dan sesuai dengan hasil yang diharapkan (Potter and Perry, 2011).

Intervensi Keperawatan bertujuan untuk mencegah melalui petunjuk data pengkajian dan rumusan diagnosa keperawatan. Intervensi dirancang untuk menyelesaikan, mengurangi dan mencegah masalah pada klien. Dalam pelaksanaannya pun diperlukan kerja sama dan partisipasi aktif dari klien

untuk mendukung keberhasilan dari Intervensi Keperawatan yang telah disusun oleh perawat.

Adapun Tahapan dalam Menyusun Perencanaan Keperawatan adalah diawali dengan menetapkan prioritas diagnosa keperawatan, penentuan kriteria hasil, dan pemilihan Tindakan keperawatan.

5.2 Menetapkan Prioritas

Penetapan prioritas Diagnosa Keperawatan merupakan tahap mengurutkan diagnosa keperawatan berdasarkan kegawatan untuk segera dilakukan intervensi keperawatan yang sesuai. Prioritas diagnosa keperawatan dipilih menurut kedaruratan masalah, keselamatan dan keinginan klien, sifat terapi dan hubungan antar dua diagnosa.

Berdasarkan kepentingannya, prioritas diagnosa keperawatan terbagi dalam 3 kategori yaitu: prioritas tinggi, sedang dan akhir (Kozier, Berman and Snyder, 2010;Potter and Perry, 2005).

1. Prioritas tinggi

Prioritas Tinggi merupakan diagnosa keperawatan yang sifatnya mengancam jiwa klien, jika tidak ditangani dengan segera. Masalah keperawatan ini merupakan masalah akibat tidak terpenuhinya kebutuhan fisiologis dan psikologis. Hierarki Kebutuhan Maslow bisa menjadi pedoman dalam penentuan prioritas diagnosa Keperawatan utama, Contoh: kebutuhan fisiologis seperti udara, minuman, makanan prioritasnya lebih tinggi dibandingkan kebutuhan keamanan atau aktivitas.

2. Prioritas sedang

Prioritas sedang merupakan gangguan pemenuhan kebutuhan yang sifatnya tidak darurat serta tidak mengancam jiwa klien. Masalah-masalah yang mengancam Kesehatan, seperti penyakit akut, penurunan kemampuan coping, masuk ke dalam prioritas sedang, karena dapat menimbulkan perubahan fisik atau emosi yang destruktif.

3. Prioritas rendah

Prioritas masalah rendah umumnya tidak langsung terkait dengan penyakit atau prognosis. Masalah prioritas rendah adalah masalah yang timbul dari kebutuhan perkembangan normal dan membutuhkan dukungan keperawatan yang minimal.

Urutan prioritas masalah dapat berubah sesuai dengan kondisi klien. Untuk itu perlu dilakukan pengkajian secara berkelanjutan untuk melihat adanya perubahan masalah atau perubahan prioritas masalah klien.

Perawat juga perlu mempertimbangkan berbagai faktor dalam menetapkan prioritas, sebagai berikut (Kozier, Berman and Snyder, 2010):

1. Nilai dan kepercayaan kesehatan klien

Nilai dan kepercayaan klien harus menjadi pertimbangan dalam menetapkan prioritas. Jika ada perbedaan antara perawat dan klien sebaiknya didiskusikan, atau perawat mengambil inisiatif/ keputusan jika situasi mengancam jiwa klien.

2. Prioritas klien

Prioritas klien perlu diperhatikan karena dalam memprioritaskan masalah klien harus ikut dilibatkan.

3. Sumber yang tersedia bagi perawat dan klien

Jika sumber daya dan fasilitas tidak mendukung, maka diagnosa terkait diletakkan pada prioritas yang lebih rendah.

4. Urgensi masalah

Situasi atau masalah yang mengancam jiwa harus menjadi prioritas yang tinggi/utama

5. Rencana terapi medis

Prioritas masalah diharapkan tidak bertentangan atau harus sesuai dengan terapi yang dilakukan oleh profesional kesehatan lainnya.

5.3 Menetapkan Luaran (Outcome) Keperawatan

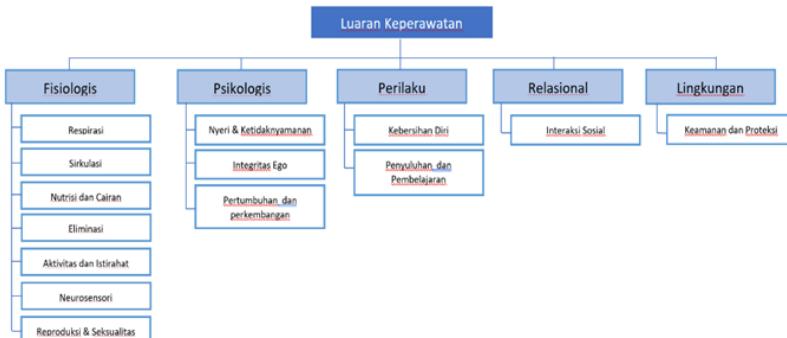
Setelah menetapkan prioritas masalah keperawatan, maka perawat menetapkan tujuan atau luaran keperawatan. Merujuk pada Standar Luaran Keperawatan Indonesia, istilah yang digunakan adalah Luaran (Outcome), di mana dulunya dikenal dengan istilah Hasil Yang Diharapkan/ Tujuan.

Luaran Keperawatan menguraikan respons pasien yang dapat diamati, diobservasi dan diukur sebagai respons dari Intervensi Keperawatan. Luaran Keperawatan harus bersifat spesifik dan terukur. Luaran Keperawatan berguna untuk mengarahkan dan memfokuskan perawat dalam pemberian Asuhan Keperawatan (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019).

Penetapan luaran/outcome akan mengarahkan perawat untuk fokus terhadap masalah yang dialami klien dan menetapkan indikator pencapaian yang akan menjadi evaluasi terhadap perkembangan respons pasien setelah dilakukan intervensi keperawatan. (Koerniawan, Daeli and Srimiyati, 2020)

Klasifikasi Luaran Keperawatan

Luaran keperawatan dibagi ke dalam 5 kategori yaitu: Fisiologis, Psikologis, Perilaku, relasional dan Lingkungan. Kemudian akan dibagi ke dalam sub kategori masing-masing. (Wake and Coenen, 1998; Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019)



Gambar 5.1: Klasifikasi Luaran Keperawatan (Wake and Coenen, 1998; Doenges, Morhouse and Murr, 2015; Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019)

Jenis Luaran Keperawatan

Luaran Keperawatan terdiri atas dua jenis yaitu Luaran Negatif dan Luaran Positif. Luaran Positif berisi kondisi, situasi, perilaku atau persepsi yang sehat, hingga penetapannya akan mengarah kepada pemberian intervensi keperawatan yang bertujuan untuk meningkatkan atau memperbaiki.

Sedangkan Luaran Negatif akan mengarahkan pada Intervensi Keperawatan yang bertujuan menurunkan, karena berisi kondisi, situasi, perilaku atau persepsi yang tidak sehat.(Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019)

Tabel 5.1: Jenis Luaran Keperawatan (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019)

No	Jenis Luaran	Contoh Luaran
1	Positif	Bersih Jalan Napas Keseimbangan Cairan Integritas Kulit dan Jaringan Citra Tubuh
2	Negatif	Tingkat Nyeri Tingkat Kelelahan Tingkat Ansietas Tingkat Berduka Respon Alergi Lokal

Komponen Luaran Keperawatan

Luaran Keperawatan terdiri atas tiga komponen yaitu Label, Ekspektasi dan Kriteria Hasil, yaitu sebagai berikut: (Rosdahl and Kowalski, 2014;Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019; Mardiani, 2019).

1. Label

Label Luaran Keperawatan merupakan nama luaran Keperawatan yang terdiri atas beberapa kata (1 -4 kata), diawali dengan kata benda, yang berfungsi untuk mendeskripsikan luaran keperawatan tersebut, contoh: Bersihkan Jalan Napas

2. Ekspektasi

Ekspektasi Luaran keperawatan merupakan perubahan pada kondisi, perilaku atau persepsi klien, yang diharapkan perawat setelah pemberian intervensi Keperawatan. Ekspektasi meningkat digunakan pada Luaran Positif untuk menunjukkan pertambahan pada ukuran, jumlah, derajat atau tingkatan, seperti: Bersihkan Jalan Napas. Ekspektasi menurun digunakan pada luaran Negatif untuk menunjukkan pertambahan pada ukuran, jumlah, derajat atau

tingkatan, contoh: Tingkat Keletihan, Tingkat Ansietas. Sedangkan Ekspektasi Membaiik untuk menggambarkan efek yang lebih baik, adekuat atau efektif, contoh: Eliminasi Fekal, penampilan Peran.

3. Kriteria Hasil

Kriteria hasil merupakan standar untuk mengevaluasi keberhasilan intervensi keperawatan yang telah diberikan. Kriteria menunjukkan karakteristik klien yang dapat diamati atau diukur oleh perawat. Penetapan Kriteria Hasil dapat mengikuti Pedoman SMART yaitu *Specific, Measurable, Achievable, Realistic, Time*.

Specific artinya kriteria yang disusun tidak boleh memiliki arti ganda, di mana tujuan dan hasil difokuskan kepada respon klien. Measurable artinya kriteria yang ingin dicapai harus terukur (dirasakan, dilihat atau diraba). Achievable artinya secara realistik tujuan dapat dicapai. Realistic artinya kriteria dapat dipertanggungjawabkan secara ilmiah. Time artinya kriteria hasil harus memiliki batasan waktu. (Mardiani, 2019; Rosdahl and Kowalski, 2014; Koerniawan, Daeli and Srimiyati, 2020)

5.4 Memilih Intervensi Keperawatan

Intervensi Keperawatan yang spesifik dipilih harus berfokus mengurangi atau menghilangkan etiologi diagnosa keperawatan. Akan tetapi, ketika situasi tidak memungkinkan perawat mengubah faktor etiologi, maka pemilihan intervensi difokuskan kepada tanda dan gejala atau batasan karakteristik pada masalah keperawatan (Potter and Perry, 2011).

Intervensi Keperawatan ditulis dan diidentifikasi selama proses rencana keperawatan, namun dilaksanakan pada tahap implementasi.

Jenis Intervensi Keperawatan

Intervensi Keperawatan mencakup asuhan keperawatan langsung maupun tidak langsung. Asuhan Langsung adalah Intervensi dilakukan melalui interaksi perawat dan klien, sedangkan asuhan tidak langsung intervensi yang

dilakukan melalui kolaborasi dengan tim profesional kesehatan yang lain (Potter and Perry, 2011).

Klasifikasi Intervensi Keperawatan

Klasifikasi atau taksonomi intervensi keperawatan bertujuan untuk memudahkan dalam penelusuran intervensi keperawatan baik manual, pengkodean maupun sistem berbasis komputer, serta memudahkan dalam memahami keragaman intervensi. Klasifikasi intervensi keperawatan dilakukan berdasarkan analisa kesetaraan (Similar Analysis) dan penilaian klinis (Clinical Judgement). Setiap intervensi hanya diklasifikasikan ke dalam satu kategori/sub kategori, sistem pengelompokannya yang bersifat umum/tinggi ke khusus/rendah (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2019).

Standar Intervensi Keperawatan Indonesia mengklasifikasikan Intervensi menjadi 5 Kategori dan 14 Sub Kategori, yaitu sebagai berikut:

1. Fisiologis

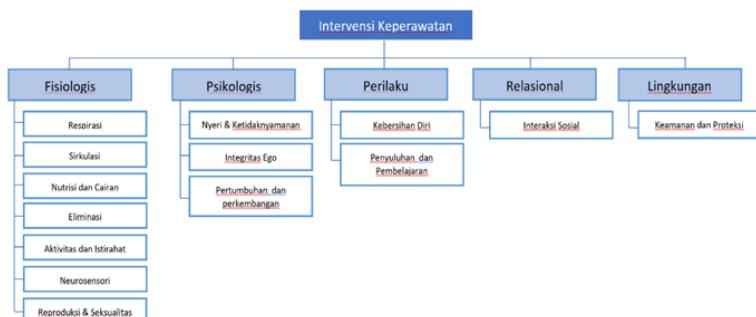
Kategori ini untuk mendukung fungsi fisik dan regulasi homeostasis, yang terdiri atas:

- a. Respirasi, berisi kelompok intervensi untuk mengatasi masalah oksigenasi dan memulihkan fungsi pernapasan
- b. Sirkulasi, berisi kelompok intervensi untuk mengatasi masalah dan memulihkan fungsi jantung dan pembuluh darah
- c. Nutrisi dan cairan, berisi kelompok intervensi untuk mengatasi masalah metabolisme, regulasi cairan dan memulihkan fungsi gastrointestinal
- d. Eliminasi, berisi kelompok intervensi untuk memulihkan fungsi eliminasi fekal dan urinaria
- e. Aktivitas dan istirahat berisi kelompok intervensi yang bertujuan memulihkan fungsi muskuloskeletal, penggunaan energi, dan masalah istirahat dan tidur
- f. Neurosensori, berisi kelompok intervensi untuk mengatasi masalah dan memulihkan fungsi otak dan persarafan
- g. Reproduksi dan seksualitas, yang berisi kelompok intervensi untuk mengatasi masalah fungsi reproduksi dan seksualitas.

2. Psikologis

Kelompok intervensi yang bertujuan meningkatkan fungsi proses mental, yaitu meliputi:

- Nyeri dan kenyamanan, berisi kelompok intervensi untuk mengurangi nyeri dan meningkatkan kenyamanan
 - Integritas ego, berisi kelompok intervensi yang bertujuan untuk pencapaian kesejahteraan diri secara emosional
 - Pertumbuhan dan perkembangan, berisi kelompok intervensi untuk mengatasi fungsi pertumbuhan dan perkembangan
3. Perilaku, berisi kelompok intervensi untuk meningkatkan pola hidup sehat, yang meliputi:
- Kebersihan diri, terdiri atas kelompok intervensi untuk meningkatkan perawatan diri dan perilaku sehat
 - Penyuluhan dan pembelajaran, berisi kelompok intervensi meningkatkan pengetahuan sampai kepada perilaku hidup sehat.
4. Relasional, yang terdiri atas kelompok intervensi interaksi sosial, yang bertujuan untuk memulihkan hubungan antara individu dengan individu lainnya.
5. Lingkungan, yang terdiri atas kelompok intervensi keamanan dan proteksi, yang bertujuan untuk meningkatkan keamanan dan mengurangi risiko cedera akibat ancaman dari lingkungan internal maupun eksternal.



Gambar 5.2: Klasifikasi Intervensi Keperawatan (Wake and Coenen, 1998;Doenges, Morhouse and Murr, 2015;Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2019)

5.5 Komponen Intervensi Keperawatan

Intervensi Keperawatan terdiri atas tiga komponen, yaitu sebagai berikut:

1. Label

Komponen ini berisi tentang kata kunci yang diawali dengan kata benda (nomina), yang berfungsi untuk memberikan deskripsi/informasi intervensi keperawatan. Dalam Standar Intervensi Keperawatan Indonesia, terdapat 18 (delapan belas) deskriptor pada label intervensi, yaitu:

Tabel 5.1: Deskriptor Intervensi Keperawatan (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2019)

No	Deskriptor	Definisi
1	Dukungan	Memfasilitasi, memudahkan atau melancarkan
2	Edukasi	Mengajarkan atau memberikan informasi
3	Kolaborasi	Melakukan kerjasama dan interaksi
4	Konseling	Memberikan bimbingan
5	Konsultasi	Memberikan informasi tambahan atau pertimbangan
6	Latihan	Mengajarkan suatu keterampilan atau kemampuan
7	Manajemen	Mengidentifikasi dan mengelola
8	Pemantauan	Mengumpulkan dan menganalisis data
9	Pemberian	Menyiapkan dan memberikan
10	Pemeriksaan	Mengobservasi dengan teliti
11	Pencegahan	Meminimalkan risiko atau komplikasi
12	Pengontrolan	Mengendalikan
13	Perawatan	Mengidentifikasi dan merawat
14	Promosi	Meningkatkan
15	Rujukan	Menyusun penatalaksanaan lebih lanjut

16	Resusitasi	Memberikan tindakan secara cepat untuk mempertahankan kehidupan
17	Skrining	Mendeteksi secara dini
18	Terapi	Memulihkan kesehatan dan/atau menurunkan risiko

2. Definisi

Merupakan penjelasan dari arti/makna dari label, diawali dengan kata kerja, yang berupa perilaku yang dilakukan oleh Perawat.

3. Tindakan

Tindakan keperawatan adalah Komponen intervensi yang berisi perilaku atau aktivitas spesifik yang dilakukan oleh perawat untuk melaksanakan/mengimplementasikan Intervensi Keperawatan. Tindakan Keperawatan pada intervensi terdiri atas (Potter and Perry, 2005; Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2019)

a. Tindakan Observasi

Tindakan ini mencakup kegiatan untuk mengumpulkan dan menganalisis status kesehatan, kegiatan ini berbeda dengan pengkajian (pre diagnosa), observasi dilakukan pasca diagnosa, contoh: ‘identifikasi’ dan ‘monitor’

b. Tindakan Terapeutik

Tindakan terapeutik merupakan tindakan mandiri perawat secara langsung untuk pemulihan kesehatan pasien. Umumnya tindakan ini diawali dengan kata: ‘lakukan’, ‘berikan’ dan sebagainya.

c. Tindakan Edukasi

Tindakan ini direncanakan untuk meningkatkan kemampuan pasien untuk mengubah perilaku sehat, sehingga mampu merata dirinya sendiri, Tindakan ini diawali dengan kata: ‘ajarkan’, ‘anjurkan’ dan ‘latih’.

d. Tindakan Kolaborasi

Tindakan keperawatan yang menggabungkan pengetahuan, keterampilan serta kerja sama antara perawat dengan tim profesi kesehatan lainnya. Tindakan ini umumnya diawali dengan kata: ‘Kolaborasi’ dan ‘Rujuk’.

Faktor-Faktor Memengaruhi Pemilihan Intervensi

Dalam pemilihan intervensi, perawat perlu mempertimbangkan beberapa faktor sebagai berikut (Kozier, Berman and Snyder, 2010;Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2019):

1. Karakteristik Diagnosis Keperawatan

Intervensi Keperawatan yang direncanakan pertama mengatasi etiologi, kedua mengatasi tanda/gejala dalam diagnosa keperawatan. Sedangkan diagnosa risiko, diharapkan intervensi dapat mengurangi faktor risiko.

2. Luaran (Outcome) yang diharapkan

Luaran memberikan arahan untuk pemilihan Intervensi Keperawatan untuk mengatasi masalah pada klien.

3. Kemampuan melaksanakan Intervensi Keperawatan

Tindakan Keperawatan dipertimbangkan dapat dicapai dengan sumber daya yang tersedia.

4. Kemampuan perawat

Perawat diharapkan memiliki pengetahuan ilmiah dan keterampilan psikomotorik terhadap intervensi yang akan dilakukan.

5. Penerimaan pasien

Dalam menetapkan Intervensi, perlu memperhatikan karakteristik pasien (Aman dan sesuai usia, kesehatan dan kondisi individu), serta sesuai dengan nilai, kepercayaan dan budaya klien.

6. Tidak bertentangan dengan terapi lain yang sedang berjalan.

7. Memenuhi standar asuhan baku yang ditentukan oleh negara, organisasi profesi dan kebijakan institusi (rumah sakit).

Bab 6

Penyusunan Perencanaan Keperawatan

6.1 Pendahuluan

Perencanaan keperawatan merupakan tahapan sistematis yang dipertimbangkan oleh perawat secara mendalam meliputi pembuatan keputusan dan pemecahan masalah (Kozier, 1995). Perencanaan keperawatan adalah petunjuk dalam pelaksanaan asuhan keperawatan. Dalam penyusunan perencanaan keperawatan, perawat mengacu pada data hasil pengkajian dan rumusan diagnosa keperawatan yang telah ditetapkan.

Perencanaan keperawatan yang ditetapkan oleh perawat harus efektif dan efisien, artinya dapat mencegah agar masalah keperawatan tidak terjadi dan menurunkan atau mengeliminasi masalah keperawatan apabila sudah terjadi pada klien. Penyusunan perencanaan keperawatan yang dibuat sesuai kebutuhan klien terdiri dari beberapa tahap di antaranya: penetapan prioritas masalah, penetapan tujuan, penetapan kriteria hasil, penetapan rencana intervensi dan strategi yang tepat untuk memenuhi tujuan, dan penetapan rasional atas rencana intervensi yang dibuat oleh perawat.

Dalam penyusunan perencanaan keperawatan, perawat harus melakukan koordinasi dengan tenaga kesehatan lain yang terkait agar intervensi

keperawatan yang diberikan bersifat komprehensif dan holistik (Doenges et al., 2019). Namun, suatu perencanaan keperawatan bersifat dinamis, bisa berubah seiring dengan kondisi dan kebutuhan pasien.

Tujuan Penyusunan Perencanaan Keperawatan

Tujuan penyusunan perencanaan keperawatan terdiri dari tujuan administratif dan klinik sebagai berikut:

1. Tujuan Administratif
 - a. Mengetahui fokus keperawatan pada klien sebagai individu atau kelompok
 - b. Membedakan peran dan tanggung jawab perawat dan petugas kesehatan lain
 - c. Menetapkan suatu kriteria yang berguna untuk pengulangan asuhan keperawatan dan evaluasi keberhasilan asuhan keperawatan yang diberikan
 - d. Menyediakan kriteria klasifikasi klien
2. Tujuan Klinik
 - a. Menetapkan suatu pedoman penulisan
 - b. Sebagai alat komunikasi antar staf perawat mengenai apa yang harus di observasi, apa yang harus dilaksanakan atau apa yang harus diajarkan kepada klien
 - c. Menetapkan suatu kriteria hasil atau outcome yang berguna untuk pengulangan asuhan keperawatan dan evaluasi keberhasilan asuhan keperawatan yang diberikan
 - d. Pedoman pelaksanaan tindakan keperawatan yang spesifik bagi perawat untuk melaksanakan asuhan keperawatan bagi klien (individu) dan keluarga (Carpenito-Moyet, 2006).

6.2 Tahapan Penyusunan Perencanaan Keperawatan

6.2.1 Penetapan Prioritas Masalah

Penetapan prioritas masalah adalah penyusunan diagnosa keperawatan yang disusun oleh perawat berdasarkan tingkat urgensi untuk mendapatkan intervensi keperawatan yang paling dibutuhkan (Ernawati and Kep, 2021). Penetapan prioritas masalah bertujuan untuk mengidentifikasi urutan intervensi keperawatan yang sesuai dengan kebutuhan klien sehingga tujuan intervensi keperawatan dapat tercapai (Carpenito, 1977).

Jika klien memiliki masalah keperawatan lebih dari satu, perawat tidak dapat menyelesaikan masalah tersebut secara bersamaan dalam satu waktu. Oleh karena itu, dibutuhkan penetapan prioritas masalah sesuai urgensinya untuk dapat diselesaikan terlebih dahulu. Kemampuan perawat dalam membedakan masalah prioritas dan bukan prioritas sangat krusial.

Terdapat perbedaan antara masalah keperawatan prioritas dan non-prioritas. Masalah keperawatan prioritas adalah masalah yang harus diselesaikan “saat ini/ sekarang” karena apabila ditunda untuk diselesaikan dapat menghalangi atau menghambat tujuan keperawatan yang ingin dicapai atau dapat menurunkan kemampuan fungsional status pasien. Sedangkan, masalah keperawatan non-prioritas adalah masalah yang apabila tidak dikerjakan saat ini atau ditunda tidak akan memengaruhi fungsional status klien saat ini (Carpenito-Moyet, 2006).

Dalam penetapan perencanaan keperawatan, perawat dapat mengacu pada pembagian jenis masalah keperawatan yang terdiri dari aktual, risiko, dan kolaboratif (Carpenito-Moyet, 2006).

1. **Masalah aktual:** Jika masalah keperawatan aktual, maka fokus intervensi keperawatan adalah menurunkan atau menghilangkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap masalah keperawatan tersebut, meningkatkan kesejahteraan pasien, dan memonitor atau mengevaluasi status kesehatan klien.
2. **Risiko:** Selanjutnya, jika masalah keperawatan merupakan risiko, maka fokus dari intervensi keperawatan yang diberikan adalah

menurunkan atau menghilangkan faktor risiko, mencegah masalah agar tidak terjadi, memonitor dan mengevaluasi status klien.

3. Masalah kolaboratif: Terakhir, jika masalah keperawatan merupakan masalah kolaboratif, maka intervensi yang dibuat harus dapat memonitor perubahan status klien,

Selain itu, perawat juga dapat melakukan penetapan perencanaan keperawatan dengan menggunakan hirarki kebutuhan menurut Maslow. Berdasarkan hirarki kebutuhan Maslow, terdapat 5 jenis kebutuhan dengan urutan sebagai berikut:

1. Kebutuhan fisiologis (physiological needs): merupakan kebutuhan manusia paling dasar agar dapat mempertahankan hidupnya. Kebutuhan fisiologis terkait masalah respirasi, sirkulasi, suhu, nyeri, cairan, perawatan kulit, mobilitas, dan eliminasi.
2. Kebutuhan rasa aman (safety/ security needs): terkait rasa aman pada lingkungan, perlindungan, pakaian, terbebas dari infeksi, dan terbebas dari rasa takut.
3. Kebutuhan kasih sayang (social needs): setelah kebutuhan fisiologis dan kebutuhan rasa aman terpenuhi, selanjutnya manusia memerlukan rasa memiliki dan kasih sayang, seksualitas, afiliasi dalam kelompok, hubungan antar manusia.
4. Kebutuhan penghargaan (esteem needs): terkait masalah respek keluarga, dan perasaan menghargai diri sendiri.
5. Kebutuhan aktualisasi diri (self-actualization needs): meliputi kebutuhan untuk membuktikan dirinya kepada orang lain dengan memaksimalkan potensi yang dimilikinya.



Gambar 6.1: Hierarki Kebutuhan Maslow

Dengan adanya hierarki kebutuhan Maslow tersebut, maka perawat dapat mengetahui prioritas masalah. Misalnya, masalah oksigenasi pada klien harus didahulukan daripada masalah mobilisasi, atau masalah kebutuhan cairan harus lebih didahulukan daripada masalah eliminasi.

Terdapat beberapa faktor yang memengaruhi perawat dalam menentukan prioritas masalah keperawatan, misalnya lingkungan rumah sakit, organisasi unit keperawatan di lingkungan rumah sakit, gangguan dari tenaga kesehatan lain di rumah sakit, sumber daya yang ada di rumah sakit (perawat spesialis, teknisi laboratorium, ahli gizi, farmasi, dokter, dll), standar operasional prosedur (SOP) di rumah sakit, dan akses fasilitas di rumah sakit (Induniasih et al., 2016).

6.2.2 Penetapan Tujuan

Tujuan

Sebelum menentukan intervensi keperawatan, tujuan dan kriteria hasil harus ditetapkan terlebih dahulu. Tujuan adalah hasil yang ingin dicapai oleh perawat yang bersifat realistik dan merupakan hasil akhir dari asuhan keperawatan. Tujuan menggambarkan perubahan atau perbaikan kondisi yang ingin dicapai.

Dalam menetapkan tujuan, hendaknya perawat melibatkan klien dan keluarga. Tujuan terdiri dari tujuan jangka pendek dan tujuan jangka panjang. Tujuan jangka pendek merupakan tujuan yang dapat dicapai dalam kurun waktu jam atau hari, sedangkan tujuan jangka panjang memerlukan waktu pencapaian yang lebih lama.

Rumusan Tujuan SPKK

Idealnya, tujuan dapat mengarahkan aktivitas asuhan keperawatan yang memiliki unsur subjek, predikat, dan kriteria

S: Subjek/ perilaku pasien yang diamati (pasien atau bagian dari pasien)

P: Predikat/ kondisi yang melengkapi pasien (aksi pasien atau perilaku yang ingin dicapai)

K: Kriteria/ kata kerja yang dapat diukur atau untuk menentukan tercapainya tujuan (pasien)

K: Kondisi/ sesuatu yang menyebabkan asuhan keperawatan diberikan (menggambarkan kondisi pasien berperilaku) (Induniasih et al., 2016).

Berikutnya, menurut Ernawati and Kep. (2021), terdapat 3 rumusan tujuan yang lain, di antaranya adalah SMART, SPKHT, dan SPK sebagai berikut:

Rumusan Tujuan SMART

- S: Specific, berfokus kepada klien
- M: Measurable (dapat diukur)
- A: Achievable, dapat dicapai atau realistik
- R: Reasonable, memiliki alasan atau dasar yang jelas
- T: Time, memiliki rentang waktu yang jelas

Rumusan Tujuan SPKHT

- S: Subjek, yang akan mencapai tujuan (klien)
- P: Predikat, kata kerja yang dapat diukur oleh perawat, misalnya kata “mampu”
- H: Hasil, respons yang diharapkan dari klien
- K: Kriteria, alat ukur untuk mengetahui kemajuan atau perkembangan klien
- T: Target waktu untuk mencapai kriteria

Rumusan Tujuan SPK

- S: Subjek atau perilaku pasien yang diamati
- P: Predikat merupakan perilaku pasien atau kondisi pasien yang akan dicapai
- K: Kondisi pencapaian tujuan (Ernawati and Kep, 2021)

6.2.3 Penetapan Kriteria Hasil

Kriteria hasil adalah patokan apakah intervensi keperawatan yang diberikan dapat menyelesaikan masalah keperawatan atau tidak. Kriteria hasil dapat dijadikan gambaran dari perilaku dan respons pasien terhadap asuhan keperawatan yang diberikan. Penetapan tujuan dan kriteria hasil mengacu pada data perilaku klien atau respons fisiologis klien.

Penetapan tujuan dan kriteria hasil memiliki beberapa manfaat di antaranya menciptakan arah yang jelas untuk menentukan dan melaksanakan intervensi keperawatan, serta menyediakan fokus evaluasi untuk mengukur efektivitas intervensi yang diberikan (Induniasih et al., 2016).

Sedangkan Doenges et al. (2019) menyebutkan bahwa penetapan kriteria hasil harus memenuhi beberapa karakteristik seperti:

1. Spesifik: setiap kriteria dinyatakan dengan spesifik dan tidak memiliki arti ganda.
2. Realistik dan dapat dicapai: setiap kriteria harus konkret.
3. Dapat diukur: setiap kriteria dapat diukur seperti dapat di observasi (diukur, dilihat, didengar, diraba, dirasakan, dan dibau), dapat dilaporkan, dan dapat didokumentasikan.
4. Memiliki kerangka waktu: setiap kriteria memiliki time frame yang jelas, misalnya berapa jam atau berapa hari.
5. Mempertimbangkan keinginan, kebutuhan, dan sumber daya klien (Doenges et al., 2019).

Sedangkan, menurut Ernawati and Kep, (2021) 4 komponen kriteria hasil adalah kognitif, afektif, psikomotor, dan perubahan fisiologis tubuh.

1. Kognitif: merupakan perubahan tingkat pengetahuan dari klien misalnya dari tidak tahu menjadi tahu.

Contoh:

- a. klien mampu menyebutkan tanda dan gejala diabetes melitus;
- b. klien mampu melakukan latihan mobilisasi menggunakan walker secara mandiri dibantu oleh keluarga.

2. Afektif: perubahan sikap pasien dari klien misalnya dari tidak mau menjadi mau, dari tidak mampu menjadi mampu.

Contoh:

- a. pasien dapat melakukan pembatasan cairan;
- b. pasien dapat menyampaikan perasaannya kepada perawat.

3. Psikomotor: bentuk perilaku klien yang dapat diamati oleh perawat karena bersifat nyata dan dapat dilihat sehari hari.

Contoh:

- a. klien tampak menghabiskan makanannya;
- b. klien tampak melakukan latihan mobilisasi secara mandiri dibantu oleh keluarga.

4. Perubahan fisiologis tubuh, misalnya adanya perbaikan nilai tanda tanda vital, nilai gula darah, jumlah produksi urin, dan lain-lain.

Contoh:

- a. tanda-tanda vital pasien terpantau stabil, tekanan darah 120/70 mmHg, nadi 89 kali/menit, pernafasan 19 kali/menit, suhu 370 celcius;
- b. luka pasien tampak baik dan tidak ada tanda infeksi lokal.

Pada saat perawat menentukan kriteria hasil, perawat harus dapat menentukan daftar item kriteria hasil yang dapat diukur seperti dapat di observasi, dapat dilaporkan, dan dapat didokumentasikan. Pengukuran dilakukan dengan menentukan waktu yang spesifik, misalnya berapa jam atau berapa hari tergantung pada masa rawat, jenis penyakit atau masalah keperawatan, ada tidaknya komplikasi, usia, dan proses penyakit (Doenges et al., 2019).

Sedangkan, menurut Butcher et al., (2018), variabel yang memengaruhi kriteria hasil di antaranya adalah jenis penyakit, rencana intervensi yang diberikan oleh petugas kesehatan, petugas kesehatan itu sendiri, lingkungan, komplikasi penyakit, perjalanan penyakit, motivasi pasien, dan dukungan keluarga pasien.

6.2.4 Penetapan Rencana Intervensi

Setelah tujuan dan kriteria hasil ditetapkan, perawat harus merumuskan rencana intervensi keperawatan. Rencana intervensi merupakan strategi dan alternatif untuk mencapai tujuan dan kriteria hasil yang ditetapkan. Sama halnya dengan tujuan dan kriteria hasil, rencana intervensi harus tertulis, jelas, dan spesifik dimulai dengan kalimat perintah yang mengindikasikan apa yang harus dilakukan pertama kali oleh perawat.

Dalam menentukan rencana intervensi, seorang perawat harus memiliki pengetahuan mengenai *evidence based* dari rencana intervensi yang diberikan, memiliki keterampilan yang diperoleh dari pendidikan dan pengalaman, dan memiliki interpersonal yang dibutuhkan seperti komunikasi teurapeutik serta mampu menggunakan fasilitas layanan kesehatan dengan efektif dan tepat.

Menurut Doenges et al (2019) banyak faktor yang menentukan penetapan rencana intervensi yang dibuat oleh perawat untuk klien bersifat independen (tindakan mandiri perawat) atau kolaborasi (melibatkan petugas kesehatan lain), di antaranya adalah: pendidikan atau keahlian dari perawat, fasilitas

keperawatan yang tersedia, ada atau tidaknya delegasi tugas, area penyedia perawatan misalnya perkotaan atau pedesaan, perawatan akut atau perawatan komunitas, dll.

Selanjutnya, menurut Induniasih et al., (2016) dan Ernawati and Kep, (2021) terdapat 4 bentuk instruksi perawatan dalam rencana tindakan, bentuk instruksi tersebut yaitu:

1. Instruksi diagnostik (observative): pada instruksi diagnostik, perawat melakukan penilaian terhadap kemajuan klien melalui pemantauan aktivitas klien secara terus menerus. Contoh instruksi diagnostik: pantau tanda-tanda vital tiap 8 jam, kaji ulang gula darah pasien tiap 8 jam, dan lain-lain
2. Instruksi teurapetik (nursing treatment): instruksi teurapetik adalah rencana tindakan yang ditetapkan oleh perawat untuk mengurangi, memperbaiki, dan mencegah perluasan masalah. Contoh instruksi teurapetik: lakukan ROM aktif, lakukan latihan mobilisasi menggunakan walker, dan lain lain.
3. Instruksi penyuluhan (health education): memberikan informasi kepada klien dan keluarga untuk meningkatkan pengetahuan dan kemampuan klien serta keluarga mengenai perawatan diri, informasi mengenai program perawatan, dan lain-lain. Contoh rencana instruksi penyuluhan: jelaskan mengenai sebab dan tata cara mengurangi haus pada klien dengan hemodialisis, jelaskan mengenai tata cara penyuntikan insulin pada pasien Diabetes Melitus.
4. Instruksi rujukan/ kolaborasi: melibatkan profesi kesehatan lainnya dalam melaksanakan program perawatan klien. Dalam instruksi rujukan ini, perawat dapat bertindak sebagai koordinator atau manajer, maupun sebagai pelaksana. Contoh instruksi rujukan atau kolaborasi: konsul klien Ny. Y ke dokter anastesi untuk persiapan operasi, konsul Tn. K ke ahli jantung, dan lain-lain

Terdapat pedoman untuk menulis rencana intervensi keperawatan, yakni:

1. Berdasarkan prioritas masalah: masalah yang mengancam jiwa dan tidak dapat ditunda diatasi terlebih dahulu

2. Konsisten dengan diagnosis dan tujuan keperawatan yang telah dibuat
3. Intervensi keperawatan harus bersinergi atau sejalan dengan program perawatan dari profesi kesehatan lainnya
4. Memperhatikan keamanan dan senantiasa melibatkan klien dan keluarga
5. Menuliskan rencana tindakan secara sistematis dan komprehensif mencakup tindakan promotive, preventif, kuratif, dan rehabilitative
6. Tanggung jawab dan tanggung gugat. Perawat harus mendokumentasikan setiap kegiatan yang dilakukan dan melakukan tindakan yang sudah dituliskan atau direncanakan dalam program asuhan keperawatan
7. Tindakan keperawatan meliputi tindakan mandiri keperawatan, pendidikan kesehatan, kegiatan kolaborasi dan observasi

6.2.5 Penetapan Rasional

Bagian terakhir dari penyusunan perencanaan intervensi adalah penetapan rasional. Penetapan rasional sama pentingnya dengan bagian lain. Pada bagian ini, kemampuan berpikir kritis perawat sangat dibutuhkan. Penetapan rasional adalah alasan ilmiah atau dasar pemikiran yang melatarbelakangi seorang perawat dalam pemilihan rencana intervensi. Penetapan rasional dapat dibuat berdasarkan *evidence-based nursing* atau teori keperawatan yang dikutip dari berbagai literatur, buku ajar, buku teori keperawatan, dan lain-lain.

Berikut merupakan contoh pembuatan rasional rencana intervensi keperawatan:

Rencana Tindakan	Rasional
Monitor frekuensi, irama, kedalaman, dan upaya napas	Mengumpulkan data dan menganalisis data untuk memastikan kepatenhan jalan nafas dan keefektifan pertukaran gas
Latih pasien untuk melakukan batuk efektif	Melatih pasien yang tidak memiliki kemampuan batuk secara efektif untuk membersihkan trachea dan bronkiolus dari secret atau benda asing dijalan napas.

6.3 Contoh Format Penyusunan Perencanaan Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Rencana Tindakan	Rasional	Paraf
1	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencegah fisik (post operasi) yang ditandai dengan klien mengeluh nyeri (skala nyeri 3), klien sulit tidur, frekuensi nadi meningkat (n= 110 kali/ menit)	Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 3x24 jam, klien mampu mendemonstrasikan pengendalian rasa nyeri ditandai dengan: Skala nyeri meleburun (0) Klien mampu mengontrol nyeri Pola tidur membaik (tidur minimal 8-9 jam) Nadi dalam batas normal (60-100 kali/ menit)	<p>Observasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri Identifikasi faktor yang memperberat dan meringankan nyeri Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri <p>Teurapetik:</p> <ul style="list-style-type: none"> Berikan teknik non-farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri, misalnya kompres hangat Fasilitasi istirahat tidur Edukasi <ul style="list-style-type: none"> Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri Jelaskan strategi meredakan nyeri Kolaborasi <ul style="list-style-type: none"> Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu 	<p>Menerapkan rencana intervensi berikutnya</p> <p>Menurunkan nyeri dan mencegah terjadinya peningkatan nyeri</p> <p>Pengetahuan yang baik tentang nyeri memungkinkan klien memiliki koping yang baik saat nyeri dirasakan</p> <p>Kompres hangat dapat mengurangi nyeri secara alami dengan cara vaskodilatasi pembuluh darah dan memperlancar aliran darah ke organ sekitar</p> <p>Tidur yang cukup (7-9 jam) per hari sangat diperlukan tubuh, salah satunya untuk memperkuat sistem kekebalan tubuh</p> <p>Meningkatkan pengetahuan klien tentang nyeri, sehingga klien dapat menghindari hal yang memicu atau memambah nyeri</p> <p>Meningkatkan pengetahuan dan koping tentang bagaimana cara mengurangi nyeri dan mengaplikasikannya</p> <p>Mengurangi simpat rasa sakit yang dihasilkan oleh medulla spinalis</p>	Ns. H

Bab 7

Implementasi Keperawatan

7.1 Pendahuluan

Proses implementasi keperawatan merupakan salah satu bagian inti dalam proses keperawatan yang membutuhkan kemampuan berpikir kritis dari seorang perawat profesional, yang menunjukkan kesinambungan antara *knowledge* dan skill perawat dengan tetap berada dalam rambu-rambu standar pelayanan profesional keperawatan.

Implementasi keperawatan akan berjalan baik, seiring dengan kualitas intervensi keperawatan yang dibuat dalam proses keperawatan berdasarkan pertimbangan dan pengetahuan klinis dari pasien, untuk mendapatkan peningkatan status kesehatan klien. Tahap implementasi keperawatan menentukan keberhasilan proses asuhan keperawatan melalui tindakan nyata kepada pasien, sehingga tujuan asuhan keperawatan dapat tercapai.

Praktik implementasi keperawatan terhadap klien, keluarga dan komunitas, diantaranya memiliki kinerja membantu; mendidik dan melatih klien; keluarga dan komunitas; mengobservasi dan menegakkan diagnosa keperawatan yang aktual dan potensial; peka terhadap situasi yang terjadi pada pemberian asuhan keperawatan; pemberian dan pengawasan intervensi keperawatan; pengawasan dan penjaminan kualitas praktik pelayanan asuhan keperawatan.

Implementasi keperawatan membutuhkan kepekaan, caring, pengetahuan, pengalaman dan intuisi terhadap setiap masalah klinis yang dikeluhkan oleh pasien baik potensial maupun aktual (Jainurakhma, 2017; Jainurakhma et al., 2020; Elon, et al., 2021).

Setiap tahapan proses keperawatan membutuhkan kemampuan berpikir kritis, begitu pula pada tahap implementasi, di mana perawat harus memikirkan ketepatan intervensi yang dibuat, meninjau risiko atau akibat yang akan didapatkan oleh klien dengan tindakan yang akan dilakukan seorang perawat, mempertimbangkan efek samping dari tindakan yang akan dilakukan saat implementasi, meninjau manfaat dari tindakan keperawatan yang akan diberikan (Potter&Perry, 2010).

7.2 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi status kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Kesuksesan pelaksanaan implementasi keperawatan maka perawat harus mempunyai kemampuan kognitif (intelektual), kemampuan dalam hubungan interpersonal, dan keterampilan dalam melakukan tindakan (Simamora et al., 2017; Sihaloho, 2020; Sepang et al., 2021).

Proses pelaksanaan implementasi harus berpusat kepada kebutuhan klien, faktor-faktor lain yang memengaruhi kebutuhan keperawatan, strategi implementasi keperawatan, dan kegiatan komunikasi.

Adapun tujuan implementasi keperawatan adalah sebagai berikut:

1. Melaksanakan hasil dari rencana keperawatan untuk selanjutnya dievaluasi untuk mengetahui kondisi kesehatan pasien dalam periode yang singkat.
2. Mempertahankan daya tahan tubuh klien.
3. Mencegah terjadinya komplikasi.
4. Menemukan perubahan sistem tubuh.
5. Memberikan lingkungan yang nyaman bagi klien.
6. Menyesuaikan dengan implementasi dokter.

Secara garis besar terdapat tiga kategori dari implementasi keperawatan, antara lain:

1. 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.

2. Interpersonal implementation

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.

3. Technical implementations

Meliputi pemberian perawatan kebersihan kulit, melakukan aktivitas rutin keperawatan, menemukan perubahan dari data dasar klien, mengorganisir respons klien yang abnormal, melakukan tindakan keperawatan mandiri, kolaborasi, dan rujukan, dan lain-lain.

Dalam pelaksanaannya terdapat tiga jenis implementasi keperawatan, antara lain:

1. Independent implementations adalah implementasi yang diprakarsai sendiri oleh perawat untuk membantu klien dalam mengatasi masalahnya sesuai dengan kebutuhan, misalnya: membantu dalam memenuhi *Activity Daily Living* (ADL), memberikan perawatan diri, mengatur posisi tidur, menciptakan lingkungan yang terapeutik, memberikan dorongan motivasi, pemenuhan kebutuhan psiko-sosio-spiritual, perawatan alat invasif yang dipergunakan klien, melakukan dokumentasi, dan lain-lain.

2. Interdependen/ 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, nasogastric tube (NGT), dan lain-lain. Keterkaitan dalam tindakan kerja sama ini misalnya dalam pemberian obat injeksi, jenis obat, dosis, dan efek samping merupakan tanggung jawab dokter tetapi benar obat, ketepatan jadwal pemberian, ketepatan cara pemberian, ketepatan dosis pemberian, dan ketepatan klien, serta respons klien setelah pemberian merupakan tanggung jawab dan menjadi perhatian perawat.

3. Dependent implementations adalah tindakan keperawatan atas dasar rujukan dari profesi lain, seperti ahli gizi, physiotherapies, psikolog dan sebagainya, misalnya dalam hal: pemberian nutrisi pada klien sesuai dengan diit yang telah dibuat oleh ahli gizi, latihan fisik (mobilisasi fisik) sesuai dengan anjuran dari bagian fisioterapi.

Implementasi Keperawatan Yang Efektif

Implementasi keperawatan sangat membutuhkan kepekaan dari seorang perawat terhadap kebutuhan dan harapan klien, kepercayaan dari klien, serta memahami dan menghormati keunikan budaya dari klien. Implementasi keperawatan membutuhkan fokus secara langsung pada kebutuhan klien baik potensial maupun aktual.

Adapun tahap pelaksanaan implementasi keperawatan secara langsung pada klien membutuhkan beberapa modifikasi agar efektif, di antaranya:

1. Kegiatan harian

Implementasi ini diberikan oleh perawat untuk membantu klien memenuhi *Activities Daily Living* (ADL) termasuk makan, minum, berpakaian, mandi, menggosok gigi, dll. Implementasi perawat tersebut bersifat temporer, permanen, ataupun rehabilitatif sampai klien mencapai tingkat kemandiriannya.

2. Kegiatan harian instrumental

Tindakan keperawatan ini sering kali muncul dalam asuhan keperawatan komunitas di mana perawat membantu klien untuk tetap adaptif dan mandiri terhadap kebutuhan instrumental (ex.: menyiapkan makanan, mengonsumsi obat harian, dll).

3. Teknik perawatan fisik

Implementasi keperawatan ini sering dilakukan oleh perawat saat berinteraksi dengan klien, tindakan ini menggunakan SOP untuk menjaga Safeti klien dan diri perawat itu sendiri, serta kenyamanan dari klien. Perawat dalam memberikan teknik perawatan fisik (memasang kateter urin, CVP, memasang infus, melepas infus, dll) membutuhkan pengetahuan, pengalaman, dan skill dari perawat terhadap tindakan yang dilakukannya terhadap teknik perawat fisik.

4. Tindakan penyelamatan jiwa

Implementasi keperawatan ini adalah tindakan fisik kepada klien yang berada dalam ancaman, dengan harapan masalah fisik dan psikologis dari klien menjadi seimbang.

5. Konseling

Konseling merupakan implementasi keperawatan dengan berinteraksi secara langsung dengan klien, untuk mencapai sebuah solusi dari masalah yang dirasakan oleh klien, khususnya masalah psikologis. Implementasi konseling melibatkan dukungan emosional, intelektual, spiritual, dan psikologis. Implementasi konseling yang baik akan memberikan dampak yang besar bagi klien dalam peningkatan kognitif, tingkah laku, pertumbuhan, pengalaman dan emosional klien.

6. Pengajaran

Implementasi keperawatan ini membutuhkan keterampilan perawat dalam berkomunikasi dengan pasien, keluarga dan atau komunitas, dengan tujuan terjadinya perubahan terhadap klien yang kita hadapi.

7. Mengendalikan reaksi negatif

Perawat selalu peka dan responsif terhadap perubahan reaksi dari implementasi yang diberikan, agar safety (diri, lingkungan, pasien) saat tindakan dapat tercapai, dan reaksi negatif dapat dikendalikan.

8. Tindakan preventif

Implementasi keperawatan yang diberikan fokus pada kegiatan promosi kesehatan pencegahan penyakit baik yang bersifat akut maupun potensial

7.3 Gambaran Implementasi Dalam Proses Keperawatan dan Pendokumentasiannya

Sub bab ini menjelaskan dokumentasi implementasi keperawatan dengan pendekatan kasus berbasis klinis, dengan pendekatan PIE (Problem-Intervensi-Evaluasi).

Contoh kasus keperawatan:

Seorang laki-laki 40 tahun dirawat di ruang ICU dengan diagnosa medis Tumor Cerebri. Saat pengkajian keluarga mengatakan klien mengeluh sakit kepala, dan berangsut-angsur mengalami penurunan kesadaran, GCS 3-3-3 (saat pengkajian terakhir). Keluarga mengatakan klien dinyatakan mengalami tumor otak sejak Juni 2021, dan dibawa ke IGD jam 5.00 pagi (17/8/2021) karena klien tidak sadarkan diri, tidak ada riwayat operasi sebelumnya, klien mulai dirawat di ICU 17/8/2021 jam 09:00.

Hasil Pengkajian Primer

B1 (breathing)	Pasien tidak mengalami sesak nafas, tidak ditemukan suara tambahan di lapang paru, ronchi(-), RR= 21x/1', nafas support dengan nasal canula 4 Lpm, SaO ₂ = 99%
B2 (blood)	Konjungtiva pucat, sclera putih, akral teraba hangat, tidak terdapat sianosis, TD= 130/90 mmHg, nadi= 86 x/1', MAP=77,3, suhu= 37,7°C, auskultasi BJ I dan BJ II tunggal
B3 (brain)	Kesadaran somnolen, GCS 3-3-3, keadaan umum lemah, pupil isokor, klien sesekali menunjukkan meringis dan mengerang kesakitan karena nyeri kepala
B4 (bladder)	Klien terpasang dower kateter, produksi urin berwarna kekuningan dengan bau yang khas urin, produksi urin setiap hari kurang lebih 500cc
B5 (bowel)	Mukosa bibir kering, pasien terpasang NGT, tidak ada benjolan atau nyeri tekan di area abdomen, bentuk abdomen simetris, tidak ada pembesaran hepar, bising usus 13x/1', perkusi abdomen timpani, klien mengalami penurunan BB sekitar 10 kg sejak sakit (menurut keluarga), sisa NGT 60% dari pemberian entrasol, bibir kering dan sariawan di area mulut
B6 (bone)	Pergerakan sendi klien terbatas, skala kekuatan otot ekstrimitas atas dan bawah 2, klien dapat menggerakkan anggota gerak, tidak ada oedema pada seluruh area ekstrimitas, tidak ditemukan luka, turgor kulir <2"

Pemeriksaan Penunjang: (Laboratorium)

Pemeriksaan	Nilai	Satuan
DARAH LENGKAP		
Leukosit	21300	3500-10000/UL
Eritrosit	5.68	1,2 juta-1,5 juta UL
Trombosit	260000	150.000-350000/UL
Haemoglobin	16,5	11,0-16,3 g/dL

KIMIA DARAH		
Ureum	63	10-50 mg/dL
Creatinin	0,70	0,7-1,5 mg/dL
SGOT	45	1-17
SGPT	70	3-19
ANALISA ELEKTROLIT		
Natrium	157	136-145 mmol/l
Kalium	4,0	3,5-5,0 mmol/l
Klorida	117	98-106 mmol/l

Pemberian Terapi Kolaborasi:

Infus NS 0,9% 20 tpm

Injeksi ranitidine: 2 x 50 mg (IV)

Injeksi methylprednisolone: 3 x 62,5 mg (IV)

Syringe pump: dopamin 5 mcg

Prioritas Diagnosa Keperawatan

Nama: Tn. X

Dx. Medis: Tumor cerebri

No. RM: 2345009

Ruang: ICU (bed 1)

Prioritas Diagnosis Keperawatan	Diagnosis Keperawatan
1	(D.0078) Nyeri kronis berhubungan dengan peremasan tumor: peningkatan tekanan intrakranial ditandai dengan klien mengeluh nyeri kepala, sese kali wajah klien tampak meringis dan mengerang kesakitan, klien gelisah
2	(D.0017) Risiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan edema cerebri, ditandai dengan, tidak dapat berbicara dengan jelas, GCS 3-3-3, pupil isokor
3	(D.0019) Defisit nutrisi berhubungan dengan intake nutrisi yang tidak adekuat, ditandai klien mengalami penurunan BB sekitar 10 kg sejak sakit (menurut keluarga), sisa NGT 60% dari pemberian entrasol per 24 jam, klien mengalami tumor cerebri, bibir kering dan sariawan di area mulut.

Malang, 17/8/2021

Pengambil data

Perawat Primer

(Ns. Elang E, S.Kep.)

(Ns. Siti N., S.Kep.)

Pada kasus ini teridentifikasi 3 masalah prioritas keperawatan yang perlu dipikirkan intervensi keperawatan dengan memadukan ketrampilan kognitif, interpersonal, dan psikomotor dari perawat.

Rencana Tindakan Keperawatan

Nama: Tn, X

Dx. Medis: Tumor cerebri

No. RM: 2345009

Ruang: ICU (bed 5)

Tanggal	Diagnosis Keperawatan	Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
17/8/2021	Nyeri kronis berhubungan dengan perembesan tumor: peningkatan tekanan intrakranial	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan nyeri berkurang, dengan kriteria hasil: <ul style="list-style-type: none"> - Nyeri berkurang (1-3) - Pola tidur klien lebih tenang, dan klien tidak meringis kesakitan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan monitor/observasi nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi 2. Observasi reaksi non verbal klien dari ketidaknyamanan 3. Kontrol lingkungan yang dapat memengaruhi nyeri, seperti suhu ruangan, pencahaayaan, kebisinan 4. Tingkatkan istirahat dan tidur yang adekuat 5. Observasi tanda-tanda vital 6. Kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian analgetik
17/8/2021	Risiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan edema cerebri	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan perfusi jaringan serebral teratasi dengan kriteria hasil: <ul style="list-style-type: none"> - Nyeri kepala berkurang (1-3) - Respons motorik terhadap stimulus 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor status neurologis 2. Monitor secara berkala tanda dan gejala peningkatan TIK (tekanan intrakranial) 3. Kaji perubahan tingkat kesadaran, orientasi, memori,

		<ul style="list-style-type: none"> - baik - Peningkatan tingkat kesadaran - Verbalisasi baik 	<p>GCS</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Monitor tanda-tanda vital setiap 15 menit 5. Pertahankan posisi head up 30-45°, tergantung pada kondisi pasien dan advice dokter 6. Berikan keamanan lingkungan di sekeliling pasien
17/8/2021	Defisit nutrisi berhubungan dengan intake nutrisi yang tidak adekuat	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan pemenuhan nutrisi adekuat, dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intake (penyerapan) nutrisi meningkat - Turgor kulit <2", kulit lembab 	<ol style="list-style-type: none"> 1. monitor status nutrisi klien dan kebutuhan nutrisi klien 2. Monitor masukan cairan dan makanan, hitung kalori makanan yang tepat (kolaborasi dengan ahli gizi) 3. memonitor turgor kulit dan kelembapannya

Implementasi keperawatan yang dilakukan harus mengantisipasi atau mencegah terjadinya komplikasi dari kondisi kritis yang dialami oleh klien baik secara fisik ataupun psikis, sehingga pengenalan akan risiko dari tindakan yang akan diberikan harus terantisipasi dengan baik oleh perawat. Pendekatan model dokumentasi PIE (problem-intervention-evaluation):

Nama: Tn. X

Dx. Medis: Tumor cerebri

No. RM: 2345009

Ruang: ICU (bed 1)

Tanggal	Jam	Pendokumentasian catatan perkembangan
17/8/2021	09.15	<p>P1 # Nyeri kronis berhubungan dengan perembesan tumor: peningkatan tekanan intrakranial</p> <p>I1# mengobservasi reaksi klien non verbal karena nyeri kronis: klien meringis, gelisah, sese kali mengerang kesakitan dengan mata masih terpejam, skala 5</p> <p>P2 # Risiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan edema cerebri</p> <p>I1,2# memosisikan klien head up 30°</p> <p>I1# membatasi pengunjung hanya 1 orang di dalam ruangan</p> <p>I2# memberikan oksigenasi melalui nasal canule 3Lpm, sesuai indikasi dokter</p> <p>I1# memberikan kolaborasi advice dokter: ketorolax 20 mg (IV), dopamine 5mcg/24 jam</p>

		I1,2# memastikan cardiac monitor tersetting setiap 30 menit sekali ter record (hasil TTV, terdokumentasi di kertas monitoring 24 jam)
	10.00	<p>I 2# mengobservasi status mental klien: GCS 3-3-3</p> <p>I2# mempertahankan posisi memosisikan klien head up 30°, memonitor turgor kulit CRT <3', kulit kering</p> <p>I2# mengatur suhu 20°C ruangan, untuk mengurangi stressor lingkungan</p> <p>P3# Defisit nutrisi berhubungan dengan intake nutrisi yang tidak adekuat</p> <p>I3 # mengidentifikasi adanya alergi makanan klien</p> <p>I3# kolaborasi dengan ahli gizi dalam menghitung asupan nutrisi (jumlah nutrisi, protein, lemak secara tepat) yang tepat oleh klien: dengan pemberian entrasol 600cc/24 jam melalui NGT</p> <p>I3# memonitor intake cairan: pemberian maintenance normal saline 0.9%, 20 tetes/menit. Memantau output cairan melalui dower cateter: 25 cc/2 jam (jam 8-10)</p> <p>I3# merawat NGT (membersihkan dan mengganti plester) dan kebersihan mulut klien</p>
	12.00	<p>I1,2# monitoring TTV, suhu: 37,7°C, RR: 23x/menit, TD: 130/90 mmHg, nadi= 86x/menit regular</p> <p>I3# memberikan entrasol 50cc melalui NGT, (NB: residu lambung 30 cc, warna kuning)</p>
	13.30	<p>E1# keluarga mengatakan klien mengalami kesadaran, belum bisa bicara jelas, dan mengerang kesakitan, mata terus terpejam, bicara klien tidak jelas, lanjut intervensi, masalah belum teratasi</p> <p>E2# GCS 3-3-3, skala nyeri 5 (terus menerus, klien gelisah); TD: 127/96 mmHg, N: 83 x/menit, RR 20x/menit, suhu 36,7°C; lanjut intervensi, masalah belum teratasi</p> <p>E3# kekuatan otot 3 3  bicara klien tidak jelas, nyeri kepala hilang timbul (tampak dari reaksi klien meringis dan mengerang), mukosa bibir kering, intake peroral: entrasol 50cc (jam 9-13), ouput urine: 40 cc (jam 8-13), turgor<3", lanjut intervensi, masalah belum teratasi Perawat penanggung jawab</p> <p>(Ns. Siti. N., S.Kep.)</p>

Keterangan:

P: problem (masalah keperawatan)

I: intervensi (tindakan yang diberikan kepada klien)

E: evaluasi (perkembangan klien, minimal dituliskan 8 jam sekali)

Bab 8

Penyusunan Implementasi Keperawatan

8.1 Pendahuluan

Pelaksanaan implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi menuju status kesehatan yang baik/optimal. Pelaksanaan implementasi merupakan realisasi dari rencana/intervensi keperawatan yang mencakup perawatan langsung atau tidak langsung.

Implementasi keperawatan adalah kategori dari perilaku keperawatan, di mana perawat melakukan tindakan yang diperlukan untuk mencapai tujuan dan hasil yang diperkirakan dari asuhan keperawatan (Potter & Perry 1997, dalam Haryanto, 2007). Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan (Gordon, 1994, dalam Potter & Perry, 2011).

Implementasi keperawatan adalah kegiatan mengkoordinasikan aktivitas pasien, keluarga, dan anggota tim kesehatan lain untuk mengawasi dan mencatat respons pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilakukan (Nettina, 2002).

Jadi, implementasi keperawatan adalah kategori serangkaian perilaku perawat yang berkoordinasi dengan pasien, keluarga, dan anggota tim kesehatan lain untuk membantu masalah kesehatan pasien yang sesuai dengan perencanaan dan kriteria hasil yang telah ditentukan dengan cara mengawasi dan mencatat respons pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilakukan.

Proses Implementasi

1. Persiapan proses implementasi akan memastikan asuhan keperawatan yang efisien, aman, dan efektif.
2. Pengkajian ulang terhadap klien

Pengkajian merupakan proses kontinu yang terjadi setiap kali perawat berinteraksi dengan klien. Saat mengumpulkan dan mengidentifikasi kebutuhan baru, perawat akan memodifikasi rencana keperawatan. Selain itu, perawat juga memodifikasi rencana saat menentukan kebutuhan kesehatan seorang klien. Langkah ini membantu perawat untuk menentukan apakah tindakan keperawatan tersebut masih sesuai dengan kondisi klien.

3. Meninjau dan merevisi rencana asuhan keperawatan yang ada
Setelah mengkaji ulang, lakukan peninjauan pada rencana keperawatan, bandingkan data tersebut agar diagnosis keperawatan menjadi valid, dan tentukan apakah intervensi keperawatan tersebut masih menjadi yang terbaik untuk situasi klinis saat itu. Jika terjadi perubahan status klien, diagnosis keperawatan dan intervensinya, lakukan modifikasi rencana asuhan keperawatan.
4. Mengorganisasikan sumber daya dan menyampaikan layanan
Sumber daya suatu fasilitas mencakup peralatan dan personel yang memiliki keterampilan. Organisasi peralatan dan personel akan membuat perawatan klien menjadi lebih tepat waktu, efisien, dan penuh keterampilan. Persiapan pemberian asuhan juga meliputi persiapan lingkungan dan klien untuk intervensi keperawatan.
5. Peralatan
Sebelum melakukan intervensi, tentukan alat yang dibutuhkan dan periksa persediaannya. Sediakan peralatan tambahan untuk mengatasi kemungkinan terjadi kesalahan, tetapi jangan membukanya kecuali benar-benar dibutuhkan.

6. Personel

Sistem yang mengatur keperawatan akan menentukan bagaimana personel keperawatan dalam memberikan asuhan keperawatan pada klien. Sebagai contoh, seorang perawat *Registered Nurse* (RN) memiliki tanggung jawab yang berbeda di dalam model keperawatan tim dibandingkan model keperawatan primer. Seorang perawat primer bertanggung jawab untuk melayani klien selama dirawat inap. Seorang perawat tim bertanggung jawab untuk melayani klien sesuai dengan giliran jaga. Dalam metode tim, perawat bertanggung jawab dalam menentukan kapan melaksanakan suatu intervensi atau mendelegasikannya kepada anggota lain.

7. Lingkungan

Lingkungan perawatan klien harus aman dan kondusif bagi implementasi terapi. Keamanan klien merupakan prioritas pertama. Klien memperoleh keuntungan intervensi terbaik saat lingkungannya sesuai dengan kegiatan keperawatan.

8. Klien

Sebelum melaksanakan implementasi, pastikan klien telah merasa nyaman secara fisik dan psikologis. Buat klien merasa nyaman secara fisik walaupun saat ada gejala. Mulai setiap intervensi dengan mengendalikan faktor lingkungan, menangani kebutuhan fisik, menghindari interupsi, dan memosisikan klien dengan benar. Juga pertimbangkan tingkat ketahanan klien, dan rencanakan aktivitas dalam tingkah yang dapat ditoleransi oleh klien.

9. Antisipasi dan Pencegahan Komplikasi

Risiko pada klien berasal dari penyakit dan terapi. Sebagai perawat, awasi dan kenali risiko tersebut, sesuaikan intervensi dengan situasi, evaluasi keuntungan terapi terhadap risiko dan akhirnya mulailah tindakan pencegahan risiko. Pengetahuan perawat tentang patofisiologi dan pengalaman dengan klien sebelumnya akan membantu mengenali risiko komplikasi yang dapat terjadi. Pemeriksaan yang menyeluruh akan menunjukkan tingkat dari risiko klien. Alasan ilmiah mengenai bagaimana intervensi yang benar

dapat mencegah komplikasi (misalnya alat penghilang tekanan, reposisi, atau perawatan luka) akan membantu anda memilih tindakan terhadap klien.

10. Mengenali Area Asistensi

Sebelum memulai perawatan, tinjaulah rencana untuk menentukan kebutuhan bantuan dan jenis yang dibutuhkan. Sebagai contoh, jika melayani klien dengan imobilitas dan berat badan berlebihan, seorang perawat akan membutuhkan personel tambahan untuk membantu klien berganti posisi dengan aman. Pastikan jumlah dan waktu bantuan yang dibutuhkan sebelumnya. Diskusikan kebutuhan akan bantuan dengan perawat lainnya atau asisten.

Tipe Keterampilan Dalam Pelaksanaan Implementasi Keperawatan

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

1. Keterampilan kognitif

Dalam melakukan tindakan keperawatan perawat perlu mengetahui alasan ilmiah pasien harus mendapatkan tindakan keperawatan. perawat perlu membekali diri dengan pengetahuan keperawatan yang menyeluruh.

2. Keterampilan interpersonal

Keterampilan ini digunakan pada saat perawat berkomunikasi dengan pasien, keluarganya dan anggota tim kesehatan. Perhatian dan rasa saling percaya ditunjukkan ketika anda komunikasi secara terbuka dan jujur. Penyuluhan dan konseling harus dilakukan sehingga tingkat pemahaman yang diinginkan sesuai dengan pengharapan pasien.

3. Keterampilan psikomotor

Keterampilan psikomotor adalah kompetensi perawat dalam melakukan tindakan, merupakan kebutuhan langsung terhadap perawatan klien seperti perawatan luka, memberikan injeksi, pengisapan lendir.

Perawatan Langsung

Perawat menyediakan berbagai bentuk perawatan langsung, yaitu penanganan yang dilakukan melalui interaksi dengan klien. Cara interaksi perawat akan menentukan keberhasilan perawatan langsung tersebut. Seluruh perawatan langsung membutuhkan praktik yang kompeten dan aman.

1. Kegiatan harian

Kegiatan harian merupakan kegiatan yang dilakukan pada hari biasa, termasuk mobilitas, makan, berpakaian, mandi, menggosok gigi, dan mengurus diri. Beberapa klien cenderung membutuhkan bantuan dalam kegiatan harian. Saat hasil pengkajian memperlihatkan bahwa klien sedang mengalami kelelahan, keterbatasan mobilitas, kebingungan, dan nyeri, maka sangat mungkin mereka membutuhkan bantuan kegiatan harian.

2. Kegiatan harian instrumental

Kegiatan harian instrumental meliputi aktivitas seperti berbelanja, menyiapkan makanan, menulis cek pembayaran, dan mengonsumsi obat harian. Perawat pada lingkungan rumah dan komunitas sering membantu klien dalam beradaptasi dengan kegiatan harian instrumental.

3. Teknik perawatan fisik

Teknik perawatan fisik rutin dilakukan saat merawat klien. Contohnya adalah mengganti posisi, melakukan prosedur invasive, memberikan obat, dan meningkatkan rasa nyaman bagi klien. Teknik fisik melibatkan pelaksanaan prosedur keperawatan (memasang kateter urine, latihan gerak, dan penyuntikan) secara aman dan kompeten.

4. Tindakan penyelamatan jiwa

Tindakan penyelamatan jiwa merupakan teknik perawatan fisik yang digunakan saat kondisi fisiologis atau psikologis klien berada dalamancaman. Tujuan tindakan penyelamatan jiwa adalah mengembalikan keseimbangan fisiologis atau psikologis. Tindakan ini dapat berupa pemberian obat darurat, resusitasi jantung paru, intervensi untuk

melindungi klien yang kasar atau kebingungan, dan memperoleh konseling segera dari sentra krisis bagi klien dengan ansietas berat.

5. Konseling

Konseling merupakan metode pelayanan langsung yang membantu klien menggunakan proses pemecahan masalah untuk mengenali dan menangani stres dan memfasilitasi hubungan interpersonal. Konseling melibatkan dukungan emosional, intelektual, spiritual, dan psikologis.

6. Edukasi

Edukasi merupakan tanggung jawab penting bagi perawat yang penting. Konseling berhubungan erat dengan edukasi. Keduanya melibatkan keterampilan berkomunikasi untuk menciptakan perubahan pada klien. Perawat mengajar untuk memberikan prinsip, prosedur, dan teknik layanan kesehatan yang benar dan menginformasikan klien tentang status kesehatan mereka. Contoh umum dari topik edukasi adalah jadwal pemberian obat, pembatasan aktivitas, kegiatan promosi kesehatan (misalnya: diet dan olahraga), dan pengetahuan tentang penyakit dan implikasinya.

7. Mengendalikan reaksi negatif

Reaksi negatif merupakan efek yang berbahaya dan tidak disengaja dari suatu obat, pemeriksaan diagnostik, atau intervensi terapeutik.

8. Saat memberikan intervensi yang diinstruksikan oleh dokter (misalnya: pemberian obat). Perawat harus mengetahui efek samping obat tersebut. Setelah pemberian obat, perawat mengevaluasi klien untuk melihat adanya reaksi negatif. Perawat mencatat reaksi tersebut, menghentikan pemberian obat selanjutnya, dan berkonsultasi dengan dokter. Perawat harus mengenali tanda dan gejala dari suatu reaksi negatif dan memberikan intervensi pada waktu yang tepat.

9. Tindakan preventif

Tindakan keperawatan preventif mempromosikan kesehatan dan pencegahan penyakit untuk menghindari kebutuhan pelayanan akut atau rehabilitatif. Pencegahan meliputi pengkajian dan promosi potensi kesehatan klien, pemberian tindakan yang diresepkan

(contoh: imunisasi), pengajaran kesehatan, dan identifikasi faktor risiko dari suatu penyakit dan/atau trauma.

Perawatan Tidak Langsung

Perawatan tidak langsung merupakan tindakan yang mendukung efektivitas intervensi perawatan langsung (Dochterman dan Bulechek, 2003).

1. Mengkomunikasikan intervensi keperawatan

Setiap intervensi yang dilakukan akan dikomunikasikan dalam bentuk tertulis maupun lisan. Perawat akan mengkomunikasikan intervensi keperawatan secara lisan kepada profesional kesehatan lainnya. Komunikasi harus bersifat tepat waktu dan akurat karena dapat terjadi kesalahan informasi,

2. Mendelegasikan, mengawasi, dan mengevaluasi pekerjaan anggota staf lainnya

Sesuai dengan sistem asuhan keperawatan, perawat yang menyusun rencana keperawatan tidak melakukan seluruh intervensi keperawatan tersebut. Beberapa aktivitas akan dikoordinasi dan delegasikan kepada anggota tim kesehatan lainnya. Perawat juga memiliki tanggung jawab untuk mendelegasikan intervensi kepada personel yang kompeten secara langsung.

8.2 Tahap-tahap Pelaksanaan Implementasi Keperawatan

Tahap – tahap dalam pelaksanaan tindakan keperawatan antara lain sebagai berikut:

1. Tahap persiapan

- a. Review rencana tindakan keperawatan.
- b. Analisis pengetahuan dan keterampilan yang diperlukan.
- c. Antisipasi komplikasi yang akan timbul.
- d. Mempersiapkan peralatan (waktu, tenaga, alat).

- e. Mengidentifikasi aspek-aspek hukum dan etik.
 - f. Memperhatikan hak-hak pasien lain hak atas pelayanan kesehatan, hak atas informasi, hak untuk menentukan nasib sendiri, dan hak atas second opinion.
2. Tahap pelaksanaan
 - a. Berfokus pada klien.
 - b. Berorientasi pada tujuan dan kriteria hasil.
 - c. Memperhatikan keamanan fisik dan psikologis klien.
 - d. Kompeten.
 3. Tahap sesudah pelaksanaan
 - a. Menilai keberhasilan tindakan.
 - b. Mendokumentasikan tindakan, yang meliputi aktivitas/tindakan keperawatan, hasil/respons pasien, tanggal/jam, nomor diagnosis keperawatan dan tanda tangan.

Pedoman Pengisian Format Implementasi Keperawatan

1. Nomor diagnosis keperawatan.
Tulis nomor diagnosis keperawatan sesuai dengan masalah yang sudah anda identifikasikan dalam format diagnosis
2. Waktu
Tulislah tanggal, bulan, tahun dan jam dilakukannya tindakan keperawatan anda
3. Tindakan
Tulis nomor urut tindakan yang anda lakukan. Tindakan dituliskan berdasarkan urutan pelaksanaan tindakan. Tulislah tindakan yang anda lakukan beserta hasil/respons pasien dengan jelas. Jangan lupa menuliskan nama, jenis obat, dosis, cara pemberian, dan instruksi medis yang lain dengan jelas.
4. Nama terang perawat dan paraf
Tulislah paraf dan nama terang perawat yang memberikan tindakan.

Contoh Format Pendokumentasian Implementasi Keperawatan

Kasus :

Ns. B sedang melakukan asuhan keperawatan kepada seorang pasien bernama Ny. M (68 tahun), setelah dilakukan pengkajian keperawatan, analisa data, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan makan Ns. B akan melakukan implementasi keperawatan kepada Ny. M (68 tahun). Hasil implementasi yang telah dilakukan oleh Ns. B pada tanggal 15 Februari 2022 dituliskan dalam format implementasi keperawatan dalam rekam medik Ny. M sebagai berikut:

Tabel 8.1: Implementasi Keperawatan

Hari/ Tgl/ Shift	Diagnosa Kep.	Jam	Implementasi	Nama Paraf
Selasa/ 15-02-2022	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencegara fisiologis	08.00 08.15 10.00 11.00	1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik , durasi frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri skala nyeri respon nyeri non verbal 2. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 3. Memberikan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri (mengajarkan teknik distraksi relaksasi) 4. Melakukan kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian terapi	 Ns. Budi
Selasa/ 15-02-2022	Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur	08.00 10.00 10.15	1. Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur 2. Memfasilitasi menghilangkan stres sebelum tidur 3. Menjelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit	 Ns. Budi
Selasa/ 15-02-2022	Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan gangguan toleransi glukosa darah	11.25 08.00 10.00 10.15 11.25	4. Mengajarkan relaksasi otot progresif 1. Memonitor tanda gejala hiperglikemia 2. Memonitor asupan cairan oral 3. Mengajurkan kepatuhan diet rendah gula 4. Melakukan kolaborasi pemberian insulin lantus 0-0-12 SC.	 Ns. Budi  Ns. Budi

Bab 9

Evaluasi Keperawatan

9.1 Pendahuluan

Perhatian terhadap keperawatan berkualitas tinggi dimulai pada proses keperawatan abad ke-5 SM, ketika Hippocrates menetapkan Kode Etik Medis, yang mewajibkan calon dokter untuk bersumpah "tidak akan pernah menyakiti siapa pun". Sejarah jaminan kualitas kegiatan dalam keperawatan dapat ditelusuri kembali ke Upaya Florence Nightingale untuk meningkatkan kondisi perawatan bagi para prajurit perang Krim pada proses keperawatan tahun 1858 (Samson-Akpan, Edet, & others, 2009).

Standar untuk menilai perawatan para prajurit telah ditetapkan sebagai salah satu yang pertama didokumentasikan dengan peningkatan kualitas, dan sejak saat itu, jaminan kualitas asuhan keperawatan tetap ada prioritas bagi perawat di seluruh dunia. Selanjutnya keperawatan berkembang menjadi suatu profesi dengan pengetahuan yang unik dan ini telah menghasilkan minat yang tumbuh pada proses keperawatan peningkatan mutu asuhan keperawatan.

Evaluasi bukanlah konsep baru, oleh karena itu "alat untuk meningkatkan asuhan keperawatan karena setelah asuhan keperawatan diimplementasikan, kriteria dinilai untuk melihat apakah tujuan tercapai, dan keputusan dibuat apakah implementasi harus dilanjutkan sebagaimana adanya (perawatan optimal) atau harus diubah dalam beberapa hal (tidak optimal karena berbagai

alasan). Sulit untuk membenarkan keberadaan keperawatan, jika tidak dapat ditunjukkan bahwa itu menguntungkan bagi penerima perawatan dengan cara tertentu. Perawat harus menyadari bahwa mereka bertanggung jawab kepada pasien, atasan, rekan kerja, bawahan, anggota tim kesehatan lain dan profesi keperawatan. Jadi penilaian kualitas perawatan ke penerima keperawatan yang merupakan klien adalah penting.

Secara tradisional, perawat dievaluasi oleh supervisor terhadap, ketepatan waktu, kepemimpinan, dan organisasi di samping keterampilan klinis. Saat ini, standar perawatan telah ditetapkan, dan perawat menentukan kemampuan mereka untuk memenuhi standar. Untuk menyelesaikan ini, asuhan keperawatan kepada individu dan asuhan yang diberikan di pelayanan harus dievaluasi (Moraes, 1967).

Salah satu tantangan yang dihadapi manajer perawat di seluruh dunia adalah untuk memastikan bahwa keperawatan yang berkualitas disediakan untuk semua pasien selama 24 jam di setiap pengaturan perawatan kesehatan. Oleh karena itu perlu adanya penilaian kualitas dan audit keperawatan dalam pengaturan perawatan kesehatan.

Audit keperawatan adalah penilaian atau evaluasi kegiatan keperawatan, yang terdiri dari tiga kegiatan utama.

1. Menetapkan standar klinis untuk pengelolaan kondisi.
2. Menilai kinerja dalam memenuhi standar tersebut.
3. Memodifikasi praktik klinis seperti yang ditunjukkan oleh penilaian dan mengidentifikasi area di mana: perbaikan dapat dilakukan.

Tujuan Audit Keperawatan

1. Untuk mengembangkan alat untuk mengevaluasi, memverifikasi, dan meningkatkan kualitas praktik keperawatan.
2. Untuk memberikan dasar bagi program pendidikan untuk klien dan staf.
3. Untuk menyediakan sarana untuk mengevaluasi dan meningkatkan catatan keperawatan.
4. Untuk mengungkapkan kekuatan dan kelemahan dalam asuhan keperawatan ketika diukur terhadap standar.

5. Untuk mengurangi timbulnya komplikasi hukum dari praktik medis atau keperawatan yang timbul dari ketidakmampuan atau catatan yang tidak akurat.

Asuhan keperawatan juga dievaluasi dengan pencapaian hasil melalui penggunaan proses keperawatan yang efektif di area klinis. Perawat juga dapat dievaluasi oleh administrasi berdasarkan standar yang ditetapkan untuk perawat di lembaga tertentu. Evaluasi dengan cara ini tergantung pada proses keperawatan standar yang ditetapkan terdiri dari empiris (praktik aktual, dianalisis secara statistik) dan normatif (berasal dari buku teks/jurnal dan panel ahli perawat).

9.2 Lingkup/Pendekatan Evaluasi

Kozier dan Erb (Berman, Shirlee J., & Frandsen, 2016), menyatakan bahwa evaluasi asuhan keperawatan meliputi tiga aspek yaitu: sistem, proses pemberian asuhan dan hasil.

Sistem Evaluasi meninjau faktor-faktor seperti fasilitas fisik, staf, gaya kepemimpinan, dan karakteristik pemberi perawatan. Evaluasi sebagai evaluasi struktur. Evaluasi struktur berfokus pada proses keperawatan lingkungan di mana perawatan secara langsung atau tidak langsung memengaruhi kualitas perawatan yang diberikan.

Proses perawatan dievaluasi dalam hal apa yang perawat lakukan, atau dengan menggunakan standar yang dikembangkan sebelumnya. Tahap proses keperawatan digunakan sebagai kerangka kerja untuk evaluasi asuhan keperawatan. Area perhatian untuk jenis evaluasi ini meliputi: jenis informasi yang diperoleh dari wawancara dan penilaian fisik, validitas keperawatan diagnostik dan kompetensi teknis perawat.

Penerapan keperawatan berkualitas adalah perhatian audit keperawatan, penilaian didasarkan pada proses keperawatan kesesuaian, kelengkapan dan redundansi informasi yang diperoleh melalui riwayat klinis, pemeriksaan fisik dan tes diagnostik, pemberian diagnosis dan manajemen keperawatan, kompetensi teknis atau keterampilan dalam kinerja prosedur diagnostik dan terapeutik, manajemen waktu, bukti pencegahan manajemen dalam kesehatan dan penyakit serta koordinasi dan kesinambungan perawatan (Murr, 2008).

Mengevaluasi hasil perawatan atau hasil pasien adalah dalam hal tanggapan pasien terhadap intervensi keperawatan dan sejauh mana tujuan telah dicapai. Evaluasi hasil hanya dapat dilakukan, setelah standar dikembangkan. Secara bertahap, penekanan yang lebih besar pada proses keperawatan proses perawatan pasien di bidang penilaian pasien, perencanaan pengajaran dan pemulangan.

Selain itu, dokumentasi setiap langkah dalam proses menjadi bukti penting untuk demonstrasi penyediaan perawatan berkualitas tinggi dan digunakan dalam audit keperawatan. Namun, penekanannya sekarang bergerak menuju hasil pasien.

Evaluasi hasil pasien, penyedia layanan kesehatan dapat menentukan apakah perawatan yang diberikan memiliki efek atau hasil yang diinginkan bagi pasien. Evaluasi hasil asuhan keperawatan dalam hal pemulihan, pemulihan fungsi dan kelangsungan hidup, yang telah digunakan sebagai indikator asuhan keperawatan yang berkualitas. validitas dari hasil sebagai dimensi kualitas jarang dipertanyakan. Tidak ada keraguan tentang stabilitas dan validitas nilai-nilai pemulihan, dan kelangsungan hidup di sebagian besar situasi, budaya. Selain itu, hasil cenderung cukup konkret dan dengan demikian tampaknya dapat diterima dengan pengukuran tepat.

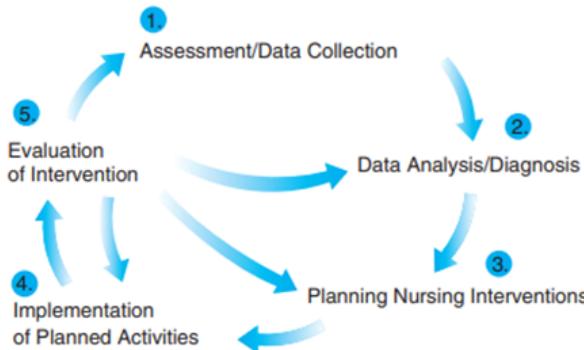
Meskipun beberapa hasil mungkin jelas dan mudah diukur (seperti kematian) hasil lain yang tidak begitu jelas, dapat menjadi sulit untuk diukur. Ini termasuk sikap dan kepuasan pasien, pemulihan sosial, fisik, disabilitas dan rehabilitasi. Semua keterbatasan ini, terkait dengan hasil sebagai kriteria audit keperawatan. Hasil tetap menjadi indikator utama efektivitas dan kualitas asuhan keperawatan (Samson-Akpan et al., 2009).

Pengertian

Evaluasi adalah fase kelima dari proses keperawatan (dan Standar Praktik yang ditetapkan oleh American Nurses Association). Standar ini didefinisikan sebagai, "Perawat mengevaluasi kemajuan menuju pencapaian tujuan dan hasil." Baik status pasien dan efektivitas asuhan keperawatan harus terus dievaluasi dan rencana perawatan dimodifikasi sesuai kebutuhan.(RN), n.d.) Langkah ini mengambil pandangan kritis pada proses keperawatan hasil intervensi keperawatan yang diterapkan (Seaback, 2020).

Meskipun evaluasi adalah langkah terakhir yang dijelaskan dalam proses keperawatan. Evaluasi melibatkan analisis kritis dari rencana, mulai dengan pengumpulan data awal dan berlanjut hingga implementasi (Gambar 9.1).

Seperti pengkajian, evaluasi dilakukan secara terus menerus dan berkelanjutan. Intervensi dan tanggapan klien dievaluasi dengan pertanyaan (Seaback, 2020).



Gambar 9.1: Hubungan Evaluasi Pada Proses Keperawatan Nursing Proses

Evaluasi berfokus pada proses keperawatan efektivitas intervensi keperawatan dengan meninjau hasil yang diharapkan untuk menentukan apakah sesuai dengan waktu yang telah ditetapkan. Selama fase evaluasi, perawat berpikir kritis untuk menganalisis data dan menentukan apakah hasil yang diharapkan untuk pasien telah terpenuhi, sebagian terpenuhi, atau tidak terpenuhi oleh kerangka waktu yang ditetapkan.

Jika hasil tidak terpenuhi atau hanya sebagian terpenuhi oleh waktu yang telah ditetapkan, rencana perawatan harus direvisi. Pengkajian ulang harus dilakukan setiap kali perawat berinteraksi dengan pasien, mendiskusikan rencana perawatan dengan orang lain dalam tim interprofesional, atau meninjau hasil laboratorium atau tes diagnostik yang diperbarui.

Rencana asuhan keperawatan harus diperbarui sebagai tujuan prioritas yang lebih tinggi muncul. Hasil evaluasi harus didokumentasikan dalam rekam medis pasien (Seaback, 2020). Idealnya, ketika intervensi yang direncanakan diimplementasikan, pasien akan merespons secara positif dan hasil yang diharapkan tercapai. Namun, ketika intervensi tidak membantu kemajuan pasien menuju hasil yang diharapkan, rencana asuhan keperawatan harus direvisi agar lebih efektif dalam memenuhi kebutuhan pasien.(RN), n.d.)

Pertanyaan-pertanyaan ini dapat digunakan sebagai panduan ketika merevisi rencana asuhan keperawatan:

1. Apakah terjadi sesuatu yang tidak terduga?
2. Apakah kondisi pasien berubah?
3. Apakah hasil yang diharapkan dan kerangka waktunya realistik?
4. Apakah diagnosis keperawatan akurat untuk pasien saat ini?
5. Apakah intervensi yang direncanakan dengan tepat difokuskan untuk mendukung pencapaian hasil?
6. Hambatan apa yang dialami saat intervensi dilaksanakan?
7. Apakah data penilaian yang sedang berlangsung menunjukkan perlunya merevisi diagnosis, kriteria hasil, intervensi yang direncanakan, atau strategi implementasi?
8. Apakah diperlukan intervensi yang berbeda?

Tujuan Evaluasi

Tujuan dari evaluasi adalah untuk memperkirakan efektivitas asuhan keperawatan dan kualitas asuhan. Perawat mengevaluasi respons klien untuk menentukan apakah rencana perawatan berhasil atau tepat, dan apakah klien mengalami kemajuan menuju hasil yang diharapkan dan pencapaian tujuan

Karakteristik Evaluasi

Tahap evaluasi dan Tahap Pengkajian sama karena keduanya sedang berlangsung. Ketika klien memasuki rangkaian perawatan, data pengkajian awal dikumpulkan untuk menetapkan data awal. Pengkajian, pengkajian ulang, dan evaluasi berlanjut selama perawatan diberikan. Tanggapan klien dibandingkan dengan perilaku yang dinyatakan dalam tujuan atau hasil yang diharapkan, misalnya, tanda dan gejala, penggunaan peralatan yang tepat, atau pengurangan rasa sakit. Evaluasi berfokus pada proses keperawatan hubungan antara perawatan yang diberikan dan kemajuan klien menuju pencapaian tujuan.

Evaluasi bukanlah akhir dari proses keperawatan, tetapi sebuah mekanisme yang menjamin kualitas intervensi. Tahap ini membantu menentukan apakah rencana keperawatan terdokumentasi dan mungkin dicapai. Perawat menilai keberhasilan langkah sebelumnya dari proses keperawatan dan mengkaji respons klien terhadap intervensi dan pengobatan atau terapi medis.

Alat bantu evaluasi dalam analisis kualitas perawatan yang diberikan di institusi atau lembaga dan membantu menentukan apakah rujukan sumber daya lain, konsultasi, atau kolaborasi mungkin diperlukan. Perawat harus peka terhadap perubahan halus atau nyata dalam kondisi fisiologis, status emosional, dan perilaku klien. Faktor positif dan negatif diidentifikasi yang memengaruhi respons klien.

Pertanyaan membantu dalam mengevaluasi penerapan proses keperawatan meliputi:

1. Apakah penilaian menyeluruh dan akurat?
2. Apakah diagnosis keperawatan relevan?
3. Apakah klien dan keluarga berpartisipasi dalam identifikasi masalah prioritas dan penetapan tujuan?
4. Apakah tujuan spesifik, terukur, dan realistik?
5. Apakah hasil yang diharapkan tercapai?
6. Apakah intervensi dan tindakan keperawatan mengatasi masalah klien dengan tepat?
7. Apakah rencana perawatan tepat dan akurat?
8. Haruskah ada bagian dari rencana yang diubah atau dihentikan?

Data di atas dianalisis untuk menentukan apakah perilaku menunjukkan kemajuan untuk mencapai tujuan.

Tinjauan Tujuan dan Hasil Yang Diharapkan

Tujuan adalah keseluruhan perubahan yang diinginkan dalam status kesehatan atau perilaku klien. Tujuan diutarakan secara umum. Hasil yang diharapkan dinyatakan dalam istilah yang lebih spesifik. Keduanya diarahkan ke tujuan yang sama.

Hasil yang diharapkan dapat dianggap sebagai target yang lebih mudah dikelola untuk mencapai tujuan. Tujuan dan hasil yang diharapkan mengekspresikan perilaku yang harus dicapai dalam kerangka waktu tertentu. Setelah perilaku ditunjukkan, kemajuan penyelesaian masalah ditunjukkan. Karena masa rawat inap di rumah sakit menjadi lebih pendek, banyak klien dipulangkan sebelum semua tujuan tercapai.

Modifikasi Rencana Perawatan

Saat klien berespons terhadap pengobatan, terapi, dan intervensi keperawatan, perubahan dalam rencana perawatan mungkin diperlukan.

Pertanyaan pemikiran kritis diajukan:

1. Apakah hasil yang diharapkan telah terjadi?
2. Apakah kemajuan klien seperti yang diharapkan?
3. Apakah ada perubahan kondisi klien?
4. Apakah status kesehatan klien membaik?

Kemajuan pencapaian tujuan kemungkinan besar menunjukkan bahwa intervensi yang tepat direncanakan. Dalam hal ini, rencana asuhan tetap dicatat dan klien akan terus dipantau. Revisi (menulis ulang atau mengubah) atau memodifikasi rencana perawatan diharapkan, bagaimanapun, sebagai kemajuan klien ke tingkat kesehatan yang lebih tinggi.

Rencana perawatan direvisi atau diperbaiki untuk mencerminkan perubahan kebutuhan klien. Kurangnya kemajuan menuju pencapaian tujuan dapat mengindikasikan rencana perawatan perlu dimodifikasi juga. Tujuan yang tidak terpenuhi dan sebagian terpenuhi mengaktifkan kembali urutan proses keperawatan seperti yang telah dibahas sebelumnya. Modifikasi terhadap rencana perawatan dibuat jika diperlukan.

Akhirnya, ketika tujuan atau hasil yang diinginkan ditentukan telah tercapai dan klien tidak lagi membutuhkan bantuan keperawatan di area ini, perawat menghentikan bagian dari rencana perawatan tersebut. Perawat terus menilai kembali klien untuk kemungkinan kembalinya gejala. Misalnya, jika diagnosa keperawatan Konstipasi teratas dan tidak lagi menjadi perhatian klien yang valid, perawat akan terus mengkaji fungsi saluran cerna

Evaluasi Sebagai Proses Keperawatan

Evaluasi, langkah terakhir dari proses keperawatan, mengikuti implementasi rencana keperawatan perawatan. Evaluasi memungkinkan perawat untuk menentukan respons pasien terhadap intervensi keperawatan dan sejauh mana tujuan telah dicapai. Evaluasi adalah tindakan terarah dan terorganisir yang melibatkan aktivitas intelektual di mana perubahan status kesehatan pasien dinilai dalam kaitannya dengan tujuan atau sasaran yang teridentifikasi.

Perawat menggunakan berbagai keterampilan untuk menilai efektivitas asuhan keperawatan. Keterampilan ini termasuk pengetahuan tentang standar asuhan, respons klien normal, model konseptual dan teori keperawatan, kemampuan untuk memantau efektivitas intervensi keperawatan; dan kesadaran akan penelitian klinis.

Evaluasi, meskipun diidentifikasi dengan fase terakhir dari proses keperawatan adalah bagian penting dari setiap fase itu terjadi, setiap kali perawat berinteraksi dengan klien, evaluasi adalah proses berkelanjutan yang terjadi selama penilaian berlangsung dan penerapan. Evaluasi dapat dilakukan selama setiap fase proses keperawatan untuk menentukan apakah hasil klien yang diidentifikasi dalam rencana perawatan telah terpenuhi

Keberhasilan evaluasi tergantung pada proses keperawatan efektivitas langkah-langkah yang mendahuluinya. Penilaian Data harus akurat dan lengkap sehingga perawat dapat merumuskan diagnosa keperawatan yang tepat dan hasil yang diinginkan harus dinyatakan secara konkret dalam istilah perilaku jika ada yang berguna untuk mengevaluasi respons klien.

Rencana asuhan keperawatan adalah dasar untuk evaluasi. Diagnosa keperawatan yang teridentifikasi, tujuan klien, kriteria hasil, dan asuhan keperawatan. Melalui proses ini, perawat menentukan kesesuaian, ketepatan, dan relevansi komponen keperawatan. Evaluasi juga membantu perawat menemukan kesalahan yang mungkin terjadi pada proses keperawatan langkah-langkah proses keperawatan sebelumnya. Perawat selalu mempertimbangkan evaluasi dalam bagaimana klien menanggapi atau bereaksi terhadap tindakan yang direncanakan.

9.3 Proses Evaluasi

Identifikasi Kriteria Hasil

Proses dimulai pada proses keperawatan tahap perencanaan selama waktu perawat mengidentifikasi hasil yang diinginkan (indikator/kriteria yang akan digunakan untuk mengukur pencapaian tujuan klien) hal ini dilakukan dalam langkah perencanaan. Kriteria ini memiliki dua tujuan: Mereka menetapkan jenis evaluatif data yang perlu dikumpulkan dan memberikan standar yang digunakan untuk menilai data.

Kriteria evaluasi jauh lebih operasional dan spesifik dalam menyatakan tujuan, bahkan ketika tujuan ini dinyatakan secara perilaku. Kriterianya, baik tertulis atau tidak tertulis, harus menunjukkan data apa yang akan dikumpulkan, bagaimana data dikumpulkan dalam hal keterangan. Berkenaan dengan asupan cairan misalnya, asupan cairan harian tidak akan kurang dari 2500 ml dalam 24 jam atau keluaran urine akan seimbang dengan asupan cairan dapat ditetapkan sebagai kriteria.

Proses evaluasi memiliki lima komponen yaitu: -

1. Mengumpulkan data

Menggunakan hasil yang diinginkan dengan jelas, tepat dan terukur sebagai panduan, perawat mengumpulkan data yang kesimpulannya dapat ditarik tentang apakah tujuan telah tercapai. diperlukan untuk mengumpulkan data objektif dan subjektif. Data harus dicatat secara ringkas dan akurat untuk memfasilitasi bagian selanjutnya dari proses evaluasi.

2. Membandingkan Data dengan Hasil

Jika dua bagian pertama dari proses evaluasi telah dilaksanakan secara efektif, relatif sederhana untuk menentukan apakah hasil yang diinginkan telah terpenuhi. Baik perawat maupun klien berperan aktif dalam membandingkan respons aktual klien dengan hasil yang diinginkan.

3. Menghubungkan aktivitas keperawatan dengan hasil

Ketika menentukan apakah tujuan telah tercapai, perawat dapat menarik salah satu dari tiga kemungkinan kesimpulan:

- a. Tujuannya tercapai; artinya, respons klien sama dengan tujuan yang diinginkan
- b. Tujuannya sebagian terpenuhi; yaitu, baik tujuan jangka pendek tercapai tetapi jangka panjang tujuan tidak atau hasil yang diinginkan hanya tercapai sebagian
- c. Tujuannya tidak tercapai.

4. Menarik kesimpulan tentang status masalah

5. Melanjutkan, memodifikasi atau mengakhiri rencana asuhan keperawatan.

Setelah menentukan apakah tujuan telah tercapai, perawat menulis pernyataan evaluatif.

Evaluasi Rencana Perawatan dan Ringkasan Pemulangan (Discharge Planning Summary)

Lama tinggal di perawatan akut terus menurun. Persiapan untuk pemulangan dimulai pada proses keperawatan saat masuk. Kondisi klien dan hasil yang diharapkan menentukan jenis perencanaan yang diperlukan. Beberapa Rumah Sakit/Klinik mempekerjakan personel dengan tanggung jawab utama memberikan edukasi atau merencanakan pemulangan untuk klien. Perawat yang merawat klien individu bertanggung jawab untuk memastikan bahwa semua intervensi yang tepat telah dilaksanakan sebelum pulang.

Layanan atau fasilitas tambahan yang terlibat dalam perawatan kesehatan berkelanjutan termasuk fasilitas rehabilitasi, perawatan kesehatan di rumah, perawatan di rumah jompo, atau klinik perawatan kesehatan. Idealnya, ketika mempersiapkan klien untuk pemulangan, adalah mengevaluasi status setiap diagnosis keperawatan sebelum pemulangan. Pernyataan evaluatif ditulis, mengidentifikasi kemajuan parsial klien menuju pencapaian tujuan dan penyelesaian masalah.

Rencana perawatan direvisi untuk perawatan di rumah dan perawatan lanjutan. Rencana ini diringkas dalam instruksi pelepasan dan didokumentasikan. Kriteria penilaian dan dokumentasi tambahan mungkin diperlukan sesuai dengan kebijakan dan prosedur masing-masing fasilitas.

Bab 10

Penyusunan Evaluasi Keperawatan

10.1 Pendahuluan

Tahap evaluasi keperawatan adalah tahap kelima dalam proses keperawatan. Evaluasi keperawatan sangat vital dilakukan oleh perawat untuk mengetahui atau membandingkan apakah ada perbedaan kondisi kesehatan pasien sebelum dan setelah intervensi keperawatan diimplementasikan.

Artinya, pada tahap ini perawat dituntut untuk secara kritis menganalisis apakah target capaian, tujuan, atau kriteria hasil yang sudah ditetapkan saat perencanaan intervensi telah tercapai, atau belum tercapai. Kriteria hasil yang manakah yang sudah terpenuhi, dan mana saja kah yang belum terpenuhi pada saat perawat melakukan evaluasi. Keterampilan perawat dalam melakukan evaluasi sangat perlu dilatih sejak dini, artinya saat proses pembelajaran, mahasiswa keperawatan harus sudah sering terpapar dengan kasus-kasus keperawatan dan bagaimana melakukan evaluasi keperawatan yang baik, terstruktur atau sistematis.

Sehingga, pada akhirnya nanti perawat dapat menyimpulkan kemungkinan kondisi luaran pasien yang dikelompokkan menjadi tiga, yaitu kondisi pasien

membaiik, kondisi pasien stabil, dan kondisi pasien memburuk/ menurun (Siregar and Dkk, 2021).

Ruang lingkup kegiatan evaluasi keperawatan meliputi beberapa hal, yaitu melakukan penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien dengan tujuan dan kriteria hasil; menetapkan diagnosis baru apabila masalah keperawatan sudah teratasi, atau mengganti diagnosis yang sudah tidak relevan sesuai dengan kondisi pasien; atau memodifikasi rencana intervensi keperawatan yang diberikan apabila masalah keperawatan belum teratasi.

Aktivitas evaluasi keperawatan ini sangat penting untuk membantu perawat dalam menentukan target dari suatu hasil yang diinginkan berdasarkan keputusan dari perawat itu sendiri maupun keputusan bersama tim kesehatan yang bertugas memberi perawatan pada pasien. Jadi, pada tahap evaluasi keperawatan ini, pertanyaan-pertanyaan yang harus terjawab adalah apakah rencana intervensi yang telah ditetapkan sebelumnya perlu dilanjutkan, dimodifikasi, atau diakhiri dan diganti dengan rencana intervensi keperawatan yang baru sesuai kondisi terkini pasien (*here and now*).

Berdasarkan penjelasan di atas, dapat tersirat bahwa pada tahap evaluasi keperawatan, ada beberapa langkah yang perlu dilakukan oleh perawat, yang akan dijelaskan sebagai berikut (Potter and Perry, 2005):

Mengumpulkan data

Sangat penting bagi perawat untuk dapat mengumpulkan data-data esensial yang dibutuhkan agar dapat mengambil kesimpulan apakah tujuan dan kriteria hasil sudah terpenuhi untuk diagnosa keperawatan tertentu yang sudah ditegakkan. Data yang harus dikumpulkan tentunya berasal dari data subjektif dan data objektif pasien.

Data subjektif artinya informasi dari sudut pandang pasien itu sendiri, berupa kata-kata verbal yang disampaikan langsung oleh pasien terkait keluhan kesehatan atau peningkatan kesehatannya. Atau apabila pasiennya adalah pasien anak, maka dapat diambil data subjektif dari orang tuanya.

Beberapa data subjektif yang dapat kita kumpulkan misalnya alasan pasien datang ke fasilitas kesehatan, serta kekhawatiran, perasaan, dan persepsi pasien terkait penyakitnya, kondisi kesehatannya, atau hal lain yang perawat tanyakan. Pasien menggambarkan gejalanya secara personal sehingga data subjektif bukanlah data yang dapat diukur dari sudut pandang perawat. Cara

mengukurnya adalah melalui *self-report* atau apa yang dilaporkan pasien (Basri, Utami and Mulyadi, 2020).

Melakukan anamnesa dengan mengajukan pertanyaan-pertanyaan terbuka dan relevan sangat penting untuk mendapatkan data subjektif yang akurat, sehingga perawat dapat memahami apa yang sedang terjadi. Yang termasuk data subjektif meliputi persepsi terkait nyeri, skala nyeri, perasaan dan kenyamanan pasien.

Contohnya, perawat dapat menanyakan terkait keluhan kesulitan bernapas, "Apakah yang ibu rasakan saat ini?" itu adalah kalimat terbuka yang dapat jawab oleh pasien misalnya "Dada saya terasa sesak, engap, seperti tertindih batu besar," atau seperti tercekik" dan lain sebagainya. Hal ini berbeda dengan data objektif.

Data objektif adalah data yang dapat diukur oleh perawat atau tim kesehatan lain dan dapat dibuktikan secara empiris. Contohnya hasil-hasil pemeriksaan fisik, pemeriksaan diagnostik, pemeriksaan laboratorium, dan lain-lain. Data objektif dapat secara ilmiah dibandingkan dengan nilai normal atau standar tertentu yang telah disepakati secara internasional.

Contohnya data-data seperti tekanan darah, perubahan warna kulit, frekuensi nadi, frekuensi nafas, dan hasil pemeriksaan lainnya yang dapat terukur, dan kemungkinan hasilnya sama walaupun satu atau beberapa orang perawat yang melakukan pengukurannya. Data-data yang sudah didapatkan ini, baik subjektif maupun objektif, harus didokumentasikan secara ringkas dan akurat untuk memfasilitasi komunikasi antar anggota tim kesehatan, dan menjadi dasar tindakan selanjutnya.

Membandingkan Data Yang Dikumpulkan Dengan Kriteria Hasil Dan Tujuan Yang Ditetapkan Sebelumnya

Target capaian atau luaran yang sudah didokumentasikan dari rencana asuhan keperawatan sebelumnya merupakan tolak ukur atau standar untuk menganalisis kemajuan/ perkembangan pasien apakah hasil yang diharapkan telah terpenuhi, terpenuhi sebagian, atau tidak terpenuhi. Tujuan terpenuhi/ tercapai apabila kondisi pasien terkini sudah sama dengan kriteria hasil yang ditetapkan sesuai target waktu yang ditentukan.

Tujuan terpenuhi/ tercapai sebagian disimpulkan apabila kriteria hasil jangka pendek sudah tercapai, namun target jangka panjang belum tercapai sepenuhnya, atau hanya sebagian dari tujuan/ kriteria hasil yang telah

ditetapkan tercapai. Tujuan tidak tercapai apabila semua target luaran/ kriteria hasil tidak terpenuhi sama sekali.

Menganalisis Respons Pasien

Hal ini juga penting untuk menentukan atau memperkirakan apakah kegiatan proses keperawatan sebenarnya memiliki hubungan dengan hasil, apakah bisa dicapai atau rencana yang ditetapkan tidak realistik.

Mengidentifikasi Faktor Yang Memengaruhi Keberhasilan Atau Kegagalan Rencana Perawatan

Keterampilan berpikir kritis seorang perawat juga dilatih pada tahap ini. Bagaimana perawat mampu mengidentifikasi hal-hal yang mungkin menyebabkan rencana intervensi berhasil dilakukan atau bahkan gagal dilakukan. Contohnya, saat tindakan transfusi darah perlu diberikan karena kadar hemoglobin pasien adalah 5, artinya kurang dari normal, untuk mencapai target kadar hemoglobin minimal 10 saat pasien pulang.

Namun, pasien menolak tindakan tersebut dan ingin pulang paksa saja, karena ia memiliki keyakinan berdasarkan budaya atau agamanya, memasukkan darah orang lain ke dalam tubuhnya itu dilarang. Sehingga hal ini dapat menghambat pencapaian tujuan intervensi keperawatan. Sehingga modifikasi rencana atau hal-hal lain perlu ditetapkan ulang.

Mengambil Keputusan Apakah Melanjutkan, Memodifikasi, Atau Mengakhiri Rencana Intervensi Keperawatan Sebelumnya

Perlu diingat bahwa proses keperawatan adalah proses yang sangat dinamis dan berkesinambungan. Apabila telah disimpulkan bahwa tujuan/ kriteria hasil tidak tercapai, maka proses *re-assessment* atau pengkajian ulang perlu dilakukan untuk tetap memastikan intervensi keperawatan yang akan diberikan adalah *up to date* atau sesuai dan relevan dengan kondisi kesehatan pasien terkini. Masalah baru mungkin muncul saat perawat melakukan pengkajian ulang sehingga diagnosa keperawatan baru perlu ditegakkan (Hidayat, 2021).

Saat tujuan belum tercapai, artinya perawat mengkaji ulang mengapa atau apa penyebab masalah tidak teratas, dan merekomendasikan modifikasi rencana asuhan keperawatan. Hal ini yang disebut dengan kontinuitas proses keperawatan yang terus-menerus dilakukan sebagai dasar mengambil keputusan untuk perawatan pasien selanjutnya.

Membuat Perencanaan Asuhan Keperawatan Selanjutnya Berdasarkan Hasil Evaluasi / Menetapkan Perencanaan Pulang (Discharge Planning)

Apabila tujuan dan kriteria hasil yang ditetapkan sudah terpenuhi, artinya masalah keperawatan teratasi dan diagnosa keperawatan dihapuskan. Pada situasi seperti ini, pasien kemungkinan sudah dibolehkan pulang sehingga perencanaan pulang (discharge planning) sebagai bagian dari proses evaluasi keperawatan perlu dilakukan.

Perencanaan pulang merupakan proses transisi pasien dari satu pelayanan kesehatan ke rumah, atau ke fasilitas kesehatan lainnya. Isinya berupa instruksi individual yang diberikan pada pasien saat pasien dipersiapkan pulang atau melanjutkan perawatan di tempat lain. Tujuannya untuk meningkatkan kualitas hidup dan memastikan kesinambungan perawatan sehingga derajat kesehatan yang optimal bagi pasien dapat tercapai.

Secara garis besar, evaluasi keperawatan dibagi menjadi dua macam, yaitu evaluasi formatif dan evaluasi sumatif (Janus and Brinkman, 2010). Evaluasi formatif merupakan aktivitas evaluasi keperawatan yang dilakukan segera setelah pasien diberikan intervensi atau tindakan tertentu. Misalnya evaluasi tiap pergantian shift. Atau perawat formulir evaluasi masing-masing tindakan yang telah ditentukan. Evaluasi sumatif, artinya evaluasi keseluruhan bagaimana kondisi pasien setelah diberikan intervensi dalam jangka waktu tertentu yang ditetapkan saat membuat perencanaan, misalnya target kriteria hasil terpenuhi setelah 2x24 jam.

Evaluasi formatif, atau sering juga disebut evaluasi proses, dilakukan setelah intervensi selesai diberikan pada pasien dan berorientasi pada etiologi serta dilakukan secara terus menerus sampai tujuan yang telah ditentukan tercapai. Berbeda dengan evaluasi sumatif yang dilakukan setelah akhir tindakan keperawatan secara paripurna, berorientasi pada masalah keperawatan, dan menyimpulkan apakah rencana intervensi berhasil diimplementasikan atau mengalami kegagalan.

Selain itu, rekapitulasi dan kesimpulan status kesehatan pasien juga ditetapkan saat evaluasi sumatif sesuai dengan jangka waktu yang telah ditentukan. Evaluasi sumatif biasanya dituliskan dalam bentuk narasi dan dilakukan saat pasien pindah atau pulang.

Baik evaluasi formatif maupun evaluasi sumatif memiliki tujuan yang sama secara umum, yaitu mengakhiri rencana tindakan keperawatan apabila masalah

sudah teratasi; memodifikasi rencana tindakan/ mengganti diagnosa keperawatan sesuai kondisi terkini pasien; atau meneruskan rencana tindakan karena tujuan hampir atau sebagian tercapai dan membutuhkan waktu lebih panjang untuk mencapai kriteria hasil.

Selain itu, evaluasi keperawatan juga penting untuk mengetahui dan memantau perkembangan kondisi kesehatan pasien, mengetahui apakah intervensi yang diberikan sudah efektif dalam membantu pasien mencapai derajat kesehatan yang diharapkan, dan mengetahui bagaimana kualitas asuhan keperawatan yang diberikan secara keseluruhan, serta mendukung akuntabilitas keperawatan yang profesional, sehingga secara tanggung jawab dan tanggung gugat perawat sudah melakukan tugasnya sesuai standar dan kode etik yang berlaku.

Hal ini perlu diperhatikan, karena apabila suatu saat terjadi sesuatu pada pasien, perawat memiliki dasar yang kuat untuk mempertahankan profesionalitasnya dalam memberikan asuhan keperawatan, yaitu dokumentasi dari proses evaluasi keperawatan.

10.2 Metode Penyusunan Evaluasi Keperawatan

Proses evaluasi keperawatan yang sudah dilakukan haruslah didokumentasikan sesuai dengan standar yang ada, sehingga prinsip kontinuitas proses keperawatan dapat dipertahankan. Penulisan atau penyusunan evaluasi keperawatan dilakukan dengan beberapa metode, di antaranya metode narasi, metode masalah berorientasi medical record (POMR), metode SOAP/IER, metode focus carting, dan lain-lain (LaCrosse Janousek, Heermann and Eilers, 2003).

Saat ini, memang masih belum ada standar baku bagaimana menuliskan atau menyusun evaluasi keperawatan, khususnya di Indonesia. Standar dokumentasi evaluasi keperawatan di rumah sakit yang satu mungkin ada perbedaan dengan rumah sakit lainnya sehingga belum ada keseragaman dalam standar penulisannya.

Namun, Mayoritas institusi kesehatan atau perawatan menggunakan metode penulisan SOAP, yaitu Subjective, Objective, Analysis/ Assessment, dan Planning/ perencanaan.

10.2.1 Metode SOAP

Penulisan evaluasi keperawatan dengan teknik/ metode SOAP ini adalah metode yang paling sering digunakan di Indonesia. Di mana pada S (subjektif) dituliskan laporan personal atau apa yang pasien katakan; O (objektif) adalah hasil pemeriksaan oleh perawat; A (Analisis/ Assessment) yaitu masalah keperawatan yang ditegakkan; P (Planning) menggambarkan intervensi keperawatan yang direncanakan selanjutnya (American Nurses Association, 2010).

Tambahan I (implementation) yaitu catatan bagaimana intervensi dilakukan, dan E (valuation) menggambarkan respon aktual pasien, serta apabila dibutuhkan terdapat komponen R (reassessment). Di bawah ini akan dijelaskan secara lebih rinci mengenai masing-masing komponen SOAP/IER.

Subjektif

Seperti yang telah dijelaskan di atas bahwa perawat memperoleh data langsung dari pasien yang dinamakan data subjektif. Data-data relevan yang disampaikan oleh pasien ini dituliskan pada bagian subjektif (S). Beberapa pertanyaan yang dapat digunakan seperti "bagaimana kondisinya saat ini bu?" "apa yang dirasakan?" "apakah setelah diajarkan batuk efektif menjadi lebih baik rasanya? " dan lain-lain.

Jika pasien menggambarkan beberapa keluhan atau gejala yang dirasakan, perawat harus menggali lebih dalam, misalnya terkait keluhan nyeri. Bagaimana rasanya? Seperti apa nyerinya? Apakah menyebar? Berapa skalanya? Dll.

Saat penulisan data subjektif tersebut, dapat menggunakan tanda petik dua(") untuk menunjukkan kalimat langsung, atau menggunakan kalimat tidak langsung dengan menuliskan "pasien mengatakan ", contohnya seperti di bawah ini:

S:	"Nyeri diperut berkurang, kalau bergerak-gerak masih terasa nyeri"
	"Saya merasa lebih nyaman setelah ganti perban"
	"Dahak sudah bisa keluar, batuk-batuk berkurang, tidak sesak napas lagi"
	Pasien mengatakan tidak terasa sakit saat berjalan, dsb

Objektif

Data yang ditulis pada bagian (O) objektif ini adalah data-data yang dapat diukur secara fisik, hasil observasi/ inspeksi, palpasi, perkusi, auskultasi, bagaimana pasien terlihat, misalnya pasien tampak pucat, dan lain sebagainya (Nursalam, 2007).

Beberapa data dasar yang termasuk data objektif meliputi:

1. Patient's appearance: pucat, kebiruan, edema, jaundice, asites, kurus, obesitas, kulit bersisik, napas cuping hidung, dll.
2. Observasi dasar: tanda-tanda vital, saturasi oksigen, terpasang oksigen, GCS, kesadaran, pupil isokor, warna urin, warna dasar luka, dll.
3. Balans cairan: balans negatif/ positif, output NGT, intake oral, cairan intravena, urin output, muntah, drain/ stoma output, dll.
4. Hasil pemeriksaan lainnya, seperti hasil lab terbaru yang signifikan/ abnormal, imaging (Xray, CT-Scan, dll).

Berikut contoh penulisan data (O) objektif pada SOAP:

O	Tampak pucat, bibir kering, akral dingin, <i>Capillary Refill Time</i> > 2 detik, SaO ₂ 94%, TD 90/60 mmHg, Frekuensi napas 24x/menit, frekuensi nadi 100x/menit ireguler, GCS 15, edema ekstrimitas bawah, Hasil lab Hb 8 mg/dl urine output 350 cc kuning pekat, balans cairan -200 cc.
---	--

Analisis/Assessment

Bagian ini adalah tahap seorang perawat menuliskan hasil analisis/ pemikiran tentang masalah keperawatan yang paling menonjol dan apakah masalah tersebut sudah atau belum teratasi, mengacu pada data-data subjektif dan objektif yang telah dikumpulkan, dibandingkan dengan tujuan dan kriteria hasil yang telah ditetapkan sebelumnya pada rencana intervensi keperawatan.

Penulisan analisis/ assessment (A) adalah masalah keperawatan teratasi, atau masalah keperawatan belum teratasi. Contohnya pasien dengan masalah keperawatan hipertermia, setelah didapatkan data subjektif dan objektif, disimpulkan:

A:	Hipertermia teratasi
	atau
A	Hipertermia tidak teratasi

Beberapa referensi juga menuliskan tujuan tercapai, tujuan tercapai sebagian, atau tidak tercapai. Tujuan tercapai (saat dilakukan evaluasi here and now) disimpulkan saat kondisi pasien sesuai dengan kriteria hasil yang ditentukan. Tercapai sebagian apabila, misalnya, 3 dari 6 kriteria hasil yang ditetapkan telah terpenuhi. Apabila semua kriteria hasil yang ditargetkan tidak terpenuhi, maka dituliskan tujuan tidak tercapai.

A:	Tujuan tercapai
atau	
A	Tujuan tidak tercapai

Perawat dapat memilih apakah menggunakan format yang pertama atau yang kedua, disesuaikan dengan kebijakan yang ada di institusi masing-masing. Namun, yang perlu diingat adalah jangan sampai tertukar atau terbalik pada penulisan bagian analisis. Maksudnya jangan menuliskan "Tujuan teratas", atau "masalah tercapai".

Di Indonesia, hingga saat buku ini diterbitkan, organisasi Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI) sebagai organisasi yang menaungi profesi keperawatan terbesar di Indonesia belum menerbitkan panduan/ pedoman teknis sebagai standar pendokumentasian asuhan keperawatan, sehingga contoh-contoh yang disampaikan dalam bab ini tidak bersifat mandatori atau wajib dipakai, tetapi disesuaikan dengan bagaimana kebutuhan lahan pelayanan kesehatan.

Di banyak institusi dan fasilitas kesehatan juga menuliskan masalah keperawatannya saja pada bagian A (analisis/assessment) pada SOAP, untuk menunjukkan masalah keperawatan yang paling menonjol pada pasien saat itu, tanpa perlu menuliskan apakah teratasi atau teratasi sebagian atau tidak teratasi. Hal ini dapat dilakukan apabila sudah ada kesepakatan di lahan pelayanan masing-masing bahwa masalah keperawatan yang dicantumkan pada bagian Analisis/assessment artinya masalah keperawatan yang belum teratasi dan masih perlu dilakukan intervensi keperawatan lebih lanjut.

Contoh penulisannya adalah sebagai berikut:

A:	Nyeri Akut
Atau	
A:	1. Gangguan Pertukaran gas 2. Nyeri Akut 3. Risiko Infeksi

Pada contoh kedua di atas, beberapa masalah keperawatan dapat ditulis dalam satu SOAP, apabila memang perawat menemukan beberapa masalah keperawatan pada satu pasien saat melakukan evaluasi. Hal ini diperbolehkan mengingat efektivitas waktu dan dokumentasi SOAP agar lebih ringkas, padat, jelas, dan mudah dibaca oleh profesi kesehatan lain pada lembar Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi (CPPT), yang akan dibahas kemudian. Sehingga, pada praktiknya, penulisan SOAP ini tidak harus untuk satu diagnosa keperawatan saja.

Perencanaan/Planning

Bagian terakhir pada metode SOAP adalah planning atau perencanaan. Pada bagian ini, perawat mendokumentasikan rencana selanjutnya pada program perawatan pasien, apakah akan melanjutkan rencana, memodifikasi rencana, atau menghilangkan/ mengganti rencana yang lama dengan yang baru (Leniwita and Anggraini, 2019). Perawat menuliskan follow up bagaimana ia akan mengatasi atau menyelidiki lebih lanjut masalah yang muncul selama pemantauan kondisi kesehatan pasien.

Beberapa rencana tindak lanjut yang dapat dipertimbangkan meliputi (Potter and Perry, 2005):

1. Investigasi lanjutan: tes laboratorium, imaging sesuai indikasi.
2. Treatment: kolaborasi pemberian cairan, medikasi, oksigen, nutrisi, dll.
3. Merujuk ke spesialis yang dibutuhkan, misalnya rujuk ke spesialis luka.
4. Monitoring balans cairan ketat, meningkatkan frekuensi pemantauan.
5. Membuat rencana pulang (discharge planning).

Pada penulisan bagian Planning ini terdapat beberapa ketentuan, di antaranya apabila disimpulkan tujuan tercapai sebagian, atau masalah teratas sebagian (pada bagian analisis), maka lanjutkan intervensi.

Misalnya seperti di bawah ini:

P:	Lanjutkan intervensi: - Pantau tanda-tanda vital tiap 4 jam - ukur intake dan urin output tiap 8 jam - kolaborasi pemberian analgetic tiap 4 jam - dll
----	--

Intinya, perawat perlu menyebutkan intervensi apa saja yang perlu dilanjutkan, atau ditingkatkan frekuensinya. Apabila tujuan sudah tercapai atau masalah sudah teratasi, maka tulislah pertahankan kondisi pasien/ hentikan (karena kriteria hasil tercapai). Apabila tujuan tidak/ belum tercapai, perawat perlu kembali ke tahap pengkajian (reassessment) dan menganalisa apa yang menjadi penyebab tujuan tidak tercapai atau kriteria hasil tidak terpenuhi, dan lakukan modifikasi intervensi.

Apabila dibutuhkan untuk menggunakan metode SOAPIER dengan menambahkan komponen I (implementasi), E (evaluasi), dan atau R (reassessment) setelah SOAP, maka dijelaskan sebagai berikut:

Implementasi

Berupa tindakan keperawatan yang dilakukan sesuai dengan instruksi yang teridentifikasi dalam perencanaan intervensi. Jangan lupa menuliskan tanggal dan jam pelaksanaannya

Evaluasi

Adalah respons klien setelah dilakukan tindakan keperawatan

Reassessment (pengkajian ulang)

Pengkajian ulang yang dilakukan terhadap perencanaan setelah diketahui hasil evaluasi, seperti lanjutkan, modifikasi, atau hentikan intervensi.

10.2.2 Contoh Kasus Menggunakan Metode SOAP

Seorang perawat di RS X bertugas merawat pasien dengan diagnosa medis Ca colon (kanker kolon) stadium IV post operasi kolostomi H+7. Setelah dilakukan intervensi keperawatan mengganti kantong stoma dan balutan luka post operasi, perawat menuliskan hasil evaluasi pada akhir shift nya.

Maka dapat dituliskan SOAP sebagai berikut:

S	Pasien mengatakan tidak terasa nyeri di lokasi operasi, agak lemas, pusing, lebih nyaman setelah kantong diganti
O	Compos mentis, tampak pucat, CRT 3 detik, turgor kulit baik, akral dingin, bibir kering, TD 100/70 mmHg, HR 100x/menit, RR 22x/menit, suhu 37°C IV fluid RL/8 jam, balutan luka pos op H+7 di abdomen bersih tidak rembes, produksi feses kuning kecokelatan, lunak. Hasil lab Hb 8 mg/dl.
A	<ol style="list-style-type: none"> Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer Risiko infeksi
P	Lanjutkan intervensi - Perawatan sirkulasi: pemantauan TTV, transfusi PRC 500, pemantauan balans cairan & produksi stoma, edukasi diet & mobilisasi post-op

- | | |
|--|--|
| | - Pencegahan infeksi: pemantauan tanda-tanda infeksi, perawatan luka tiap 3 hari/ jika rembes, kolaborasi antibiotik, edukasi pencegahan infeksi |
|--|--|

Kelebihan dari metode SOAP adalah informasi yang diberikan memudahkan sejawat atau profesi kesehatan lain untuk mendapatkan informasi yang langsung pada inti masalahnya (to the point), terstruktur/ sistematis, dan padat (Ernawati, 2021). Sehingga waktu yang digunakan lebih efektif dalam mendapatkan informasi dari apa yang perawat tuliskan dalam CPPT.

10.3 Catatan Perkembangan Keperawatan

Dokumentasi evaluasi keperawatan dilakukan dalam bentuk catatan perkembangan dengan format SOAP seperti yang telah dijelaskan di atas. pada dasarnya, masing-masing profesi kesehatan memiliki formula atau format catatannya tersendiri (Kamil, 2019).

Misalnya dokter memiliki lembar pengkajian, catatan perjalanan penyakit, pengobatan, dan perkembangan kondisi pasiennya. Begitu pula perawat memiliki lembar pengkajian, masalah, rencana intervensi, evaluasi asuhan keperawatan, dan lembar catatan perkembangan keperawatan. Kondisi yang sering terjadi, sering kali informasi terputus atau tumpang tindih. Informasi yang dituliskan perawat dalam catatan perkembangan sering kali tidak sampai kepada dokter/ PPA lainnya karena lembar pencatatan terpisah.

Oleh karena itu, memang dibutuhkan suatu lembar catatan bersama yang dapat mempertahankan integrasi atau kesinambungan informasi perkembangan pasien dari berbagai profesi dalam tim kesehatan yang mengelola pasien, seperti perawat, dokter, ahli gizi, fisioterapis, bidan, dan lain-lain.

Pada setting rumah sakit, catatan perkembangan keperawatan didokumentasikan pada lembar Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi (CPPT) . Hal ini agar memudahkan komunikasi antar profesi kesehatan atau tim kesehatan yang merawat pasien dan mencegah informasi yang keliru. Lembar CPPT yaitu catatan perkembangan pasien terintegrasi yang berisikan catatan perkembangan/ kemajuan dari tiap masalah kesehatan atau keperawatan yang telah dilakukan tindakan dan disusun oleh semua Profesional Pemberi Asuhan (PPA) yang terlibat dalam asuhan pasien dengan menambahkan setiap perkembangan pasien pada lembar catatan yang sama.

Gambar 10.1 di bawah ini adalah contoh tampilan lembar CPPT secara umum yang digunakan pada setting rumah sakit. Dokumen CPPT ini sebagai bukti bahwa PPA sudah melaksanakan tugas dan kewajibannya, termasuk perawat.

Pada contoh di bawah, terlihat bahwa pada lembar CPPT terdiri dari lima kolom, yaitu (1) kolom tanggal/ jam, (2) kolom profesi/ bagian, (3) kolom hasil pemeriksaan, analisa, rencana, dan penatalaksanaan pasien, (4) instruksi tenaga kesehatan termasuk pasca bedah/ prosedur, dan (5) verifikasi oleh Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP). Oleh karena itu, perawat juga harus menuliskan atau menyusun evaluasi keperawatan berdasarkan metode SOAP pada lembar CPPT. Gambar 10.2 di bawah ini menggambarkan bagaimana penulisan SOAP perawat pada lembar CPPT.

CATATAN PERKEMBANGAN TERINTEGRASI INTEGRATED PROGRESS NOTES			Nama Unit No.RM	Lembar ke
Ruang	IDN	Pelidiksi/visi		
Tanggal	Jam	Profesi	Tulis dengan jelas pertemuan/pengobatan pasien saat ini dengan : S (Subjective), O (Objective), A (Assessment) dan P (Planing)	
15-11-18	10.00	Obat	Menerima pasien Alwi (100 Kebiduan) S : Sabtu pagi mau melahirkan. Blitar area G : Grahadi 18.00 T : 14.18. Wd & tgn/nec : 164/76.4 R.R. P : Gejala clsm R : Jkt N4 : Masa 3-7 cm. ~35° NPF : Metr. Reg. VT : Agak diperlambat. N : Gp (10, 30-70 mg, T10, PEF C : Keluarga min) PRG 2790 G. Pda : Tg : - Ampicilla 4x500mg - Exp. Perorangan Ma : - Koleksi urin Etc : pasien dan keluarga	
15/11/18	08.00	Bidan	S : saat ini mulai timbul O : KU baik, hrs S = 2-3x10-15 min A : Grahadi se-35 mg T10 Pk : C : P1wajar keluar air E : Jam) P : Mengalihposisi dan hasil pemeriksaan iku & suami memahami - Memberi iku tentara - pendampingan persalinan - pemenuhan nutrisi - relaksasi R : Suami memahami & Incapu melaksanakan - Mengobservasi KU - vr. hit. dg	
			S. Suryani	

Gambar 10.1: Contoh Lembar CPPT (Kamil, 2019)

TGL, JAM	PROFESI ONAL PEMBERI ASUHAN	HASIL ASESMEN PASIEN DAN PEMBERIAN PELAYANAN (tulis dengan format SOAP, disertai sasaran, tulis nama, beri paraf pada akhir catatan)	INSTRUKSI PPA termasuk pasca bedah (instruksi ditulis dengan rinci dan jelas)	REVIEW & VERIFIKASI DPJP Tulis nama, paraf, tgl, jam (DPJP harus membaca/ mereview seluruh rencana asuhan)
20/06/2021	Ners	S : Keluhan sesak dan batuk menurun O : Batuk efektif, RR 18-20x/menit, wheezing menurun A : Bersihkan jalan napas tidak efektif P : Lanjutkan intervensi manajemen jalan napas. Bersihkan napas meningkat batuk dan sputum menurun, SpO2 > 94% (ttd/paraf) Ns. Umar	Manajemen Jalan napas 1. Monitor pola napas tiap 2 jam 2. Monitor bunyi napas wheezing tiap 2 jam 3. Monitor sputum tiap 2 jam 4. Monitor saturasi oksigen 5. Posisikan semi Fowler 6. Berikan minum hangat 7. Berikan oksigen 2 lpm via nasal canum 8. Kolaborasi pemberian mukolitik NAC 200 mg 3x1 PO	

Gambar 10.2: Penulisan SOAP Perawat Pada Lembar CPPT (Adam, 2021)

Manfaat adanya Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi (CPPT) di antaranya (Kamil, 2019):

1. Memotivasi seluruh Profesional Pemberi Asuhan (PPA) yang merawat pasien akan mendokumentasikan setiap perkembangan pasien pada formulir/ lembar CPPT;
2. CPPT akan membuat seluruh PPA dapat saling berkomunikasi dan menyampaikan informasi secara tertulis tentang perkembangan pasien dalam satu pencatatan yang sama dan berkolaborasi dalam pemberian asuhan pasien.

Adanya lembar CPPT merupakan suatu upaya agar pemberian layanan kesehatan pada pasien dapat dilakukan secara paripurna dan menyeluruh, serta meminimalkan kemungkinan kesalahan yang dilakukan akibat komunikasi yang kurang baik antar profesi kesehatan.

Oleh karena itu, seluruh anggota tim kesehatan, juga perawat, perlu benar-benar mendokumentasikan asuhannya pada pasien dengan baik sesuai prinsip-prinsip dokumentasi. Beberapa prinsip yang perlu diperhatikan oleh seluruh pemberi layanan kesehatan, termasuk perawat, dalam mendokumentasikan asuhan atau hasil evaluasinya pada pasien (Potter & Perry, 2017) adalah sebagai berikut:

1. Berdasarkan fakta.

Penjelasan dan informasi yang efektif tentang apa yang dilihat, didengar, dirasakan, dan yang dicium oleh perawat. Penjelasan yang objektif harus merupakan hasil observasi langsung dan pengukuran terhadap perilaku pasien yang nyata. Informasi yang dituliskan berdasarkan fakta, sehingga akan menghilangkan kesalahan interpretasi.

2. Akurat

Hasil evaluasi berdasarkan penggunaan pengukuran terstandar. Perawat tidak boleh menerka-nerka kondisi kesehatan pasien tanpa dasar. Penulisan kata, istilah, atau data harus tepat, dan tidak lupa mencantumkan tanggal, tanda tangan, profesi, dan nama jelas.

3. Lengkap

Catatan yang ditulis lengkap sesuai kebutuhan informasi pasien, mudah dimengerti, singkat namun tidak menghilangkan makna. Hal ini penting karena pencatatan yang terlalu panjang dan berbelit-belit banyak menghabiskan waktu, kertas, dan sulit dipahami. Perawat perlu menghindari kata-kata atau istilah yang tidak perlu atau tidak dipahami PPA lainnya.

4. Tepat waktu

Semua data, rencana, tindakan, ataupun hasil evaluasi harus segera didokumentasikan oleh perawat. Tujuannya untuk menghindari kelupaan atau kesalahan penulisan akibat dari penundaan.

5. Terorganisasi

Penulisan dokumentasi harus terorganisasi sesuai dengan kronologis perkembangan pasien. Penulisan yang tumpang tindih akan membingungkan dan menghilangkan manfaat dari dokumentasi itu sendiri sebagai wahana komunikasi antar perawat dan PPA.

6. Rahasia

Seluruh pihak terkait, termasuk perawat atau PPA lainnya yang bertugas mengelola pasien harus menjaga agar informasi yang ada dalam dokumen tidak dibaca oleh pihak yang tidak berkepentingan dalam pelayanan kesehatan. Informasi yang harus dirahasiakan dari

segi hukum adalah informasi yang didapatkan dari hasil pemeriksaan, observasi, diskusi, tindakan medis/ keperawatan, dan pengobatan.

Daftar Pustaka

- Adraro, Z., & Mengistu, D. (2020). Implementation and factors affecting the nursing process among nurses working in selected government hospitals in Southwest Ethiopia. *BMC Nursing*, 19(105). <https://doi.org/https://doi.org/10.1186/s12912-020-00498-8>
- American Nurses Association (2010) Principles for Nursing Documentation, Nursing.
- Asmadi (2016) Konsep Dasar Keperawatan. Jakarta: Bumi Medika.
- Baraki, Z., Girmay, F., Kidanu, K., Gerensea, H., Gezehgne, D., & Teklay, H. (2017). A cross sectional study on nursing process implementation and associated factors among nurses working in selected hospitals of Central and Northwest zones, Tigray Region, Ethiopia. *BMC Nursing*, 16(54). <https://doi.org/DOI 10.1186/s12912-017-0248-9>
- Barra, D. C. C., & Sasso, G. T. M. D. (2012). THE NURSING PROCESS ACCORDING TO THE INTERNATIONAL CLASSIFICATION FOR NURING PRACTICE: AN INTEGRATIVE REVIEW. Florianópolis, 21(2), 440-447.
- Basri, B., Utami, T. and Mulyadi, E. (2020) Konsep dasar dokumentasi keperawatan. Edited by H. Nafiz. Bandung: Penerbit Media Sains Indonesia. Available at: https://www.google.co.id/books/edition/Konsep_Dasar_Dokumentasi_Keperawatan/uiwNEAAAQBAJ?hl=en&gbpv=1&dq=evaluasi+keperawatan&printsec=frontcover.

- Berman, A., Shirlee J., S., & Frandsen, G. (2016). Kozier & Erb's Fundamentals of Nursing concepts, process and principle.
- Budiono (2016) Konsep Dasar Keperawatan. Jakarta: Bumi Medika.
- BUTCHER, H. K., BULECHEK, G. M., DOCHTERMAN, J. M. & WAGNER, C. M. (2018). Nursing interventions classification (NIC)-E-Book, Elsevier Health Sciences.
- Carpenito (2009) Handbook of nursing diagnosis. Edited by & L. W. and Wilkins.
- CARPENITO-MOYET, L. J. (2006). Nursing diagnosis: Application to clinical practice, Lippincott Williams & Wilkins.
- CARPENITO, L. (1977) Handbook of nursing diagnosis. 7. izd. Philadelphia-New York: Lippincott.
- DeLaune, S., & Ladner, P. (2011). Fundamentals of Nursing Standards & Practice. Delmar Cengage Learning.
- Dermawan (2012) Proses Keperawatan Penerapan Konsep & Kerangka Kerja. Yogyakarta: Gosyen Publishing.
- Deswani (2009) Proses Keperawatan dan Berpikir Kritis. Jakarta: Salemba Medika.
- Dewi, N. H., Suryati, E., Mulyanasari, F., & Yupartini, L. (2021). PENGEMBANGAN FORMAT DOKUMENTASI ASUHAN KEPERAWATAN GAWAT DARURAT BERBASIS SDKI, SLKI, DAN SIKI. *Jurnal Keperawatan Silampari*, 4(2).
- Dewi, S. (2010) Konsep Dasar Manusia. Jakarta: Salemba Medika.
- Dinarti and Mulyanti, Y. (2017) Dokumentasi Keperawatan. Jakarta: Kemenkes RI.
- Dion, Y. and Betan, Y. (2013) Asuhan Keperawatan Keluarga Konsep Dan Praktik. Yogyakarta: Nuha Medika.
- DOENGES, M. E., MOORHOUSE, M. F. & MURR, A. C. (2019). Nursing care plans: Guidelines for individualizing client care across the life span, FA Davis.

- Doenges, M., Morrhouse, M. and Murr, A. (2015) Manual Diagnosis Keperawatan: Rencana, Intervensi dan Dokumentasi Asuhan Keperawatan. 3rd edn. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Ernawati, N. (2021) Buku ajar metodologi keperawatan: teori dan aplikasi kasus asuhan keperawatan. CV Literasi Nusantara Abadi. Available at: https://www.google.co.id/books/edition/BUKU_AJAR_METODOLOGI_KEPERAWATAN_TEORI_D/U4JKEAAAQBAJ?hl=en&gbpv=1&dq=evaluasi+keperawatan&printsec=frontcover.
- ERNAWATI, N. N. & KEP, M. (2021). BUKU AJAR METODOLOGI KEPERAWATAN TEORI DAN APLIKASI KASUS ASUHAN KEPERAWATAN, Literasi Nusantara.
- Gazari, T., Apiribu, F., Afaya, A., Awenabisa, A. G., Dzomeku, V. M., Mensah, A. B. B., & Amooba, P. A. (2021). Qualitative exploration of the challenges and the benefits of the nursing process in clinical practice: A study among registered nurses in a municipal hospital in Ghana. *Nursing Open* 8, 3281–3290.
- Haryanto (2011) Konsep dasar keperawatan dengan pemetaan konsep (concept mapping). Jakarta: Salemba Medika.
- Hidayat, A. (2021) Proses keperawatan: pendekatan NANDA, NIC, NOC, SDKI. 1st edn. Edited by N. Aziz. Surabaya: Health Books Publishing.
- Hidayat, A. A. A. (2007) Pengantar Konsep Dasar Keperawatan. Jakarta: Salemba Medika.
- Induniasih and Hendarsih, S. (2018) Metodologi Keperawatan. Yogyakarta: Pustaka Baru Press.
- INDUNIASIH, H. S., HENDARSIH, S. & KP, S. (2016). Metodologi Keperawatan. Yogyakarta: Pustaka Panasea.
- Jainurakhma, J. (2017) ‘Nurses’ experiences of caring for the cardiac arrest in the emergency room: A qualitative study’, Department of emergency nursing of STIKes Kepanjen, Malang, Indonesia, p. 1.
- Jainurakhma, J. et al. (2020) ‘Lived experience of nurses in caring for persons with out-of-hospital cardiac arrest in rural areas of East Java Indonesia: A phenomenological study’, *Belitung Nursing Journal*, 6(2), pp. 47–51. doi: 10.33546/BNJ.1075.

- Janus, M. and Brinkman, S. (2010) 'Evaluating Early Childhood Education and Care Programs', in International Encyclopedia of Education (Third Edition). Elsevier, pp. 25–31.
- Jones, D., Lunney, M., Keenan, G., & Moorhead, S. (2011). Standardized nursing languages: essential for the nursing workforce. *Annual Review of Nursing Research*, 28(1), 253–294. <https://doi.org/10.1891/0739-6686.28.253>.
- Kamil, H. (2019) 'Dokumentasi catatan perkembangan pasien terintegrasi (cppt) sebagai evidence based practice berpikir kritis perawat', *Jurnal fakultas keperawatan Universitas Syiah Kuala Banda Aceh*, (September), p. 37. Available at: <https://fkep.usu.ac.id/images/PDF/MATERI-SEMINAR-NAS.-pak-hajjul.pdf>.
- Kasiati and Rosmalawati, N. W. D. (2016) Kebutuhan dasar Manusia I. Jakarta: Kemenkes RI.
- Koerniawan, D., Daeli, N. E. and Srimiyati, S. (2020) 'Aplikasi Standar Proses Keperawatan: Diagnosis, Outcome, dan Intervensi pada Asuhan Keperawatan', *Jurnal Keperawatan Silampari*, 3(2), pp. 739–751. doi: 10.31539/jks.v3i2.1198.
- KOZIER, B. (1995). Fundamental of Nursing, California. Copyright by Addist Asley Publishing Company.
- Kozier, B. (2010) Buku Ajar Fundamental Keperawatan Konsep, Proses, & Praktik. Jakarta: EGC.
- Kozier, B., Erb, G., Berman, A. (2010). Fundamental Keperawatan : Konsep, Proses dan Praktik (7th ed.). Jakarta: EGC.
- Kozier, Berman and Snyder (2010) Buku Ajar: Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses dan Praktik. EGC. Jakarta.
- Kozier,B.,Glenora Erb, A. B. dan S. J. S. (2010) Buku Ajar Fundamental Keperawatan. Edited by D. yulianti (Alih bahasa : Esty Wahyu ningsih and) yuyun yuningsih. D. A. lusyana. Jakarta: EGC.
- LaCrosse Janousek, L., Heermann, J. and Eilers, J. (2003) 'Evaluation of a nurse care planning system that uses evidence-based order sets.', AMIA ... Annual Symposium proceedings / AMIA Symposium. AMIA Symposium, p. 903.

- Leniwita, H. and Anggraini, Y. (2019) ‘Modul dokumentasi keperawatan’, fakultas Vokasi Universitas Kristen Indonesia, pp. 1–182. Available at: http://eprints.ukh.ac.id/id/eprint/694/1/MODUL_DOKUMENTASI_KEPERAWATAN.pdf. AJAR
- Manurung, S. (2011) Buku ajar keperawatan maternitas asuham keperawatan intranatal. Jakarta: Trans Info media.
- Mardiani, R. (2019) ‘Menuliskan Tujuan dan Kriteria Hasil Perencanaan Keperawatan’, Osfpreprint.
- Moraes, E. (1967). Nursing care plan. Revista Da Escola de Enfermagem Da USP, 1(1), 99–111. <https://doi.org/10.1590/0080-6234196700100100099>
- Murr, M. E. D. M. F. M. A. C. (2008). Nursing Diagnosis Manual Planning, individualizing and Documenting Client Care.
- Muttaqin, A. (2010) Pengkajian Keperawatan: Aplikasi pada Praktik Klinik. Jakarta: Salemba Medika.
- NANDA (2014) Diagnosis Keperawatan Defenisi dan Klasifikasi,. Jakarta: EGC.
- Nursalam (2007) PROSES DAN DOKUMENTASI KEPERAWATAN Konsep dan Praktik, Edisi 2. Salemba Medika.
- Nursalam (2015) Metodologi ilmu keperawatan. Jakarta: Salemba Medika.
- Papathanasiou, I. V., Kleisiaris, C. F., Fradelos, E. C., Kourkouta, L., & Kakou, K. (2014). Critical Thinking: The Development of an Essential Skill for Nursing Students. ACTA INFORM MED, 22(4), 283-286.
- Pearson Learning. (2015). Critical Thinking and Clinical Reasoning. Pearson. Retrieved March 08th from <https://www.pearson.com/content/dam/one-dot-com/one-dot-com/us/en/higher-ed/en/products-services/course-products/berman-10e-info/pdf/CH10.pdf>
- Potter and Perry (2012) Buku Ajar Fundamental Keperawatan. 4th edn. Jakarta: EGC.
- Potter, P. and Perry, A. (2005) Buku Ajar fundamental Keperawatan Konsep, proses dan praktik, Edisi 4. Volume 1. 1st edn. Jakarta: EGC.
- Potter, P. and Perry, A. (2011) Buku Ajar: Fundamental Keperawatan. 7th edn. Jakarta: Penerbit Salemba Medika.

- Potter, Patricia A. & Anne, G. Perry. (2009). Fundamental Keperawatan Buku 1 Ed. 7. Jakarta: Salemba Medika
- Purwanto, Edi. (2011). Implementasi dan Evaluasi Keperawatan. Jakarta: EGC
- Rangkuti, N. A. (2011). Penerapan SDKI dan NANDA Dalam Diagnosa Keperawatan dan Langkah-Langkah Penyusunan Diagnosa Keperawatan.
- Rivas, F. J. P., Martín-Iglesias, S. M., del Cerro, o. L. P., Arenas, C. M., López, M. G., & Lagos, M. B. (2016). Effectiveness of Nursing Process Use in Primary Care. *International Journal of Nursing Knowledge*, 27(1).
- RN), O. R. F. N. (OPEN. (n.d.). Evaluation – Nursing Fundamentals.
- Rosdahl, C. B. and Kowalski, M. T. (2014) Buku Ajar Keperawatan Dasar. 10th edn. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Samson-Akpan, P. E., Edet, O. B., & others. (2009). Evaluation: a tool for quality nursing care. *Hamdard Medicus*, 52(4), 71–78.
- Seaback, W. W. (2020). Process: Concepts and applications. In From the Couch to the Circle. <https://doi.org/10.4324/9781315670096-24>
- Sepang, J. et al. (2021) Pengantar Dokumentasi Keperawatan. Yayasan Kita Menulis.
- Setiadi (2012) Konsep & Penulisan Dokumentasi Asuhan Keperawatan Teori dan Praktik. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Sihaloho, L. B. (2020) ‘Memahami Bentuk Dari Peranan Pasien Dan Keluarga Sebagai Partner Di Pelayanan Kesehatan Dalam Mencegah Bahaya Dan Adverse Events’. Available at: <http://dx.doi.org/10.31219/osf.io/fxue6>.
- Simamora, R. H. et al. (2017) ‘Penguatan Kinerja Perawat Dalam Pemberian Asuhan Keperawatan Melalui Pelatihan Ronde Keperawatan Di Rumah Sakit Royal Prima Medan’, *Jurnal Pengabdian Kepada Masyarakat*, 23(2), p. 300. doi: 10.24114/jpkm.v23i2.6880.
- Siregar, D. and Dkk (2021) Pengantar proses keperawatan: konsep, teori, dan aplikasi. Edited by A. Karim. Yayasan Kita Menulis.
- Stolte, K. M. . (2003) Diagnosa keperawatan sejahtera : Wellness nursing diagnosis. Edited by translator; M. E. Eni Novieastari. Jakarta: EGC.

- Stonehouse, D. (2017). Understanding the nursing process. *British Journal of Healthcare Assistants*, 11(8), 388-391.
- Sumijatun (2010) Konsep Dasar Menuju Keperawatan Profesional. Jakarta: Trans Info Media.
- Tampubolon, T. R. (2018). Proses Perumusan Diagnosa Keperawatan Beserta Sumber Kesalahan-kesalahan dalam Diagnosa.
- Thuvaraka, S., Vijayanathan, S., Pakeerathy, M., Subathra, R., Laavanya, M., & Priyanthi, W. (2018). Challenges Faced by Nurses for Implementation of Nursing Process in Special Units at Teaching Hospital Jaffna. *International Journal of Science and Healthcare Research*, 3(1).
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia.(tim pokja S. D. PPNI, Ed.) (1st ed.). Jakarta: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2016). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI), Edisi 1. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2017). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik (1st ed). Jakarta: DPP PPNI
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2019) Standar Intervensi Keperawatan Indonesia. Edisi 1, C. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2018). Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI), Edisi 1. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI
- Tim Pokja SLKI DPP PPNI (2019) Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan. Edisi 1, C. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- Tim Pokja SLKI DPP PPNI. (2018). Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI), Edisi 1. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI
- Timby, B. (2016). Fundamental Nursing Skills and Concepts (Vol. 11th). Wolters Kluwer Health.
- Toney-Butler, T. J., & Thayer, J. M. (2021, July 9th, 2021). Nursing Process. Retrieved March, 10th from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499937/>

- Wahid Abdul, S. imam (2012) Dokumentasi Proses Keperawatan. Yogjakarta: Nuha Medika.
- Wake, M. and Coenen, A. (1998) ‘Nursing diagnosis in the International Classification for Nursing Practice (ICNP)’, *Nursing Diagnosis*, 9(3).
- Yunus Elon, Evelin Malinti, Riamar Marlyn Sihombing Dwi Kartika Rukmi, A. A. T., Upik Rahmi, Dewi Damayanti, Novita Verayanti Manalu Dheni Koerniawan, K. M. W. and Aprida Manurung, Reagen Mandias, Zulfa Khusniyah Dyah Widodo, Janes Jainurakhma Indah Mukarromah, M. T. R. (2021) Teori dan Model Keperawatan. Yayasan Kita Menulis.
- Zamanzadeh, V., Valizadeh, L., Tabrizi, F. J., Behshid, M., & Lotfi, M. (2015). Challenges associated with the implementation of the nursing process: A systematic review. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 20(4), 411-419.

Biodata Penulis



Lahir di Wonosobo pada bulan Februari 1982. Dwi merupakan lulusan sarjana keperawatan dari Universitas Muhammadiyah Yogyakarta, dan lulusan magister keperawatan serta spesialis keperawatan medical bedah dari Universitas Indonesia. Saat ini Dwi merupakan salah satu dosen aktif pada prodi ilmu keperawatan di Universitas Jenderal Achmad Yani Yogyakarta. Dwi memiliki ketertarikan riset pada neurologi, onkologi, dan HIV/AIDS. Selain aktif mengajar, Dwi juga aktif dalam berbagai organisasi baik nasional maupun internasional seperti International AIDS Society (IAS), Communication Sub-group International Council of Nurses, HIPMEBI, dan Sigma Theta Tau International Society Nursing.



Ns. Siti Utami Dewi, S.Kep., M.Kes adalah dosen tetap di STIKes Fatmawati, Menyelesaikan Pendidikan Sarjana (S1) Program Studi Ilmu Keperawatan di STIKes Surya Global Yogyakarta (2008), Program Studi Profesi Ners di Universitas Indonesia Maju (2011). Setelah itu melanjutkan kuliah Magister (S2) Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat di Universitas Indonesia Maju (2016), dan saat ini sedang menempuh kuliah kembali pada program studi Magister Ilmu Keperawatan dengan peminatan Spesialis Keperawatan Onkologi di Universitas Indonesia. Saat ini menjabat sebagai

wakil kepala UPPM dalam bidang Pengabdian Kepada Masyarakat. Selain itu, aktif pula dalam kegiatan homecare dengan keahlian terapi komplementer, melakukan penelitian dengan menghasilkan beberapa jurnal ilmiah dan menghasilkan beberapa karya PkM yang mendapatkan HAKI.



Sumirah Budi Pertami, lahir di Purwakarta 24 Oktober 1976, menyelesaikan Sarjana Keperawatan pada Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Padjadajaran tahun 2000, kemudian penulis menyelesaikan Magister Keperawatan pada Fakultas Ilmu Keperawatan Program Kekhususan Keperawatan Maternitas Universitas Indonesia tahun 2007, penulis pernah bekerja sebagai staf keperawatan di RS Akademis Jaury Jusuf Putra Makassar Sulawesi Selatan pada tahun 2000 s/d 2001, kemudian penulis pernah bekerja sebagai dosen di Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kendari Sulawesi Tenggara 2001 s/d 2016, dan sejak tahun 2016 sampai sekarang penulis bekerja sebagai dosen di Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Malang Jawa Timur



Ns. Ayuda Nia Agustina, M. Kep., Sp. Kep. An memiliki hobi jalan-jalan, diskusi dan menulis merupakan anak pertama dari 2 bersaudara. Ia lahir di Pringsewu, 19 September 1988. Pendidikannya dimulai dari TK Nurul Qalam Bekasi pada tahun 1993, setelah itu melanjutkan pendidikan ke SD Negeri 01 Talangpadang tahun 1994, SLTP Negeri 01 Talangpadang pada tahun 2000 dan SMA Negeri 01 Pringsewu pada tahun 2003. Penulis menyelesaikan program sarjana dan profesi di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia di tahun 2011.

Tahun 2016, penulis lulus program studi Ners Spesialis Keperawatan Anak, Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia. Saat ini penulis merupakan dosen tetap di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Fatmawati sejak tahun 2011. Beberapa mata kuliah yang diampu penulis diantaranya: keperawatan anak, keperawatan dasar, dokumentasi keperawatan, dan etika keperawatan. Penulis juga pernah menjadi dosen tamu di Akademi Keperawatan Antariksa. Saat ini penulis diamanahkan umenjadi Ketua Lembaga Penelitian dan Pengabdian Masyarakat (LPPM) STIKes Fatmawati. dan Sekretaris Persatuan Perawat Nasional (PPNI) DPK Stikes Fatmawati. Selain mengajar, penulis juga aktif melakukan penelitian; menulis artikel ilmiah yang di publikasikan di jurnal ilmiah nasional, dan prosiding; menjadi pemakalah pada seminar nasional dan

internasional; menulis buku referensi di yayasan kita menulis. Beberapa karya audio visual telah berhasil mendapatkan HAKI, diantaranya video pembelajaran praktik keterampilan pada mata kuliah keperawatan anak dan keperawatan dasar. Moto hidupnya adalah “Sebaik-baiknya manusia adalah yang memberikan manfaat”.



Yunita Carolina Satti, Ns., M.Kep lahir di Pinrang, pada 4 Juli 1988. Lulus S-1 Keperawatan di STIK Sint Carolus Jakarta tahun 2012, Lulus S-2 Keperawatan di Universitas Hasanuddin Makassar tahun 2017. Saat ini sebagai dosen tetap di STIK Stella Maris Makassar. Sejak itu mendalami mata kuliah Proses Keperawatan dan berpikir kritis, serta Keperawatan Medikal Bedah.



Hinin Wasilah lahir di Garut pada tanggal 16 april 1991. Ia tercatat sebagai lulusan sarjana dari Fakultas Keperawatan, Universitas Padjadjaran. Setelah lulus Sarjana, ia melanjutkan studi Ners dikampus yang sama. Pasca lulus Ners, Hinin bekerja sebagai perawat di RSUP Fatmawati, Jakarta. Untuk mencapai cita citanya sebagai dosen, kemudian Ia berhenti bekerja sebagai perawat dan melanjutkan studi S2 (International Advanced Program in Nursing) di National Cheng Kung University, Taiwan. Setelah kembali dari Taiwan, kemudian Hinin memulai karirnya sebagai dosen di STIKES Fatmawati, Jakarta sejak september 2020 hingga saat ini.



Dr. Janes Jainurakhma, M.Kep., merupakan seorang peneliti, penulis dan dosen profesional dalam pendidikan keperawatan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Kepanjen-Malang sejak tahun 2013 hingga sekarang. Memiliki motto dalam hidup, "Jangan takut berbeda dengan kebanyakan orang, ciptakan sesuatu yang baru, tidak ada yang tidak mungkin untuk dilakukan jika Allah SWT bersama kita."

Latar belakang pendidikan tinggi: penulis menyelesaikan pendidikan keperawatan di Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Malang untuk

Program Studi Keperawatan Diploma III (tahun 2004), selanjutnya Program Studi Sarjana Keperawatan ditempuh selama 2 tahun di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Binawan-Jakarta (tahun 2007), pendidikan Magister Keperawatan di Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya Malang dan mengambil peminatan Keperawatan Gawat Darurat (tahun 2013). Pendidikan program Doktoral, penulis memilih Program Studi S3 Manajemen Pendidikan di Universitas Negeri Malang pada tahun 2015-2020, dengan harapan dan impian kedepannya mampu memberikan kontribusi positif terhadap pendidikan keperawatan di Indonesia ke arah yang lebih baik dan berdaya saing dengan negara lain di dunia.

Pengalaman penulis di tatanan klinik keperawatan, diantaranya sebagai perawat profesional di RSU Citra Medika-Sidoarjo (tahun 2004-2005), perawat profesional di Emergency Room-Malik Faisal Hospital- Makkah Al Mukaromah-Ministry of Health of Kingdom Saudi Arabia selama 2 tahun (tahun 2007-2010). Selanjutnya penulis menekuni sebagai dosen pendidikan keperawatan di Indonesia, diantaranya: Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Bahrul Ulum-Jombang (tahun 2010-2013) dan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Kepanjen-Malang sejak tahun 2013 hingga sekarang. Mata kuliah yang diampu, diantaranya: keperawatan gawat darurat, keperawatan berbasis masyarakat, keperawatan kritis, konsep berfikir kritis dalam keperawatan, patient safety.

Beberapa buku yang pernah ditulis, diantaranya: Asuhan Keperawatan Sistem Respiratory dengan Pendekatan Klinis; Caring Perawat saat Menghadapi Klien dengan Kondisi Kritis di Ruang Gawat Darurat, Dasar-dasar Keperawatan Penyakit Dalam, Caring Perawat Gawat Darurat; Teori dan Model Keperawatan; Penyesuaian diri: pembelajaran daring di tengah pandemi COVID-19; Dasar-dasar Asuhan Keperawatan Penyakit Dalam dengan Pendekatan Klinis, Asuhan Keperawatan Gawat Darurat.



Naya Ernawati adalah lulusan dari Program Sarjana dan Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya pada tahun 2017. Saat ini adalah dosen tetap di Poltekkes Kemenkes Malang yang mengampu mata kuliah dasar dan manajemen. Aktif menulis buku, artikel nasional dan internasional, dan menjadi narasumber dalam pelatihan dan seminar manajemen keperawatan di rumah sakit.



Lahir pada proses keperawatan tanggal 25 Januari 1975 di Bukittinggi Sumatera Barat. Menyelesaikan program sarjana jurusan keperawatan di Keperawatan Universitas Padjadjaran. Selanjutnya menyelesaikan program Magister Keperawatan di Universitas Indonesia dan saat ini bergabung menjadi dosen di Universitas Pendidikan Indonesia. aktif dalam kepenulisan buku dan jurnal nasional juga Internasional Serta terlibat sebagai reviewer di jurnal Nasional.



Syarifah Lubna lahir di Cirebon, pada 30 Desember 1991. Ia tercatat sebagai lulusan sarjana keperawatan dan Ners Universitas Indonesia pada tahun 2014. Setelah itu, ia bergabung di Rumah Sakit Kanker Nasional – Dharmais di Jakarta Barat pada tahun 2014-2016. Pada tahun 2017, ia mendapatkan kesempatan untuk menempuh pendidikan jenjang S2 di bidang perawatan paliatif melalui skema beasiswa

Australia Awards dan tercatat sebagai lulusan Master of Palliative Care di Flinders University, Australia Selatan pada tahun 2018. Wanita yang kerap disapa Lulu ini adalah ibu dari dua anak balita bernama Yusuf (30 bulan) dan Rasyad (12 bulan). Saat ini, ia kembali dan mengabdikan dirinya di kota kelahirannya di Cirebon untuk mengembangkan cabang ilmu keperawatan paliatif, salah satunya dengan menjadi dosen bidang keperawatan paliatif di

STIKes Cirebon dan bergabung dengan Danish Care Indonesia, sebuah praktik mandiri keperawatan yang fokus pada pelayanan luka dan homecare. Area peminatannya adalah terkait perawatan paliatif berbasis komunitas, palliative homecare, patient and family palliative care-centered, perawatan luka, dan pengembangan kurikulum keperawatan paliatif.

METODOLOGI PROSES ASUHAN KEPERAWATAN

Proses keperawatan adalah karakteristik standar yang berlaku dan digunakan sebagai kerangka kerja untuk rencana asuhan keperawatan di semua layanan perawatan kesehatan dengan pasien dari semua kelompok umur. Standar praktik keperawatan secara umum meliputi lima tahapan proses yaitu pengkajian, diagnosis, perencanaan, implementasi, dan evaluasi.

Proses keperawatan membantu perawat untuk menilai status kesehatan klien dan kebutuhan yang diperlukan untuk menentukan masalah kesehatan aktual atau potensial serta memberikan intervensi keperawatan khusus untuk memenuhi kebutuhan tersebut.

Buku Metodologi Proses Asuhan Keperawatan ini menjabarkan tentang :

- :Bab 1 Konsep Dasar Proses Keperawatan
- Bab 2 Pengkajian Keperawatan
- Bab 3 Diagnosa Keperawatan
- Bab 4 Perumusan Diagnosis Keperawatan
- Bab 5 Intervensi Keperawatan
- Bab 6 Penyusunan Perencanaan Keperawatan
- Bab 7 Implementasi Keperawatan
- Bab 8 Penyusunan Implementasi Keperawatan
- Bab 9 Evaluasi Keperawatan
- Bab 10 Penyusunan Evaluasi Keperawatan



YAYASAN KITA MENULIS
press@kitamenulis.id
www.kitamenulis.id

ISBN 978-623-342-457-8

9 786233 424578