



# METODOLOGI KEPERAWATAN

(TEORI DAN PANDUAN KOMPREHENSIF)

**Penulis :**

Dani Prastiwi, S.Kep., Ns., M.Sc

Siti Sholihat, M.Kes., Ph.D

IGA Purnama Wulan, S.Kp., M.M

Nur Muji Astuti, S.Kep., Ns., M.Kep

Ns. Neiliel Fitriana Anies, M.Kep

Ns. Gusti Ayu Ary Antari, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep.MB

Suryati, M.Kep., Ns., Sp.Kep.An

Ns. Mey Lona Verawaty Zendrato, M.Kep

Ns. Tressia Febrianti, S.Kep., M.Kep

Dr. Sri Djuwitaningsih, S.Kp., M.Kes., Sp.Mat

Ns. Maria Ulfa, M.Kep

**SONPEDIA.COM**

PT. Sonpedia Publishing Indonesia

# METODOLOGI KEPERAWATAN

(Teori dan Panduan Komprehensif)

**Penulis :**

Dani Prastiwi, S.Kep., Ns., M.Sc  
Siti Sholihat, M.Kes., Ph.D  
IGA Purnama Wulan, S.Kp., M.M  
Nur Muji Astuti, S.Kep., Ns., M.Kep  
Ns. Neiliel Fitriana Anies, M.Kep  
Ns. Gusti Ayu Ary Antari, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep.MB  
Suryati, M.Kep., Ns., Sp.Kep.An  
Ns. Mey Lona Verawaty Zendrato, M.Kep  
Ns. Tressia Febrianti, S.Kep., M.Kep  
Dr. Sri Djuwitaningsih, S.Kp., M.Kes.,Sp.Mat  
Ns. Maria Ulfa, M.Kep

**Penerbit:**

**SONPEDIA**  
Publishing Indonesia

**METODOLOGI KEPERAWATAN**  
(Teori dan Panduan Komprehensif)

**Penulis :**

Dani Prastiwi, S.Kep., Ns., M.Sc  
Siti Sholihat, M.Kes., Ph.D  
IGA Purnama Wulan, S.Kp., M.M  
Nur Muji Astuti, S.Kep., Ns., M.Kep  
Ns. Neiliel Fitriana Anies, M.Kep  
Ns. Gusti Ayu Ary Antari, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep.MB  
Suryati, M.Kep., Ns., Sp.Kep.An  
Ns. Mey Lona Verawaty Zendrato, M.Kep  
Ns. Tressia Febrianti, S.Kep., M.Kep  
Dr. Sri Djuwitaningsih, S.Kp., M.Kes.,Sp.Mat  
Ns. Maria Ulfa, M.Kep

**ISBN : 978-623-8417-30-8**

**Editor:**

Efitra

**Penyunting :**

Ida Kumala Sari

**Desain sampul dan Tata Letak:**

Yayan Agusdi

**Penerbit :**

PT. Sonpedia Publishing Indonesia

**Redaksi :**

Jl. Kenali Jaya No 166 Kota Jambi 36129 Tel +6282177858344

Email: [sonpediapublishing@gmail.com](mailto:sonpediapublishing@gmail.com)

Website: [www.buku.sonpedia.com](http://www.buku.sonpedia.com)

**Anggota IKAPI : 006/JBI/2023**

Cetakan Pertama, Oktober 2023

Hak cipta dilindungi undang-undang  
Dilarang memperbanyak karya tulis ini dalam bentuk dan dengan  
cara Apapun tanpa ijin dari penerbit

## KATA PENGANTAR

Puji syukur kepada Tuhan yang Maha Esa, telah memberikan rahmat dan hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan buku ini dengan baik. Buku ini berjudul *“METODOLOGI KEPERAWATAN ; Teori dan Panduan Komprehensif”*. Tidak lupa kami ucapkan terima kasih bagi semua pihak yang telah membantu dalam penulisan dan penerbitan buku ini.

Dalam dunia perawatan kesehatan yang terus berkembang, pemahaman yang kuat tentang metodologi adalah hal yang sangat penting. Penelitian yang baik dan praktik keperawatan yang efektif memerlukan dasar yang kokoh dalam berbagai metode penelitian, evaluasi, dan implementasi. Buku ini dirancang untuk membantu pembaca menjembatani kesenjangan antara teori dan praktik, serta memberikan wawasan mendalam tentang berbagai aspek metodologi keperawatan.

Buku ini adalah sebuah buku yang esensial bagi para perawat dan mahasiswa keperawatan. Buku ini memandu pembaca melalui serangkaian konsep dan praktik penting dalam dunia keperawatan dengan fokus pada penerapan metode ilmiah. Buku ini dimulai dengan memperkenalkan konsep dasar dari proses keperawatan dan menjelaskan perbedaan antara metode ilmiah dan proses keperawatan, memberikan dasar yang kuat untuk pembaca. Selanjutnya, buku ini menggali teknik pengkajian keperawatan, pembentukan diagnosa keperawatan, serta penyusunan rencana asuhan keperawatan dengan studi kasus dan panduan praktis.

Panduan ini juga membahas implementasi perawatan, evaluasi hasil, dan bagaimana menerapkan langkah-langkah metode ilmiah dalam penyelesaian masalah. Melalui konten yang terstruktur dan berbasis bukti, buku ini membantu perawat untuk meningkatkan kualitas

perawatan yang diberikan kepada pasien dan memahami dasar-dasar ilmiah yang ada dalam praktik keperawatan sehari-hari. "Metodologi Keperawatan" adalah sumber informasi yang sangat berharga dalam membekali para profesional keperawatan dengan pengetahuan dan keterampilan yang diperlukan untuk memberikan perawatan yang aman, efektif, dan berkualitas tinggi.

Buku ini mungkin masih terdapat kekurangan dan kelemahan. Oleh karena itu, saran dan kritik para pemerhati sungguh penulis harapkan. Semoga buku ini memberikan manfaat dan berguna bagi para pembaca dalam pengembangan penelitian ilmu dalam keperawatan.

Pekalongan, Oktober 2023  
**Tim Penulis**

## DAFTAR ISI

<b>KATA PENGANTAR .....</b>	<b>ii</b>
<b>DAFTAR ISI .....</b>	<b>iv</b>
<b>BAGIAN 1_Toc147347874 KONSEP DASAR PROSES KEPERAWATAN .....</b>	<b>1</b>
A. DEFINISI PROSES KEPERAWATAN .....	1
B. SEJARAH PROSES KEPERAWATAN .....	1
C. TUJUAN PROSES KEPERAWATAN .....	2
D. MANFAAT PROSES KEPERAWATAN .....	3
E. SIFAT PROSES KEPERAWATAN .....	4
F. KARAKTERISTIK PROSES KEPERAWATAN .....	5
G. TAHAP PROSES KEPERAWATAN .....	6
<b>BAGIAN 2_Toc147347874PERBANDINGAN METODE ILMIAH DAN PROSES KEPERAWATAN .....</b>	<b>10</b>
A. PROSES KEPERAWATAN .....	10
B. METODE ILMIAH .....	17
C. PERBANDINGAN METODE ILMIAH DAN PROSES KEPERAWATAN .....	21
<b>BAGIAN 3_Toc147347874KONSEP PENGKAJIAN KEPERAWATAN .....</b>	<b>24</b>
A. PENGERTIAN PENGKAJIAN KEPERAWATAN .....	24
B. TUJUAN PENGKAJIAN DATA .....	25
C. MACAM-MACAM DATA .....	25
D. FOKUS PENGKAJIAN KEPERAWATAN .....	26
E. PENGUMPULAN DATA .....	27
F. TUJUAN PENGUMPULAN DATA .....	27
G. TIPE DATA .....	28
H. KARAKTERISTIK DATA .....	29
I. SUMBER DATA .....	30
J. JENIS PENGKAJIAN .....	32
K. TEHNIK PENGUMPULAN DATA .....	33
L. PENDEKATAN PENGKAJIAN FISIK .....	37
L. PENGKAJIAN KEPERAWATAN .....	39

M.	KEMAMPUAN YANG HARUS DIMILIKI PERAWAT DALAM PENGKAJIAN .....	43
N.	HAMBATAN DALAM PENGKAJIAN .....	44
<b>BAGIAN 4</b>	<b>_Toc147347874DIAGNOSIS KEPERAWATAN .....</b>	<b>48</b>
A.	DEFINISI DIAGNOSIS KEPERAWATAN .....	48
B.	KLASIFIKASI DIAGNOSIS KEPERAWATAN .....	48
C.	JENIS-JENIS DIAGNOSIS KEPERAWATAN .....	50
D.	KOMPONEN DIAGNOSIS KEPERAWATAN .....	51
E.	PROSES PENEGAKAN DIAGNOSIS .....	53
F.	PERUMUSAN DIAGNOSIS KEPERAWATAN.....	55
<b>BAGIAN 5</b>	<b>_Toc147347874IMPLEMENTASI KEPERAWATAN.....</b>	<b>56</b>
A.	PENGGERTIAN IMPLEMENTASI KEPERAWATAN .....	56
B.	TAHAP-TAHAP IMPLEMENTASI.....	59
C.	PENDEKATAN TINDAKAN.....	61
D.	PRINSIP IMPLEMENTASI .....	65
E.	METODE IMPLEMENTASI.....	66
F.	LATIHAN .....	69
<b>BAGIAN 6</b>	<b>_Toc147347874EVALUASI KEPERAWATAN .....</b>	<b>70</b>
A.	DEFINISI .....	70
B.	TUJUAN DAN MANFAAT EVALUASI KEPERAWATAN .....	71
C.	BERPIKIR KRITIS DALAM EVALUASI KEPERAWATAN.....	72
D.	KOMPONEN DALAM MENYUSUN EVALUASI KEPERAWATAN .....	75
<b>BAGIAN 7</b>	<b>_Toc147347874 PRAKTIK PENERAPAN PROSES KEPERAWATAN SEBAGAI METODE ILMIAH .....</b>	<b>83</b>
A.	PENGGERTIAN PROSES KEPERAWATAN.....	83
B.	PENGGERTIAN METODE ILMIAH.....	84
C.	PROSES KEPERAWATAN SEBAGAI METODE ILMIAH.....	85
D.	PRAKTIK PROSES KEPERAWATAN SEBAGAI METODE ILMIAH .....	87
<b>BAGIAN 8</b>	<b>_Toc147347874PRAKTEK PENGKAJIAN KEPERAWATAN .....</b>	<b>92</b>
A.	PENDAHULUAN.....	92
B.	TUJUAN PENGKAJIAN KEPERAWATAN .....	93
C.	PROSES PENGKAJIAN KEPERAWATAN .....	93
D.	PENGUMPULAN DATA.....	95

E. METODE PENGKAJIAN KEPERAWATAN .....	97
F. ALAT PERIKSA.....	99
G. TAHAPAN PENGKAJIAN KEPERAWATAN .....	99
H. PEMERIKSAAN FISIK HEAD TO TOE.....	102
I. PERSIAPAN PEMERIKSAAN FISIK.....	103
<b>BAGIAN _Toc1473478749 PRAKTEK MENETAPKAN DIAGNOSA</b>	
<b>KEPERAWATAN .....</b>	<b>105</b>
A. PENDAHULUAN.....	105
B. MERUMUSKAN DIAGNOSA KEPERAWATAN.....	106
C. LANGKAH-LANGKAH MENEGAKKAN DIAGNOSA KEPERAWATAN .....	107
D. PRAKTEK MENEGAKKAN DIAGNOSA KEPERAWATAN AKTUAL.....	109
E. PRAKTEK MENEGAKKAN DIAGNOSA KEPERAWATAN RESIKO.....	112
F. PRAKTEK MENEGAKKAN DIAGNOSA KEPERAWATAN PROMOSI KESEHATAN .....	114
<b>BAGIAN 1_Toc1473478740 PRAKTEK MENYUSUN RENCANA ASUHAN</b>	
<b>KEPERAWATAN .....</b>	<b>118</b>
A. INTRODUKSI.....	118
B. JENIS PERENCANAAN.....	119
C. MENGEMBANGKAN RENCANA ASUHAN KEPERAWATAN .....	121
D. PROSES PERENCANAAN KEPERAWATAN.....	124
<b>BAGIAN 1_Toc1473478741 PRAKTEK MENERAPKAN LANGKAH- LANGKAH METODE ILMIAH DALAM PENYELESAIAN MASALAH .....</b>	<b>131</b>
A. KONSEP METODE ILMIAH.....	131
B. KARAKTERISTIK PENELITIAN ILMIAH.....	131
C. KARAKTERISTIK METODE ILMIAH .....	133
D. LANGKAH - LANGKAH METODE ILMIAH .....	136
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>141</b>
<b>TENTANG PENULIS .....</b>	<b>152</b>



# BAGIAN 1

## KONSEP DASAR PROSES KEPERAWATAN

### A. DEFINISI PROSES KEPERAWATAN

Proses keperawatan merupakan pendekatan penyelesaian masalah keperawatan yang sistematis, berfokus pada pasien, dan berorientasi pada tujuan yang menyediakan kerangka kerja dalam praktik keperawatan. Masalah dan kebutuhan dasar klien merupakan fokus utama dalam proses keperawatan. Proses keperawatan juga merupakan panduan untuk memberikan asuhan keperawatan yang profesional baik untuk individu, kelompok, keluarga dan komunitas.

Pendekatan penyelesaian masalah melalui proses keperawatan menjamin kualitas asuhan yang diberikan oleh perawat.

### B. SEJARAH PROSES KEPERAWATAN

Proses keperawatan pertama kali diperkenalkan tahun 1950-an sebagai proses tiga tahap yaitu pengkajian, perencanaan dan evaluasi yang berdasarkan pada metode ilmiah yaitu mengobservasi, mengukur, mengumpulkan data dan menganalisis hasil temuan tersebut. Seiring perkembangan keperawatan, tahun 1955 proses keperawatan diperkenalkan oleh Hall. Tahun 1967, Yura dan Walsh menjabarkan menjadi empat tahap yaitu pengkajian, perencanaan, implemetasi dan evaluasi. Kemudian pada edisi kedua tahun 1973,

proses keperawatan semakin meningkat dan dipublikasikan. Pada pertengahan tahun 1970, Bloch (1974), Mundinger dan Jaron (1975) serta Aspinall (1976) menambahkan tahap diagnosis pada proses keperawatan, sehingga menjadi lima tahap yaitu pengkajian, diagnosis, perencanaan, implementasi dan evaluasi yang sampai saat ini lima tahap proses keperawatan tersebut digunakan sebagai kerangka kerja, dasar dan pengantar dari kajian ilmu keperawatan.

Dengan berkembangnya waktu, proses keperawatan dianggap sebagai suatu dasar hukum dalam praktik keperawatan. Tahun 1973, *American Nursing Association* (ANA) menggunakan proses keperawatan sebagai pedoman dalam pengembangan standar praktik keperawatan dan digunakan sebagai suatu kerangka konsep kurikulum pendidikan keperawatan.

### C. TUJUAN PROSES KEPERAWATAN

Proses keperawatan merupakan suatu upaya pemecahan masalah yang tujuan utamanya adalah membantu perawat menangani klien secara komprehensif dengan dilandasi alasan ilmiah, keterampilan teknis dan keterampilan interpersonal. Penerapan proses keperawatan ini tidak hanya ditujukan untuk kepentingan klien, tetapi juga profesi keperawatan. Proses keperawatan bertujuan untuk ;

1. Mempertahankan kesehatan klien.

2. Mempraktikkan metode pemecahan masalah dalam praktik keperawatan.
3. Menggunakan standar untuk praktik keperawatan.
4. Memperoleh metode yang baku dan sesuai, rasional dan sistematis dalam memberikan asuhan keperawatan pada klien.
5. Memperoleh metode yang dapat digunakan dalam segala situasi.
6. Memperoleh hasil asuhan keperawatan dengan kualitas tinggi.

Proses keperawatan juga sangat penting karena berfungsi sebagai kerangka pikir untuk menjalankan fungsi dan tanggungjawab dalam lingkup yang luas. Proses keperawatan juga berfungsi sebagai alat untuk mengenal masalah klien, menyusun perencanaan yang sistematis, melaksanakan tindakan dan menilai hasil tindakan.

#### **D. MANFAAT PROSES KEPERAWATAN**

Ada beberapa manfaat proses keperawatan, diantaranya:

1. Bagi klien

Dengan adanya proses keperawatan, klien mendapatkan pelayanan keperawatan yang berkualitas, efektif dan efisien. Asuhan keperawatan yang diberikan telah diseleksi sesuai dengan kebutuhan klien melalui penelusuran data, rumusan permasalahan yang matang, diagnosis keperawatan yang tepat, rencana yang terarah, tindakan yang sesuai dengan rencana, dan penilaian terus menerus.

## 2. Bagi tenaga keperawatan

Proses keperawatan akan meningkatkan kemandirian tenaga keperawatan dan pelaksanaan asuhan keperawatan dan tidak bergantung pada profesi lain. Proses ini juga memberi kepuasan yang optimal bagi tenaga keperawatan yang berhasil dalam pelaksanaan asuhan keperawatannya.

## 3. Bagi institusi pelayanan

Institusi pelayanan akan merasakan manfaatnya apabila klien merasa puas, cepat sembuh, pelayanan yang bermutu sekaligus merupakan promosi institusi tersebut. Dengan demikian, klien meningkat dan keuntungan pun meningkat, citra institusi bertambah baik di masyarakat.

## E. SIFAT PROSES KEPERAWATAN

Proses keperawatan memiliki empat sifat yaitu : dinamis, siklis, interdependen dan fleksibel.

### 1. Dinamis

Setiap tahap proses keperawatan dapat diperbaharui atau dimodifikasi apabila situasi dan kondisi klien berubah. Sehingga perawat dalam menerapkan proses keperawatan dapat dengan mudah memberikan pelayanan sesuai dengan kebutuhan klien.

### 2. Siklis

Proses keperawatan berjalan secara siklik atau berulang dari pengkajian sampai dengan evaluasi, dengan seterusnya apabila diperlukan pengkajian ulang. Sampai masalah klien teratasi atau

klien dapat mandiri memenuhi kebutuhan kesehatan atau keperawatannya.

### 3. Interdependen

Setiap tahapan proses keperawatan mempunyai relevansi yang sangat erat sehingga kekurangan di salah satu tahap akan mempengaruhi tahap berikutnya. Semua tahapan proses keperawatan bergantung pada pengumpulan data yang akurat dan lengkap untuk memberikan asuhan keperawatan yang aktual.

### 4. Fleksibel

Sifat dari proses keperawatan ini dapat digunakan kepada klien sebagai individu, kelompok, keluarga maupun komunitas atau masyarakat untuk pemecahan masalah keperawatan pada berbagai kondisi dan situasi klien.

## F. KARAKTERISTIK PROSES KEPERAWATAN

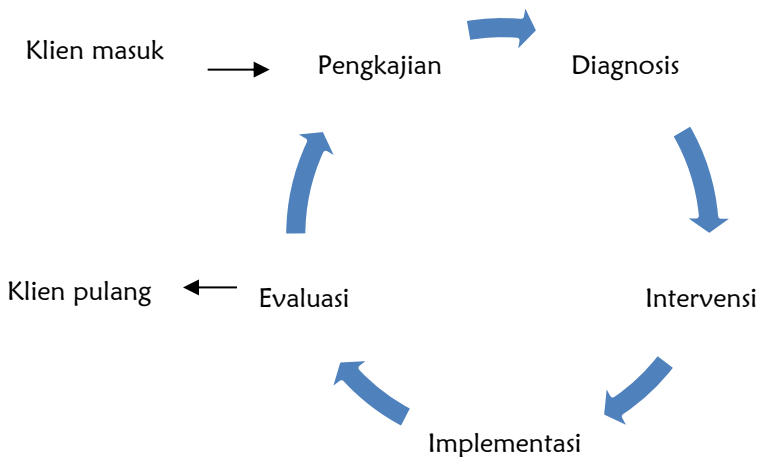
Proses keperawatan memiliki karakteristik atau ciri khas dalam pemecahan masalah, diantaranya sebagai berikut :

1. Proses keperawatan merupakan metode pemecahan masalah yang bersifat terbuka, fleksibel dalam memenuhi kebutuhan klien dan selalu berkembang terhadap masalah yang ada dan mengikuti perkembangan zaman.
2. Adanya proses keperawatan dapat dilakukan pendekatan secara individual dari pemenuhan kebutuhan klien.
3. Dengan proses keperawatan terdapat beberapa permasalahan atau hal yang sangat perlu direncanakan.

4. Melalui proses keperawatan akan diarahkan tujuan pelayanan keperawatan daam pemenuhan kebutuhan dasar manusia.
5. Prosesn keperawatan yang merupakan suatu siklus yang saling berhubungan antara tahap satu dengan yang lain dan tidak berdiri sendiri.
6. Adanya proses keperawatan, penentuan masalah akan lebih cepat diatasi.

## G. TAHAP PROSES KEPERAWATAN

Proses keperawatan yang diterapkan pada saat memberikan asuhan keperawatan pada klien, meliputi lima tahapan diantaranya : pengkajian, diagnosis, intervensi, implementasi, dan evaluasi.



*Gambar 1.1. Tahapan proses keperawatan*

Dari gambar diatas, dapat kita perhatikan bahwa proses keperawatan merupakan rangkaian yang berkelanjutan dalam pelaksanaannya. Adapun penjelasan dari setiap tahapan sebagai berikut :

### **1. Pengkajian**

Pengkajian merupakan tahap pertama dalam proses keperawatan dengan mengumpulkan data secara sistematis untuk menentukan status kesehatan dan fungsional kerja serta respon klien pada saat ini dan seelumnya. Dari pengkajian, dapat disusun databased atau data dasar mengenai kebutuhan, masalah kesehatan dan respon klien terhadap masalah. Adapun tahapan pengkajian sebagai berikut :

- a. Mengumpulkan riwayat kesehatan keperawatan.
- b. Melakukan pemeriksaan fisik.
- c. Mencatat data laboratorium.
- d. Memvalidasi data.
- e. Mengelompokkan data.
- f. Mendokumentasikan data.

### **2. Diagnosis keperawatan**

Diagnosis keperawatan merupakan suatu keputusan klinis tentang respon individu, keluarga, atau masyarakat sebagai akibat dari masalah kesehatan atau proses kehidupan yang aktual atau potensial. Tahapan diagnosis keperawatan :

- a. Manganalisis dan menginterpretasi data.
- b. Mengidentifikasi masalah klien.
- c. Merumuskan diagnosis keperawatan.

d. Mendokumentasikan diagnosis keperawatan.

### 3. Intervensi

Pada tahap intervensi, tujuan dan hasil dirumuskan. Tahap intervensi dalam proses keperawatan digunakan sebagai pedoman untuk mengarahkan tindakan keperawatan dalam usaha membantu, meringankan, memecahkan masalah atau untuk memenuhi kebutuhan klien agar efektif dan efisien.

Tahapan intervensi :

- a. Melakukan penapisan untuk prioritas masalah.
- b. Mengidentifikasi tujuan dan kriteria hasil yang akan dicapai.
- c. Memilih tindakan keperawatan.
- d. Menuliskan rencana asuhan keperawatan.

### 4. Implementasi

Tahap implementasi merupakan pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap intervensi. Tahap implementasi ditunjukkan pada nursing orders untuk membantu klien mencapai tujuan yang telah ditetapkan, yang mencakup peningkatan keseharan, pencegahan penyakit, pemulihan kesehatan dan memfasilitasi koping. Tahapan implementasi :

- a. Mengkaji kembali masalah klien.
- b. Memastikan apakah intervensi keperawtatan masih sesuai.
- c. Melakukan tindakan keperawatan.



## 5. Evaluasi

Evaluasi keperawatan terus menerus dilakukan untuk menentukan apakah rencana keperawatan efektif dan bagaimana rencana keperawatan dilanjutkan, merevisi rencana keperawatan atau menghentikan rencana keperawatan. Evaluasi selalu berkaitan dengan tujuan, apabila dalam penilaian ternyata tujuan tidak tercapai, maka perlu dicari penyebabnya. Tahapan evaluasi:

- a. Melihat respon klien.
- b. Membandingkan respon klien dengan kriteria.
- c. Menganalisis hasil asuhan keperawatan.
- d. Memodifikasi intervensi keperawatan.

## BAGIAN 2

# PERBANDINGAN METODE ILMIAH DAN PROSES KEPERAWATAN

Penerapan metode ilmiah sangat penting dalam praktik keperawatan dan telah menjadi pengetahuan umum saat ini. Keperawatan sebagai suatu kegiatan khusus telah ada sejak awal mula manusia karena selalu ada orang yang tidak mampu mempertahankan dirinya sendiri, sehingga selalu ada kebutuhan untuk melakukan asuhan keperawatan.

Metode keperawatan ini telah menjadi ilmu pengetahuan yang diakui dan memiliki metode ilmiah tersendiri untuk memberikan ketelitian lebih lanjut pada praktik keperawatan profesional selama pertengahan abad terakhir. Metodologi ini diterapkan pada setiap disiplin ilmu pengetahuan, terdiri dari lima langkah utama yaitu pengumpulan informasi, pemecahan masalah, intervensi, dan evaluasi. Setiap elemen ini dapat diaplikasikan dalam Proses Asuhan Keperawatan, (Penit, 2014)

### A. PROSES KEPERAWATAN

Sebuah proses yang "menggabungkan elemen-elemen yang paling diinginkan dari seni keperawatan dengan elemen yang paling relevan dari teori sistem, dengan menggunakan metode ilmiah" telah diidentifikasi oleh ahli keperawatan. Menurut Peplau (1952), King

(1971), Travalbee (1971), Yura & Walsh (1988), dan Doenges (2013), proses ini menghubungkan kompetensi interpersonal yang aktif dengan proses pemecahan masalah dan pengambilan keputusan.

Proses keperawatan didefinisikan sebagai pendekatan sistematis terhadap keperawatan dengan menggunakan prinsip-prinsip dasar pemikiran kritis, pendekatan yang berpusat pada klien untuk pengobatan, tugas yang berorientasi pada tujuan, rekomendasi praktik berbasis bukti (EBP), dan intuisi keperawatan. Postulat holistik dan ilmiah diintegrasikan untuk memberikan dasar bagi perawatan yang penuh kasih dan berbasis kualitas.

### **1. Pengertian Proses Keperawatan**

Proses keperawatan adalah urutan langkah pemecahan masalah yang terorganisir yang digunakan untuk mengidentifikasi dan menangani masalah kesehatan klien. Menurut Koziar, 2004 proses keperawatan adalah untuk mengidentifikasi status kesehatan klien, masalah atau kebutuhan perawatan kesehatan aktual atau potensial, menentukan rencana untuk memenuhi kebutuhan tersebut dan memberikan intervensi keperawatan yang spesifik untuk memenuhi kebutuhan tersebut.

Proses keperawatan didefinisikan sebagai metode yang terorganisir dan sistematis dalam merencanakan dan memberikan asuhan individual kepada klien. Proses keperawatan adalah alat yang mendorong pengorganisasian dan pemanfaatan langkah-langkah untuk mencapai hasil yang diinginkan. Langkah-langkah dalam proses keperawatan saling mendukung satu sama lain,

dengan mengaitkan langkah-langkah sebelumnya dan selanjutnya. Proses keperawatan dapat digunakan pada klien di sepanjang masa hidup mereka dan dalam situasi apa pun di mana asuhan diberikan kepada klien, (Seaback WW, 2012).

Menurut American Nurses Association (2010), proses keperawatan adalah proses berpikir kritis yang digunakan oleh perawat profesional untuk menerapkan bukti terbaik yang tersedia dalam memberikan asuhan keperawatan dan meningkatkan fungsi dan reaksi manusia terhadap kesehatan dan penyakit.

## **2. Tujuan Proses Keperawatan**

- a. Mengidentifikasi status kesehatan klien dan masalah atau kebutuhan perawatan kesehatan aktual atau potensial.
- b. Menetapkan rencana untuk memenuhi kebutuhan yang teridentifikasi.
- c. Memberikan intervensi keperawatan khusus untuk memenuhi kebutuhan tersebut.

## **3. Komponen Proses Keperawatan**

Proses keperawatan terdiri dari lima komponen yaitu pengkajian, diagnosis, perencanaan, implementasi, dan evaluasi.

### **a. Pengkajian**

Fase pertama dari proses keperawatan adalah pengkajian. Ini melibatkan pengumpulan, pengorganisasian, validasi, dan pendokumentasian status kesehatan klien. Data ini dapat diperoleh dengan berbagai cara, seperti mengidentifikasi

masalah kesehatan pasien serta kondisi fisiologis, psikologis, dan emosional dan untuk membuat basis data tentang respons klien terhadap masalah kesehatan atau penyakit dan kemampuan untuk mengelola kebutuhan perawatan kesehatan. Kemampuan berpikir kritis sangat penting dalam pengkajian.

b. **Diagnosis**

Diagnosis adalah fase kedua dari proses keperawatan. Pada fase ini, perawat menggunakan keterampilan berpikir kritis untuk menginterpretasikan data pengkajian untuk mengidentifikasi masalah klien.

Diagnosis keperawatan adalah penilaian klinis tentang respon individu, keluarga atau masyarakat terhadap masalah kesehatan/proses kehidupan yang aktual atau potensial. diagnosis keperawatan menjadi dasar pemilihan intervensi keperawatan untuk mencapai hasil yang menjadi tanggung jawab perawat.

c. **Perencanaan**

Perencanaan melibatkan pengambilan keputusan dan pemecahan masalah dan merupakan proses merumuskan tujuan klien dan merancang intervensi keperawatan yang diperlukan untuk mencegah, mengurangi, atau menghilangkan masalah kesehatan klien.

Tahap perencanaan adalah tahap perumusan tujuan dan hasil yang secara langsung berdampak pada perawatan pasien.

Tujuan khusus pasien ini dan pencapaiannya membantu memastikan hasil yang positif. Rencana asuhan keperawatan sangat penting dalam fase penetapan tujuan ini. Rencana asuhan memberikan arah untuk perawatan yang dipersonalisasi yang disesuaikan dengan kebutuhan unik setiap individu.

d. Implementasi

Implementasi adalah langkah yang melibatkan tindakan atau perbuatan dan pelaksanaan intervensi keperawatan yang diuraikan dalam rencana perawatan. Fase ini membutuhkan standar implementasi berdasarkan *evidence base practice*.

e. Evaluasi

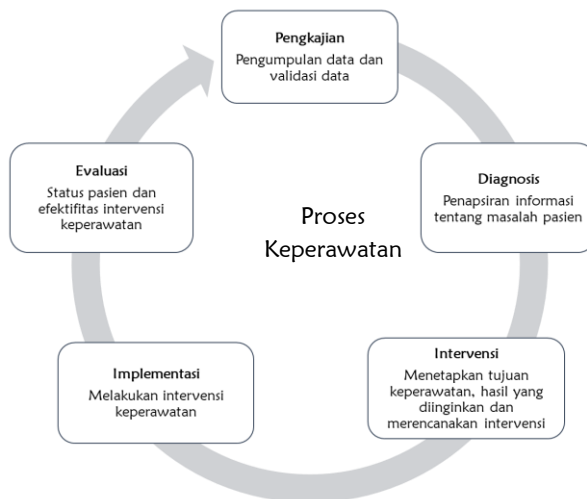
Langkah terakhir dari proses keperawatan ini sangat penting untuk hasil yang positif bagi pasien. Setiap kali pengawas layanan kesehatan melakukan intervensi atau mengimplementasikan perawatan, mereka harus melakukan penilaian ulang atau evaluasi untuk memastikan hasil yang diinginkan apakah telah tercapai. Penilaian ulang diperlukan tergantung pada kondisi pasien secara keseluruhan.

Evaluasi adalah kegiatan yang terencana, berkelanjutan, dan terarah di mana perawat menentukan (a) kemajuan klien menuju pencapaian tujuan/hasil dan (b) efektivitas rencana asuhan keperawatan.

Evaluasi meliputi; membandingkan data dengan hasil yang diinginkan serta melanjutkan, memodifikasi, atau menghentikan rencana asuhan keperawatan

Proses keperawatan adalah bentuk modifikasi dari metode ilmiah yang digunakan dalam profesi keperawatan untuk menilai kebutuhan klien dan menciptakan tindakan untuk mengatasi dan memecahkan masalah pasien. Proses keperawatan adalah kerangka kerja pemecahan masalah yang rasional yang menjadi dasar praktik keperawatan profesional. Proses keperawatan menyediakan pendekatan yang terorganisir dan sistematis untuk asuhan keperawatan sehingga meningkatkan kemungkinan hasil yang positif bagi individu dan kelompok.

Bagan komponen proses keperawatan adalah sebagai berikut:



*Gambar 2.1 Bagan Proses Keperawatan*

#### **4. Manfaat proses keperawatan**

- a. Menyediakan metode yang teratur dan sistematis untuk merencanakan dan memberikan perawatan
- b. Meningkatkan efisiensi keperawatan dengan menstandarkan praktik keperawatan
- c. Memfasilitasi dokumentasi perawatan
- d. Memberikan kesatuan bahasa untuk profesi keperawatan
- e. Proses keperawatan bersifat ekonomis
- f. Menekankan fungsi independen perawat
- g. Meningkatkan kualitas perawatan melalui penggunaan tindakan yang disengaja
- h. Memberikan kesinambungan perawatan dan mencegah duplikasi

#### **5. Karakteristik Proses Keperawatan**

- a. Interaktif, Terarah dan Sistematis (terorganisir)
- b. Berpusat pada klien
- c. Terarah pada tujuan dan berfokus pada hasil
- d. Dalam lingkup hukum keperawatan
- e. Memprioritaskan kebutuhan
- f. Langkah-langkahnya saling terkait dan bergantung pada ketepatan masing-masing langkah sebelumnya
- g. Digunakan untuk mengidentifikasi, mendiagnosis, dan mengobati respons manusia terhadap kesehatan dan penyakit



## **B. METODE ILMIAH**

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

Metode ilmiah merupakan pendekatan sistematis untuk pemecahan masalah dan perluasan pengetahuan dengan mengacu pada seperangkat prosedur disiplin yang teratur yang digunakan untuk memperoleh informasi.

### **2. Karakteristik pendekatan metode ilmiah**

a. Diperlukan ketertiban dan kontrol dalam sebuah penelitian ilmiah sehingga peneliti bergerak secara teratur

1) Sistematis berarti peneliti bergerak secara logis melalui serangkaian langkah, sesuai dengan rencana tindakan yang telah ditentukan sebelumnya

2) Kontrol melibatkan pemberlakuan kondisi pada situasi penelitian sehingga bias dan faktor konfounding dapat diminimalkan

b. Empirisme

Empirisme merupakan proses di mana bukti-bukti yang berakar pada realitas objektif dan dikumpulkan secara langsung atau tidak langsung melalui indera manusia digunakan sebagai dasar untuk menghasilkan pengetahuan

c. Generalisasi

1. Memahami fenomena tentang pengetahuan yang lebih difokuskan pada pemahaman umum tentang fenomena dan bagaimana fenomena tersebut saling terkait

2. Sejauh mana temuan penelitian dapat digeneralisasikan kepada individu selain mereka yang berpartisipasi dalam penelitian

### 3. Keterbatasan Metode Ilmiah

- a. Keterbatasan Umum

- a. Membutuhkan waktu dan biaya yang banyak

- b. Isu etik dan Moral

Isu etik dan moral menyangkut batasan-batasan mengenai apa yang dapat diterima atas nama ilmu pengetahuan yang berkaitan dengan hak-hak organisme hidup serta jenis masalah yang dapat diselesaikan dengan menggunakan metode ilmiah

- c. Kompleksitas Manusia

Fungsi biologis dan fisik jauh lebih teratur dan konsisten serta tidak terlalu rentan terhadap pengaruh eksternal dibandingkan dengan fungsi psikologis. setiap manusia pada dasarnya unik dalam hal kepribadian, sosial dan lingkungan, kapasitas mental, nilai-nilai dan gaya hidupnya.

- d. Masalah Pengukuran

Belum dikembangkan ukuran yang akurat dari fenomena fisiologis

- e. Masalah Kontrol

Faktor perancu mungkin sulit untuk diidentifikasi apalagi dikontrol, terutama pada manusia yang memiliki latar belakang naturalistic

#### 4. Tahapan Metode Ilmiah

a. Observasi

Pengamatan atau observasi dilakukan ketika kita melihat hal-hal yang menarik. Pengamatan Ilmiah memicu rasa ingin tahu dan ketertarikan untuk mengetahui lebih lanjut

b. Pertanyaan

Hasil sebuah pengamatan akan memunculkan pertanyaan, mengapa hal yang diamati itu terjadi. Dalam metode ilmiah, kita memutuskan untuk mencari tahu jawaban atas pertanyaan ini melalui penelitian dan eksperimen.

c. Hipotesis

Agar memahami topik dengan lebih baik, maka perlu mencari informasi yang tersedia tentang topik tersebut dan kemudian merumuskan hipotesis untuk menemukan kemungkinan jawabannya

d. Prediksi

Setelah memiliki hipotesis, kemudian dapat merancang eksperimen untuk mengujinya dan melihat apakah prediksi benar atau tidak.

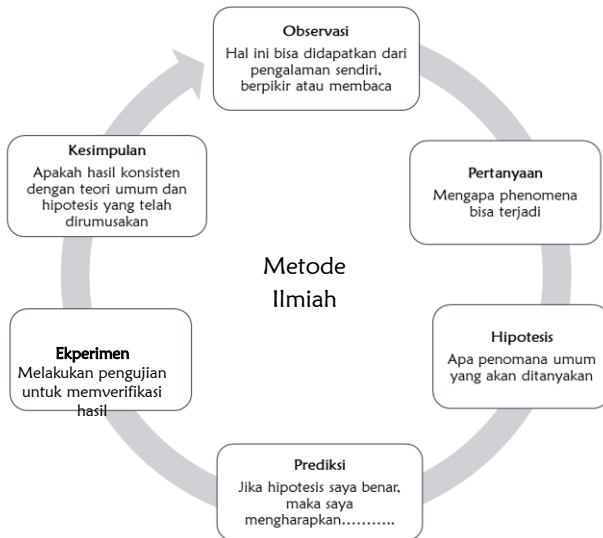
e. Ekperiment

Melakukan eksperimen adalah langkah tersulit dalam metode ilmiah. Ini adalah cara untuk menguji hipotesis dengan mengumpulkan bukti, menganalisis untuk mendukung atau menolak hipotesis

f. Kesimpulan

Suatu pola atau kecenderungan sebagai hasil dari analisis data sehingga dapat disusun suatu kesimpulan. Keseluruhan kegiatan penelitian diuraikan dalam kesimpulan, untuk menyusun kesimpulan harus menentukan apakah data yang dikumpulkan mendukung hipotesis. Jika diperlukan harus mengulang penelitian beberapa kali sebelum dapat membuat kesimpulan

Bagan tahapan metode ilmiah adalah sebagai berikut:



*Gambar 2.2 Bagan Metode Ilmiah*

### C. PERBANDINGAN METODE ILMIAH DAN PROSES KEPERAWATAN

Metode ilmiah berbeda dengan proses keperawatan karena tujuan masing-masing berbeda, proses keperawatan secara khusus dilakukan untuk merencanakan dan memberikan perawatan kesehatan yang unik kepada klien dengan menggunakan pengetahuan yang sudah ada, sedangkan proses penelitian bertujuan untuk menghasilkan pengetahuan baru, dalam pelaksanaannya, proses penelitian lebih rigid dibandingkan dengan proses keperawatan, dan hasil yang diperoleh dari keduanya pun juga berbeda, hasil dari proses metode ilmiah hanya berupa pengetahuan, sedangkan dalam proses keperawatan, hasil yang diperoleh berupa perubahan dan perawatan terhadap pasien, keluarga, serta kesehatan masyarakat pada umumnya

Tabel 2.1 Perbandingan metode ilmiah dengan proses keperawatan

Metode Ilmiah	Proses Keperawatan
<b>Observasi</b> Melakukan pengamatan	<b>Pengkajian</b> Mengumpulkan data subjektif dan objektif pasien
<b>Pertanyaan</b> Mengajukan pertanyaan yang mendefinisikan masalah	<b>Diagnosa</b> Mengidentifikasi masalah pasien
<b>Hipotesis</b> Mengusulkan hipotesis (kemungkinan jawaban untuk pertanyaan)	

<b>Prediksi</b> Memprediksi apakah hipotesis benar	<b>Perencanaan</b> Membuat rencana tindakan (SMART Goals) untuk mengatasi diagnosis pasien
<b>Eksperimen</b> Pengujian terhadap prediksi	<b>Implementasi</b> Menerapkan rencana tindakan
<b>Kesimpulan</b> Menganalisis hasil, menarik kesimpulan dan mengulang proses yang diperlukan	<b>Evaluasi</b> Tentukan apakah rencana tindakan memenuhi tujuan pasien. jika tidak, kaji ulang dan mengulang proses

Berdasarkan table diatas dapat dilihat perbedaan utama antara proses keperawatan dan metode ilmiah terletak pada tujuan dan pendekatannya. Metode ilmiah adalah prosedur sistematis untuk melakukan penelitian ilmiah. Hal ini ditandai dengan enam langkah: identifikasi masalah melalui observasi dan pertanyaan yang mendefinisikan masalah, perumusan hipotesis, memprediksi hipotesis, eksperimen (pengujian prediksi) dengan pengumpulan data, analisis data, dan interpretasi data, serta langkah terakhir adalah kesimpulan. Di sisi lain, proses keperawatan adalah metode yang berpusat pada pasien dan berorientasi pada tujuan yang digunakan dalam praktik keperawatan untuk mengidentifikasi, mencegah, atau mengobati masalah kesehatan. Proses keperawatan terdiri dari lima langkah: pengkajian, diagnosis, perencanaan, implementasi, dan evaluasi. Meskipun keduanya melibatkan

prosedur langkah demi langkah yang sistematis, namun tujuannya berbeda; metode ilmiah berusaha menghasilkan pengetahuan baru atau memverifikasi pengetahuan yang sudah ada, sedangkan proses keperawatan bertujuan untuk memberikan perawatan klien.

## BAGIAN 3

### KONSEP PENGKAJIAN KEPERAWATAN

#### A. PENGERTIAN PENGKAJIAN KEPERAWATAN

Pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan pasien menurut Lyer et al (1996, dalam Setiadi, 2012). Pengkajian adalah pendekatan sistematis untuk mengumpulkan data dan menganalisisnya (Manurung, 2011). Pengkajian adalah pemikiran dasar dari proses keperawatan yang bertujuan untuk mengumpulkan informasi atau data tentang pasien, agar dapat mengidentifikasi, mengenali masalah-masalah, kebutuhan kesehatan dan keperawatan pasien, baik fisik, mental, sosial dan lingkungan menurut Effendy (1995, dalam Dermawan, 2012). Pengkajian keperawatan dapat disimpulkan adalah pengkajian keperawatan merupakan tahap awal proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien. Anamnesa adalah suatu proses tanya jawab atau komunikasi untuk mengajak klien dan keluarga bertukar pikiran dan perasaan, mencakup keterampilan secara verbal dan nonverbal, empati dan rasa kepedulian yang tinggi



## **B. TUJUAN PENGKAJIAN DATA**

Tujuan dari tahap pengkajian adalah untuk mengumpulkan informasi dan juga membuat data dasar klien, mengidentifikasi dan mengenali masalah-masalah yang dihadapi klien. Ada beberapa hal yang perlu diperhatikan dalam melakukan pengkajian keperawatan, yaitu sebagai berikut:

1. Pengkajian harus relevan dengan kebutuhan klien
2. Dikumpulkan dari berbagai macam sumber
3. Dikumpulkan dari berbagai macam teknik
4. Disusun secara sistematis
5. Didokumentasikan dalam format yang baik dan benar

## **C. MACAM-MACAM DATA**

### **1. Data Dasar**

Seluruh informasi tentang status kesehatan klien yang menunjukkan pola fungsi kesehatan efektif atau optimal sehingga data yang dipakai dasar untuk menegakkan diagnosis keperawatan sejahtera. Data dasar meliputi : data umum, data demografi, riwayat keperawatan, pola fungsi kesehatan dan pemeriksaan .

### **2. Data Fokus.**

Informasi kesehatan klien yang menyimpang dari keadaan normal yang dapat berupa ungkapan klien maupun hasil pemeriksaan langsung oleh perawat.

### **3. Data Subjektif**

Ungkapan keluhan klien secara langsung dari klien langsung maupun tak langsung melalui orang lain yang mengetahui keadaan klien secara langsung dan menyampaikan masalah yang terjadi kepada perawat berdasarkan yang terjadi untuk melakukan anamnesis

### **4. Data objektif**

Data yang diperoleh oleh perawat secara langsung melalui observasi dan pemeriksaan pada klien dan dapat diukur dan diobservasi bukan merupakan interpretasi atau asumsi dari perawat

## **D. FOKUS PENGKAJIAN KEPERAWATAN**

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

## E. PENGUMPULAN DATA

Pengumpulan data adalah pengumpulan informasi tentang klien yang dilakukan secara sistematis untuk menentukan masalah-masalah, serta kebutuhan-kebutuhan keperawatan dan kesehatan klien.

Pengumpulan informasi merupakan tahap awal dalam proses keperawatan. Dari informasi yang terkumpul, didapatkan data dasar tentang masalah-masalah yang dihadapi klien.

Selanjutnya data dasar tersebut digunakan untuk menentukan diagnosis keperawatan, merencanakan asuhan keperawatan, serta tindakan keperawatan untuk mengatasi masalah-masalah klien.

Pengumpulan data dimulai sejak klien masuk ke rumah sakit (*initial assessment*), selama klien dirawat secara terus-menerus (*ongoing assessment*), serta pengkajian ulang untuk menambah / melengkapi data (*re-assessment*).

## F. TUJUAN PENGUMPULAN DATA

1. Memperoleh informasi tentang keadaan kesehatan klien.
2. Untuk menentukan masalah keperawatan dan kesehatan klien.
3. Untuk menilai keadaan kesehatan klien.
4. Untuk membuat keputusan yang tepat dalam menentukan langkah-langkah berikutnya.

## G. TIPE DATA

### 1. Data Subjektif

Adalah data yang didapatkan dari klien sebagai suatu pendapat terhadap suatu situasi dan kejadian. Informasi tersebut tidak bisa ditentukan oleh perawat, mencakup persepsi, perasaan, ide klien tentang status kesehatannya. Misalnya tentang nyeri, perasaan lemah, ketakutan, kecemasan, frustrasi, mual, perasaan malu.

### 2. Data Objektif

Adalah data yang dapat diobservasi dan diukur, dapat diperoleh menggunakan panca indera (lihat, dengar, cium, raba) selama pemeriksaan fisik. Misalnya frekuensi nadi, pernapasan, tekanan darah, edema, berat badan, tingkat kesadaran.

Hal-hal yang harus diperhatikan dalam pengkajian menurut Dermawan (2012) adalah sebagai berikut:

- a) Data yang dikumpulkan harus menyeluruh meliputi aspek biopsiko-sosial dan spiritual.
- b) Menggunakan berbagai sumber yang ada relevansinya dengan masalah pasien dan menggunakan cara-cara pengumpulan data yang sesuai dengan kebutuhan pasien.
- c) Dilakukan secara sistematis dan terus menerus.
- d) Dicatat dalam catatan keperawatan secara sistematis dan terus menerus. |
- e) Dikelompokkan menurut kebutuhan biopsiko-sosial dan spiritual.
- f) Dianalisis dengan dukungan pengetahuan

## H. KARAKTERISTIK DATA

### 1. Lengkap

Data yang terkumpul harus lengkap guna membantu mengatasi masalah klien yang adekuat.

Misalnya klien tidak mau makan selama 3 hari. Perawat harus mengkaji lebih dalam mengenai masalah klien tersebut dengan menanyakan hal-hal sebagai berikut: apakah tidak mau makan karena tidak ada nafsu makan atau disengaja? Apakah karena adanya perubahan pola makan atau hal-hal yang patologis? Bagaimana respon klien mengapa tidak mau makan.

### 2. Akurat dan nyata

Untuk menghindari kesalahan, maka perawat harus berfikir secara akurat dan nyata untuk membuktikan benar tidaknya apa yang didengar, dilihat, diamati dan diukur melalui pemeriksaan ada tidaknya validasi terhadap semua data yang mungkin meragukan. Apabila perawat merasa kurang jelas atau kurang mengerti terhadap data yang telah dikumpulkan, maka perawat harus berkonsultasi dengan perawat yang lebih mengerti. Misalnya, pada observasi : “klien selalu diam dan sering menutup mukanya dengan kedua tangannya.

Perawat berusaha mengajak klien berkomunikasi, tetapi klien selalu diam dan tidak menjawab pertanyaan perawat. Selama sehari klien tidak mau makan makanan yang diberikan”, jika keadaan klien tersebut ditulis oleh perawat bahwa klien depresi berat, maka hal itu

merupakan perkiraan dari perilaku klien dan bukan data yang aktual. Diperlukan penyelidikan lebih lanjut untuk menetapkan kondisi klien. Dokumentasikan apa adanya sesuai yang ditemukan pada saat pengkajian.

### **3. Relevan**

Pencatatan data yang komprehensif biasanya menyebabkan banyak sekali data yang harus dikumpulkan, sehingga menyita waktu dalam mengidentifikasi. Kondisi seperti ini bisa diantisipasi dengan membuat data komprehensif tapi singkat dan jelas. Dengan mencatat data yang relevan sesuai dengan masalah klien, yang merupakan data fokus terhadap masalah klien dan sesuai dengan situasi khusus.

## **I. SUMBER DATA**

### **1. Sumber data primer**

Klien adalah sumber utama data (primer) dan perawat dapat menggali informasi yang sebenarnya mengenai masalah kesehatan klien.

### **2. Sumber data sekunder**

Orang terdekat, informasi dapat diperoleh melalui orang tua, suami atau istri, anak, teman klien, jika klien mengalami gangguan keterbatasan dalam berkomunikasi atau kesadaran yang menurun, misalnya klien bayi atau anak-anak, atau klien Dalam kondisi tidak sadar.

### **3. Sumber data lainnya**

Catatan medis dan anggota tim kesehatan lainnya. Catatan kesehatan terdahulu dapat digunakan sebagai sumber informasi yang dapat mendukung rencana tindakan perawatan.

### **4. Riwayat penyakit**

Pemeriksaan fisik dan catatan perkembangan merupakan riwayat penyakit yang diperoleh dari terapis. Informasi yang diperoleh adalah hal-hal yang difokuskan pada identifikasi patologis dan untuk menentukan rencana tindakan medis.

### **5. Konsultasi**

Kadang terapis memerlukan konsultasi dengan anggota tim kesehatan spesialis, khususnya dalam menentukan diagnosa medis atau dalam merencanakan dan melakukan tindakan medis. Informasi tersebut dapat diambil guna membantu menegakkan diagnosa.

### **6. Hasil pemeriksaan diagnostik**

Seperti hasil pemeriksaan laboratorium dan tes diagnostik, dapat digunakan perawat sebagai data objektif yang dapat disesuaikan dengan masalah kesehatan klien. Hasil pemeriksaan diagnostik dapat digunakan membantu mengevaluasi keberhasilan dari tindakan keperawatan.

### **7. Perawat lain**

Jika klien adalah rujukan dari pelayanan kesehatan lainnya, maka perawat harus meminta informasi kepada perawat yang telah

merawat klien sebelumnya. Hal ini untuk kelanjutan tindakan keperawatan yang telah diberikan.

## 8. Kepustakaan.

Untuk mendapatkan data dasar klien yang komprehensif, perawat dapat membaca literatur yang berhubungan dengan masalah klien. Memperoleh literatur sangat membantu perawat dalam memberikan asuhan keperawatan yang benar dan tepat.

## J. JENIS PENGKAJIAN

### 1) Pengkajian menyeluruh (*Comprehensive assessment*)

- a. Proses pengkajian ini biasanya dilakukan pada awal pasien mendaftarkan diri ke pusat kesehatan.
- b. Pemeriksaan meliputi semua sistem tubuh untuk mengetahui kelainan yang terjadi pada tubuh.
- c. Pemeriksaan ini akan menjadi data dasar jika suatu saat pasien kembali untuk diperiksa.

### 2) Pengkajian terfokus (*focused assessment*)

- a. Pengkajian ini lebih terfokus pada bagian yang mengalami kelainan.
- b. Pengkajian hanya dilakukan pada area atau sistem jaringan yang di keluhkan oleh pasien.
- c. Misalnya: pengkajian pada pasien yang akan melahirkan 3).  
Pengkajian lanjutan (*ongoing assessment*)



### 3) Pengkajian lanjutan (*ongoing assessment*)

- a. Pengkajian ini dilakukan pada saat perawat mengobservasi status perkembangan pasien.
- b. Pengkajian ini bisa dilakukan di ruang saat kondisi pasien mulai membaik atau saat melakukan tindakan.
- c. Kegunaannya adalah untuk melengkapi data yang belum didapatkan dan menilai perkembangan kondisi pasien

## K. TEHNIK PENGUMPULAN DATA

Cara pengumpulan data ini ada beberapa teknik antara lain:

### a. Anamnese

Tanya jawab /komunikasi secara langsung dengan klien (auto anamnesis). Tanyajawab /komunikasi secara tak langsung dengan klien (allo-anamnesis), komunikasi dilakukan pada keluarga untuk menggali status kesehatan klien.

Tujuan melakukan anamnesa adalah:

1. Mendapatkan informasi yang diperlukan untuk mengidentifikasi masalah klien
2. Meningkatkan hubungan perawat-klien
3. Membantu klien untuk berpartisipasi dalam mengenali masalah kesehatannya
4. Membantu perawat menentukan investigasi selanjutnya dalam pengkajian
5. Membantu perawat menganalisis dan

menegakkan diagnosis serta penyusunan intervensi.

Hal-hal yang harus diperhatikan pada saat melakukan anamnesa

- 1) Keterampilan membangun kepercayaan dengan klien
- 2) Perhatikan aspek verbal dan nonverbal
- 3) Kembangkan kemampuan berbahasa yang tepat
- 4) Tingkatkan pengetahuan
- 5) Kenali bahasa verbal/perilaku nonverbal
- 6) Hindari melakukan interupsi ke pasien
- 7) Memberi kesempatan pasien untuk istirahat

#### b. Observasi

Teknik observasi dilakukan dengan 2S HFT ( Sight, Smell, Hearing, Feeling, Taste). Adapun keterangan kegiatan dalam observasi adalah:

##### **S = Sight /melihat**

- a. Gunakan indera penglihatan untuk menghasilkan data
- b. Lihat dan perhatikan Semua bentuk *performance* klien
- c. Lihat segala bentuk kelainan bentuk tubuh, raut muka, kondisi umum klien

##### **S = Smell**

- a. Gunakan indera penciuman untuk menghasilkan data
- b. Bau/cium yang tidak wajar pada pasien atau lingkungan disekitar pasien
- c. Bau pernafasan, kulit, urine, faeces , discharge luka dll
- d. Misalkan bau alcohol, foetor aceton, foetor uremic

##### **H = Hearing**

- a. Menggunakan indera pendengaran untuk menghasilkan data
- b. Pemeriksaan dengan auskultasi
- c. Alat yang digunakan stetoskop, fonenduskop, alat audiovisual lainnya
- d. Mendengarkan suara nafas, bunyi jantung, denyut jantung janin dll

**F = *Feeling***

- a. Menggunakan daya rasa
- b. Meningkatkan empati ke pasien
- c. Meningkatkan responsitas dan sensitivitas perawat terhadap kondisi dan kebutuhan klien
- d. Misalkan ikut bahagia jika pasien bisa sembuh, melahirkan dengan selamat
- e. Ikut berempati pada saat pasien mengalami fase kehilangan/kematian

**T = *Taste***

Pada teknik terakhir ini perawat tidak saja melakukan perabaan namun juga harus biasa bisa merasakan apa yang diraba. Contoh dari teknik ini yaitu:

- a. Saat kita meraba kulit pasien , kita harus merasakan bagaimana suhu tubuh pasien panas atau tidak
- b. Saat kita meraba denyut nadi, kita harus merasakan kekuatan denyutan, volume pengisian nadinya cukup atau tidak, reguleritas nadi
- c. Saat kita meraba tulang- tulang pasien, apakah tulangnya

teraba simetris, adaladaknya deformitas, krepitasi, keutuhan dan kekuatan tulang dan otot misalnya meraba kulit pasien untuk merasakan perubahan suhu, kondisi akral, denyut nadi.

### **c. Pemeriksaan Fisik**

Pemeriksaan fisik dilakukan dengan IPPA ( Inspeksi, Palpasi, Perkusi dan Auskultasi)

#### **1. Inspeksi**

Inspeksi adalah pemeriksaan fisik pasien dengan cara melihat atau mengamati. Contohnya kondisi umum pasien, melihat irama nafas pasien, melihat kondisi konjungtiva dan sklera, ada tidaknya oedema, ada tidaknya perlukaan, karakteristik urine/faeces

#### **2. Palpasi**

Palpasi adalah perabaan, perawat melakukan pemeriksaan dengan cara meraba. Contohnya; perawat ingin mengidentifikasi ada tidaknya nyeri, vokal fremitus, ictus cordis, ada tidaknya massa/benjolan, petanda appendiksitis, dsb

#### **3. Perkusi**

Perkusi adalah pemeriksaan dengan melakukan ketukan pada tubuh pasien dengan memakai jari tengah perawat atau refleksi hammer.

Ketukan dengan menggunakan jari tengah perawat dilakukan saat kita melakukan pemeriksaan paru-paru, batas jantung, perkusi abdomen. Sedangkan ketukan dengan menggunakan reflex hammer digunakan saat perawat melakukan

pemeriksaan pada reflek patella, reflex bisept & trisept, reflex brachiobranchialis

#### 4. Auskultasi

Auskultasi merupakan pemeriksaan fisik dengan menggunakan alat seperti stetoskop, fetal doppler, garpu tala, ophthalmoskopi dsb.

##### Contoh:

- i. Stetoskop digunakan oleh perawat saat mengidentifikasi suara napas, suara jantung, peristaltik usus
- ii. Fetal Doppler, digunakan oleh perawat/bidan untuk mendengarkan denyut jantung janin
- iii. Garpu tala digunakan perawat saat melakukan pemeriksaan fungsi telinga ( weber, rine, swabach)
- iv. Ophthalmoscop digunakan untuk pemeriksaan fundus oculi pada mata.

## L. PENDEKATAN PENGKAJIAN FISIK

### 1. *Head to toe* (kepala ke kaki)

Pendekatan ini dilakukan mulai dari kepala dan secara berurutan sampai ke kaki. Mulai dari :

keadaan umum, tanda-tanda vital, kepala, wajah, mata, telinga, hidung, mulut dan tenggorokan, leher, dada, paru, jantung, abdomen, ginjal, punggung, genetalia, rectum, ekstremitas.

## **2. ROS (*Review of System / sistem tubuh*)**

Pengkajian yang dilakukan mencakup seluruh sistem tubuh, yaitu : keadaan umum, tanda vital, sistem pernafasan, sistem kardiovaskuler, sistem persyarafan, sistem perkemihan, sistem pencernaan, sistem muskuloskeletal dan integumen, sistem reproduksi. Informasi yang didapat membantu perawat untuk menentukan sistem tubuh mana yang perlu mendapat perhatian khusus.

## **3. Pola fungsi kesehatan Gordon, 1982**

Perawat mengumpulkan data secara sistematis dengan mengevaluasi pola fungsi kesehatan dan memfokuskan pengkajian fisik pada masalah khusus meliputi : persepsi kesehatan-penatalaksanaan kesehatan, nutrisi-pola metabolisme, pola eliminasi, pola tidur-istirahat, kognitif-pola perseptual, peran-pola berhubungan, aktifitas-pola latihan, seksualitas-pola reproduksi, coping-pola toleransi stress, nilai-pola keyakinan.

## **4. DOENGOES (1993)**

Mencakup : aktivitas / istirahat, sirkulasi, integritas ego, eliminasi, makanan dan cairan, hygiene, neurosensori, nyeri / ketidaknyamanan, pernafasan, keamanan, seksualitas, interaksi sosial, penyuluhan / pembelajaran.

## M. PENGKAJIAN KEPERAWATAN

### 1. Keluhan Utama

Ditulis singkat dan jelas, yang merupakan keluhan yang membuat klien meminta bantuan pelayanan kesehatan. Keluhan utama adalah alasan klien masuk rumah sakit. Contoh : Nyeri dada, diare dan muntah, mual, demam.

### 2. Riwayat Kesehatan Sekarang

Merupakan penjelasan dari permulaan klien merasakan keluhan sampai dengan dibawa ke rumah sakit. Contoh : Klien mengeluh demam sejak 4 hari yang lalu, disertai dengan batuk.

Semalam sebelum masuk RS keluar bintik-bintik merah di daerah muka dan leher, panas tetap tinggi, dan batuk semakin memburuk

Upaya yang telah dilakukan :

Upaya yang telah dilakukan klien atau keluarga dalam kaitannya usaha untuk mengurangi keluhan yang terjadi baik yang rasional maupun irasional.

Terapi yang telah dilakukan :

Semua terapi medis beserta tindakan dicatat, termasuk tindakan keperawatan yang telah dilakukan selama klien dalam masa perawatan di rumah sakit. Contoh : telah diberikan terapi Infus RL 1000cc/24 jam, Seftriaxone 2 gram IV

### 3. Riwayat Kesehatan Dahulu

Merupakan penyakit yang diderita klien yang berhubungan dengan penyakit saat ini atau penyakit yang mungkin dapat dipengaruhi atau mempengaruhi penyakit yang di derita klien saat ini. Contoh :Hipertensi diketahui sejak 5 tahun yang lalu , kontrol rutin di puskesmas terdekat.

Dalam pemeriksaan terakhir satu bulan yang lalu diketahui tekanan darah 170/100 mmHg.

### 4. Riwayat Kesehatan Keluarga

Riwayat kesehatan keluarga dapat menentukan apakah klien memiliki risiko untuk menderita penyakit keturunan atau kelainan genetik, dan menentukan apakah perlu dilakukan peningkatan atau pencegahan penyakit.

### Langkah-langkah

#### Pra Interaksi

- v. Sebelum melakukan komunikasi dengan klien, mahasiswa harus melakukan persiapan dengan membaca status klien.
- vi. Mahasiswa diharapkan tidak mempunyai prasangka buruk terhadap klien, karena akan mengganggu dalam membina hubungan saling percaya dengan klien.
- vii. Jika klien belum bersedia untuk berkomunikasi, mahasiswa tidak boleh memaksa, atau member kesempatan kapan klien sanggup. Pembukaan atau perkenalan



viii. Persiapan pengkajian

1. Alat

Meteran, Penlight, Steteskop, Tensimeter/sphigmomanometer, Thermometer, Arloji/stopwatch, Refleks Hammer, Otoskop, Handschoon bersih ( jika perlu), tissue, buku catatan perawat.

Alat diletakkan di dekat tempat tidur klien yang akan diperiksa.

2. Lingkungan

Pastikan ruangan dalam keadaan nyaman, hangat, dan cukup penerangan. Misalnya menutup pintu/jendela untuk menjaga privacy klien.

3. Klien (fisik dan fisiologis)

Bantu klien mengenakan baju periksa jika ada dan anjurkan klien untuk rileks.

**Fase Orientasi**

- a. Mahasiswa melakukan cuci tangan
- b. Mahasiswa mengucapkan salam: Assalamualaikum/ Selamat pagi / siang / sore / malam.
- c. Memperkenalkan diri
- d. Menjelaskan prosedur serta tujuan prosedur yang akan dilakukan
- e. Menjaga privacy klien dan menghidupkan lampu

5.

### **Fase Interaksi /kerja**

- a. Fokus wawancara adalah klien
- b. Mendengarkan dengan penuh perhatian
- c. Menggunakan bahasa yang mudah dimengerti oleh klien
- d. Gunakan pertanyaan terbuka dan tertutup tepat pada waktunya
- e. Bila perlu diam, untuk memberikan kesempatan kepada klien untuk mengungkapkan perasaannya. Jika situasi memungkinkan kita dapat memberikan sentuhan terapeutik, yang bertujuan untuk memberikan dorongan spiritual, merasa diperhatikan.
- f. Menanyakan keluhan utama yang paling dirasakan oleh klien
- g. Menanyakan riwayat kesehatan sekarang
- h. Menanyakan riwayat kesehatan dahulu
- i. Menanyakan riwayat kesehatan keluarga

### **Fase Terminasi**

- a. Mengevaluasi reaksi klien saat dan setelah dilakukan wawancara.
- b. Membuat kontrak selanjutnya dan mendokumentasikan tindakan keperawatan yang telah dilakukan.
- c. Mahasiswa mencuci tangan
- d. Ucapkan salam dan terima kasih pada pasien atas kerja samanya

## **N. KEMAMPUAN YANG HARUS DIMILIKI PERAWAT DALAM PENGKAJIAN**

Untuk melakukan pengkajian keperawatan pada pasien , seorang perawat harus memiliki bekal kemampuan antara lain:

### **1. Kemampuan komunikasi terapeutik**

Sebagai seorang perawat sangat diperlukan kemampuan berkomunikasi dengan klien. Komunikasi yang sopan, ramah dan penuh empati akan sangat membantu perawat dalam menjalin relationship antara klien-perawat. Relationship yang baik dapat meningkatkan hubungan saling percaya sehingga dalam melakukan pengkajian perawat akan mendapatkan data yang relevan dan valid.

### **2. Memiliki pengetahuan**

Salah satu unsur penting dalam pengkajian adalah pengetahuan perawat tentang patofisiologi penyakit pasien, respon bio-psiko-sosio-spiritual , respon sehat sakit, sistem keyakinan dan budaya serta sistem keluarga dan masyarakat.

Pengetahuan yang dimiliki oleh perawat sangat penting untuk meningkatkan kemampuan wawancara perawat terhadap klien, dengan bekal pengetahuan perawat lebih mudah dan fokus bertanya/anamnese tentang status kesehatan klien, sehingga diharapkan perawat mendapatkan data yang relevan dan valid.

### 3. Kemampuan melakukan observasi

Seorang perawat harus memiliki kemampuan untuk melakukan monitoring terhadap kondisi klien. Kemampuan observasi adalah kemampuan mengamati, mendengarkan, membau dan merasakan, dalam hal ini perawat harus mampu mengandalkan sensitivitas panca inderanya. Perawat harus memahami dan peka terhadap penurunan maupun perbaikan kondisi yang dialami klien sehingga perawat dapat menentukan tindakan yang tepat.

### 4. Kemampuan melakukan pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik sangat penting untuk menjadi bekal perawat dalam melakukan pengumpulan data. Pemeriksaan fisik *head to toe* menjadi salah satu sarana untuk dapat menentukan abnormalitas fungsi organ tubuh pasien yang kita kaji.

## O. HAMBATAN DALAM PENGKAJIAN

Melakukan pengkajian yang menghasilkan data yang lengkap, relevan dan akurat seorang perawat harus mengembangkan secara terus menerus kemampuan yang dimilikinya. Ada beberapa hambatan yang seringkali menjadi penyebab perawat tidak mampu menghasilkan data yang lengkap, yaitu:

### 1. Anamnese yang tidak tepat

Anamnese adalah wawancara antara perawat dengan

sumber data ( pasien dan keluarga). Dalam kegiatan wawancara ini perawat perlu membangun komunikasi 2 arah baik dengan pasien maupun keluarga, sehingga perawat perlu mengembangkan kemampuan bahasa, kemampuan berkomunikasi, kemampuan membina hubungan saling percaya. Ketiga Kemampuan diatas apabila sering kita asah dengan cara semakin sering kontak dan berkomunikasi dengan pasien akan menjadi sumber pengalaman yang sangat membantu perawat.

Kesalahan yang paling sering dilakukan oleh perawat atau mahasiswa keperawatan dalam anamnese adalah pewawancara terjebak dengan arus cerita pasien/keluarga atau pewawancara tidak mampu memfokuskan alur cerita pasien/keluarga ke arah cerita yang memberikan informasi terkait riwayat kesehatan pasien yang dibutuhkan. Kesalahan diatas akan berdampak pada data hasil wawancara tidak lengkap atau tidak akurat.

## **2. Perawat tidak mampu mengorganisasikan data yang diperolehnya**

Data yang diperoleh dari hasil wawancara harus dilakukan validasi dan pengorganisasian data. Kesalahan yang paling sering dilakukan perawat atau mahasiswa adalah seringkali menuliskan data pada tabel analisis data tidak sama/berbeda/tidak konsisten dengan data hasil pengkajian di format pengkajian yang sudah lengkap. Hal diatas

berdampak pada kejadian duplikasi data atau data tidak akurat atau yang sering kita dengar “data siluman”.

### **3. Perawat tidak mampu melakukan pemeriksaan fisik**

Menjadi perawat profesional harus terus menerus mengembangkan ketrampilan dalam pemeriksaan fisik. Kegiatan “**pemeriksaan fisik**” bukan hanya area tim medis, tetapi perawat harus ikut berperan didalamnya dan harus mampu melakukan pemeriksaan fisik karena perawat 24 jam berada di samping pasien.

Kesalahan yang paling vital adalah perawat merasa canggung atau tidak merasa memiliki wewenang dalam melakukan pemeriksaan fisik ke pasien, sehingga data yang dituliskan dalam format pengkajian adalah data hasil pemeriksaan dokter saat pertama kali pasien datang, atau perawat hanya melakukan pemeriksaan TTV saja. Hal ini adalah salah besar karena kondisi pasien terus menerus berubah baik menuju ke arah kesembuhan atau perburukan kondisi, maka dari itu kita wajib melakukan pemeriksaan fisik ke pasien.

Seorang perawat dituntut sering berinteraksi atau melakukan pendekatan dengan pasien melalui pemeriksaan fisik, tidak jarang perawat dapat menemukan terlebih dulu temuan-temuan baru yang mendukung tanda- tanda perbaikan kondisi atau perburukan kondisi pasien yang harus segera

dilaporkan ke tim medis.

Kesalahan perawat diatas berdampak pada banyak hal antara lain:

- a) Perawat tidak bisa menjadi mitra tim medis tetapi dianggap sebagai pembantu dokter
- b) Data hasil pengkajian tidak akurat, karena perawat tidak bisa melakukan pemeriksaan fisik
- c) Perawat tidak mengetahui perkembangan pasien
- d) Pelayanan keperawatan dianggap tidak bermutu, karena perawat dianggap kurang respek, lamban dalam pelaksanaan tugas
- e) Kepuasan dan kepercayaan pasien menurun

Pengkajian keperawatan adalah langkah awal dari melakukan proses keperawatan atau pemberian asuhan keperawatan. Sehingga ada beberapa langkah dalam melakukan pengkajian keperawatan, yaitu pengumpulan data, tipe data, karakteristik, sumber data, jenis pengkajian serta tehnik pengumpulan data, serta tidak kalah penting kemampuan yang harus dimiliki perawat dalam pengkajian keperawatan dan hambatan-hambatan dalam pengkajian.

## BAGIAN 4

### DIAGNOSIS KEPERAWATAN

#### A. DEFINISI DIAGNOSIS KEPERAWATAN

Asuhan keperawatan merupakan suatu metode ilmiah keperawatan dalam pengembangan batang tubuh keilmuan keperawatan. Asuhan keperawatan menjadi sarana pengembangan disiplin keperawatan dan praktik keperawatan yang menjadi ciri khas keperawatan dan membedakan profesi perawat dan profesi lain (Nurhesti et al., 2020). Proses keperawatan terdiri dari lima tahapan, yaitu pengkajian, diagnosis, perencanaan, implementasi, dan evaluasi (Koerniawan et al., 2020). Diagnosis keperawatan merupakan bagian vital dalam menentukan asuhan keperawatan yang sesuai untuk membantu klien mencapai kesehatan yang optimal, penegakan diagnosis keperawatan sebagai salah satu komponen Standar Asuhan Keperawatan perlu dijalankan dengan baik. Diagnosis keperawatan ialah penilaian klinis terhadap pengalaman atau respon individu, keluarga, atau komunitas pada masalah kesehatan, pada risiko masalah kesehatan atau pada proses kehidupan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

#### B. KLASIFIKASI DIAGNOSIS KEPERAWATAN

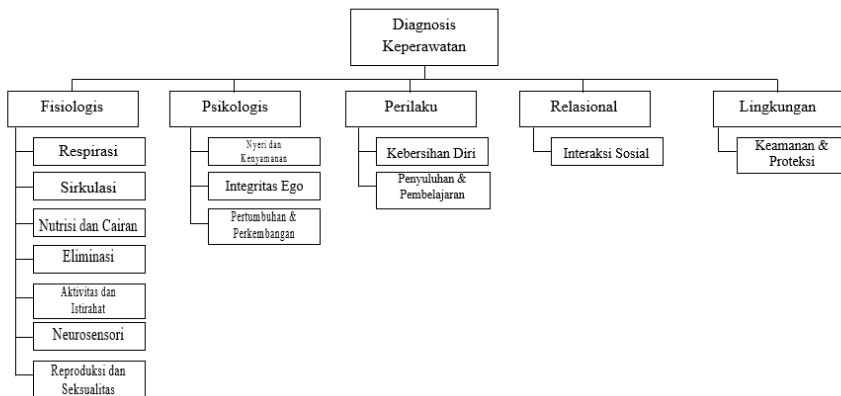
International Council of Nurses (ICN) sejak tahun 1991 telah mengembangkan suatu sistem klasifikasi yang disebut dengan



international Nurses Council International Classification for Nursing Practice (ICNP). Sistem klasifikasi ini tidak hanya mencakup klasifikasi diagnosis keperawatan, tetapi juga mencakup klasifikasi intervensi dan tujuan (outcome) keperawatan.

Sistem klasifikasi ini disusun untuk mengharmonisasikan terminologi-terminologi keperawatan yang digunakan di berbagai negara di antaranya seperti Clinical Care Classification (CCC), North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), Home Health Care Classification (HHCC), Systematized Nomenclature of Medicine Clinical Terms (SNOMED CT), International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF), Nursing Diagnostic System of the Centre for Nursing.

Development and Research (ZEPF) dan Omaha System (Hardiker et al, 2011; Muller-Staub et al, 2007; Wake & Coenen, 1998). ICNP membagi diagnosis keperawatan menjadi lima kategori, yaitu Fisiologis, Psikologis, Perilaku, Relasional dan Lingkungan (Wake & Coenen, 1998).



*Gambar 4.1 Klasifikasi Diagnosis Keperawatan*

### C. JENIS-JENIS DIAGNOSIS KEPERAWATAN

Diagnosis keperawatan dibagi menjadi dua jenis, yaitu Diagnosis Negatif dan **Diagnosis Positif**. Diagnosis negatif menunjukkan bahwa klien dalam kondisi sakit atau berisiko mengalami sakit sehingga penegakan diagnosis ini akan mengarahkan pemberian intervensi keperawatan yang bersifat penyembuhan, pemulihan dan pencegahan. Diagnosis ini terdiri atas **Diagnosis Aktual** dan Diagnosis Risiko. Sedangkan **Diagnosis Positif** menunjukkan bahwa klien dalam kondisi sehat dan dapat mencapai kondisi yang lebih sehat atau optimal. Diagnosis ini disebut juga dengan **Diagnosis Promosi Kesehatan** (ICNP, 2015; Standar Praktik Keperawatan Indonesia - PPNI, 2005 dalam Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

### 1. Diagnosis Aktual

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

### 2. Diagnosis Risiko

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

### 3. Diagnosis Promosi Kesehatan

Diagnosis ini menggambarkan adanya keinginan dan motivasi klien untuk meningkatkan kondisi kesehatannya ke tingkat yang lebih baik atau optimal.

## D. KOMPONEN DIAGNOSIS KEPERAWATAN

Diagnosis keperawatan memiliki dua komponen utama yaitu Masalah (Problem) atau Label Diagnosis dan indikator Diagnostik. Masing-masing komponen diagnosis diuraikan sebagai berikut:

### 1. Masalah (Problem)

Masalah merupakan label diagnosis keperawatan yang menggambarkan inti dari respons klien terhadap kondisi

kesehatan atau proses kehidupannya. Label diagnosis terdiri atas Deskriptor atau penjas dan Fokus Diagnostik

## 2. Indikator Diagnostik

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

a. Penyebab (Etiology) merupakan faktor-faktor yang mempengaruhi perubahan status kesehatan. Etiologi dapat mencakup empat kategori yaitu: a) Fisiologis, Biologis atau Psikologis; b) Efek Terapi/Tindakan; c) Situasional (lingkungan atau personal), dan d) 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.

Pada diagnosis aktual, indikator diagnostiknya terdiri atas penyebab dan tanda/gejala. Pada diagnosis risiko tidak memiliki penyebab dan

tanda/gejala, hanya memiliki faktor risiko. Sedangkan pada diagnosis promosi kesehatan, hanya memiliki tanda/gejala yang menunjukkan kesiapan klien untuk mencapai kondisi yang lebih optimal.

## **E. PROSES PENEGAKAN DIAGNOSIS**

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 (Harahap, 2019). Adapun proses penegakkan diagnosis keperawatan adalah sebagai berikut:

### **1. Klasifikasi dan Analisis Data**

Pengelompokkan data adalah mengelompokkan data-data klien atau keadaan tertentu dimana klien mengalami permasalahan kesehatan atau keperawatan berdasarkan kriteria permasalahannya. Pengelompokkan data dapat disusun berdasarkan pola respon manusia.

### **2. Interpretasi /identifikasi kelebihan dan masalah klien**

Masalah klien merupakan keadaan atau situasi dimana klien perlu bantuan untuk mempertahankan atau meningkatkan status kesehatannya, atau meninggal dengan damai, yang dapat dilakukan oleh perawat sesuai dengan kemampuan dan wewenang yang dimilikinya. Identifikasi masalah klien dibagi menjadi : pasien tidak bermasalah, pasien yang kemungkinan

mempunyai masalah, pasien yang mempunyai masalah potensial sehingga kemungkinan besar mempunyai masalah dan pasien yang mempunyai masalah aktual.

### 3. Memvalidasi diagnosa keperawatan

Adalah 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. Pada tahap ini, perawat memvalidasi data yang ada secara akurat, yang dilakukan bersama klien/keluarga dan/atau masyarakat. Validasi tersebut dilaksanakan dengan mengajukan pertanyaan atau pernyataan yang reflektif kepada klien/keluarga tentang kejelasan interpretasi data. Begitu diagnosis keperawatan disusun, maka harus dilakukan validasi.

### 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, resiko, sindrom, kemungkinan dan wellness. Menyusun diagnosa keperawatan hendaknya diurutkan menurut kebutuhan yang berlandaskan hirarki Maslow (kecuali untuk kasus kegawat daruratan menggunakan prioritas berdasarkan “yang mengancam jiwa”).

## F. PERUMUSAN DIAGNOSIS KEPERAWATAN

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

### 1. Penulisan Tiga Bagian (Three Part)

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

Frase 'berhubungan dengan' dapat disingkat b.d. dan 'dibuktikan dengan' dapat disingkat d.d.

Contoh Penulisan:

Bersihkan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan spasme jalan napas dibuktikan dengan batuk tidak efektif, sputum berlebih, mengi, dyspnea, gelisah.

### 2. Penulisan Dua Bagian (Two Part)

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

Diagnosis Risiko

Contoh penulisan diagnosis:

## BAGIAN 5

### IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

#### A. PENGERTIAN IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Implementasi keperawatan adalah langkah ke-empat dari proses keperawatan. Tahapan implementasi dikembangkan setelah mengembangkan rencana perawatan pasien. Ini melibatkan kinerja keperawatan dan intervensi kolaboratif yang diperlukan untuk mencapai tujuan dan hasil yang diharapkan diperlukan untuk mendukung atau meningkatkan status kesehatan pasien. Intervensi keperawatan adalah dilaksanakan berdasarkan tindakan penilaian klinis dan pengetahuan yang dilakukan perawat untuk meningkatkan hasil pasien (Potter et al., 2021).

Implementasi keperawatan adalah pelaksanaan perencanaan keperawatan oleh perawat dan pasien (Riyadi, 2010). 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.

Implementasi adalah pelaksanaan dari rencana intervensi untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tahap implementasi dimulai setelah rencana intervensi disusun dan ditujukan pada *nursing order* untuk membantu klien dalam mencapai tujuan yang diharapkan.



Praktik keperawatan memerlukan keterampilan kognitif, interpersonal, dan psikomotorik untuk melaksanakan intervensi keperawatan langsung dan tidak langsung. Perawat bertanggung jawab untuk mengetahui kapan salah satu jenis keterampilan implementasi lebih disukai daripada yang lain dan karena memiliki pengetahuan dan keterampilan yang diperlukan untuk melakukan masing-masing.

Implementasi keperawatan membutuhkan beberapa ketrampilan (skill) yaitu : (Potter et al., 2021)

1. *Cognitive Skill* (Kemampuan Kognitif)

Keterampilan kognitif mencakup keterampilan berpikir kritis dan pengambilan keputusan seperti pemecahan masalah dan pengambilan keputusan klinis. Selalu menggunakan pertimbangan yang baik dan pengambilan keputusan klinis yang sehat ketika melakukan intervensi apa pun. Hal ini memastikan bahwa tidak ada tindakan keperawatan otomatis tetapi bijaksana dan berpusat pada pasien. Mengamati situasi klinis yang ada, menafsirkan informasi yang diterima, danantisipasi respons pasien sehingga perawat dapat melakukan perawatan pasien secara individual dengan tepat.

Keterampilan kognitif melibatkan pemahaman tentang respons fisiologis dan psikologis. Intervensi yang diberikan sesuai dengan ilmu keperawatan terkini dan relevan.

2. *Interpersonal Skill* (Kemampuan Interpersonal)

Keterampilan interpersonal sangat penting untuk intervensi

keperawatan yang efektif. Menerapkan keterampilan komunikasi interpersonal dengan mengembangkan hubungan saling percaya, mengungkapkan kepedulian, dan berkomunikasi secara jelas dengan pasien dan keluarga.

Komunikasi interpersonal dibuktikan dengan pasien mendapat informasi dan terlibat dalam pengambilan keputusan, menyediakan instruksi individual, dan mendukung pasien yang memiliki masalah emosional.

Penggunaan keterampilan interpersonal yang tepat memungkinkan perawat untuk peka terhadap diri Anda sendiri saat berkomunikasi verbal dan nonverbal pasien, memahami kebutuhan pasien dan keinginan, dan tingkatkan kemampuan perawat untuk memilih intervensi yang relevan dengan benar. Sebagai anggota tim layanan kesehatan, komunikasikan pasien masalah dan kebutuhan secara jelas, cerdas, dan tepat waktu.

### 3. *Psychomotoric Skill* (Keterampilan Psikomotor)

Keterampilan psikomotor memerlukan integrasi kognitif dan motoric kegiatan. Misalnya saat memberikan suntikan, perawat perlu memahaminya anatomi dan farmakologi (kognitif) serta menggunakan koordinasi dan presisi untuk memberikan injeksi dengan benar (motor). Seiring waktu dan berlatih perawat belajar melakukan keterampilan dengan benar, lancar, dan percaya diri.

Hal ini penting dalam membangun kepercayaan pasien. Perawat

bertanggung jawab untuk memperoleh keterampilan psikomotorik yang diperlukan melalui pengalaman di laboratorium keperawatan, penggunaan teknologi pembelajaran interaktif, atau perawatan pasien secara langsung.

Saat melakukan keterampilan baru, nilai keterampilan tingkat kompetensi perawat dan memperoleh sumber daya yang diperlukan untuk memastikan pasien menerima perawatan yang aman.

## **B. TAHAP-TAHAP IMPLEMENTASI**

### **1. Tahap I: Persiapan**

Tahap awal tindakan keperawatan ini menuntut perawat mempersiapkan segala sesuatu yang diperlukan dalam tindakan.

Meliputi :

- a) Review tindakan keperawatan yang diidentifikasi pada tahap perencanaan
- b) Menganalisa pengetahuan dan keterampilan keperawatan yang diperlukan
- c) Mengetahui komplikasi dari tindakan keperawatan yang mungkin timbul
- d) Menentukan dan mempersiapkan peralatan yang diperlukan
- e) Mempersiapkan lingkungan yang kondusif sesuai dengan tindakan

- f) Mengidentifikasi aspek hukum dan etik terhadap resiko dari potensi tindakan

### 3. Tahap II: Intervensi

Fokus tahap pelaksanaan tindakan perawatan adalah kegiatan pelaksanaan tindakan dari perencanaan untuk memenuhi kebutuhan fisik dan emosional. Pendekatan ini meliputi :

- a) Independen adalah suatu kegiatan yang dilaksanakan oleh perawat tanpa petunjuk dan perintah dari dokter atau tenaga kesehatan lainnya. Tipe tindakan independen keperawatan dapat dikategorikan menjadi 4, yaitu tindakan diagnostik, tindakan terapeutik, tindakan edukatif, dan tindakan merujuk.
- b) Interdependen menjelaskan suatu kegiatan yang memerlukan suatu kerjasama dengan tenaga kesehatan lainnya, misalnya tenaga sosial, ahli gizi, fisioterapi dan dokter.
- c) Dependen ini berhubungan dengan pelaksanaan rencana tindakan medis. Tindakan tersebut menandakan suatu cara dimana tindakan medis dilaksanakan.

### 4. Tahap III: Dokumentasi

Pelaksanaan tindakan keperawatan harus diikuti oleh pencatatan yang lengkap dan akurat terhadap suatu kejadian dalam proses keperawatan. Ada 3 tipe sistem pencatatan yang digunakan pada dokumentasi :

- a) *Sources-Oriented records*
- b) *Problem-Oriented records*
- c) *Computer-Assisted records*

Implementasi yang bisa dilakukan oleh perawat terdiri dari:

- 1) *Do* (melakukan), implementasi pelaksanaan kegiatan dibagi dalam beberapa kriteria yaitu : Implementasi independen, interdependen dan dependen.
- 2) *Delegate* (mendelegasikan): pelaksanaan *order* bisa didelegasikan hanya saja ada beberapa tanggung jawab yang perlu dicermati oleh pemberi delegasi yaitu apakah tugas tersebut tepat untuk didelegasikan, apakah komunikasi tepat dilakukan, dan apakah ada supervise atau pengecekan aktivitas yang didelegasikan.
- 3) *Record* (mencatat), pencatatan bisa dilakukan dengan berbagai format tergantung pilihan dari setiap institusi.

### C. PENDEKATAN TINDAKAN

Dalam implementasi tindakan keperawatan memerlukan beberapa pendekatan, antara lain:

- a. Individualitas klien, dengan mengkomunikasikan makna dasar dari suatu implementasi keperawatan yang akan dilakukan.
- b. Melibatkan klien dengan mempertimbangkan energi yang dimiliki, penyakitnya, hakikat stressor, keadaan psiko-sosio-kultural, pengertian terhadap penyakit dan intervensi.
- c. Pencegahan terhadap komplikasi yang mungkin terjadi.
- d. Mempertahankan kondisi tubuh agar penyakit tidak menjadi lebih parah serta upaya peningkatan kesehatan.

- e. Upaya rasa aman dan bantuan kepada klien dalam memenuhi kebutuhannya.
- f. Penampilan perawat yang bijaksana dari segala kegiatan yang dilakukan kepada klien.

Hal-hal yang perlu dipersiapkan pada pelaksanaan implementasi yaitu (Potter et al., 2021)

#### 1. Manajemen waktu

Memberikan perawatan yang berpusat pada pasien adalah fokus praktik keperawatan. Perawat akan berlatih dalam lingkungan kerja yang merupakan bagian dari sosiokultural konteks organisasi layanan kesehatan. Perawat akan mengambil peran ganda: penyedia layanan pasien dan sebagai anggota organisasi. Perlu adanya kewaspadaan tentang efisiensi dan pengendalian biaya organisasi. Perawat dituntut untuk kompeten memberikan perawatan yang tepat waktu, bijaksana, aman, dan efisien. Kemampuan tersebut sebagai wujud kepedulian terhadap pasien. Waktu yang dicurahkan untuk asuhan keperawatan ada tiga komponen: fisik, psikologis dan sosiologis.

#### 2. Peralatan

Sebagian besar prosedur keperawatan memerlukan beberapa peralatan atau perlengkapan. Sebelum melakukan intervensi, siapkan semua peralatan yang dibutuhkan. Pastikan peralatan berfungsi dengan baik dan aman serta perawat memahami penggunaannya. Tempatkan peralatan di tempat yang nyaman lokasi untuk memberikan akses mudah selama prosedur. Simpan

persediaan tambahan tersedia jika terjadi kesalahan atau kecelakaan, tetapi jangan membukanya kecuali bila dibutuhkan. Ini dapat mengendalikan biaya perawatan kesehatan, memungkinkan Anda menjadi lebih hemat secara fiscal dan adanya bentuk tanggung jawab dari anggota tim pelayanan kesehatan. Setelah prosedur, kembalikan apa pun persediaan yang belum dibuka ke tempat penyimpanan.

### 3. Personil Perawat

Model praktik asuhan keperawatan mengatur kebutuhan tenaga keperawatan dalam memberikan perawatan pasien,

Model praktik mencerminkan nilai-nilai keperawatan yang mencontohkan budaya organisasi layanan kesehatan. Umum nilai-nilai yang dimiliki bersama di antara model-model termasuk otonomi keperawatan dan perawatan yang hemat biaya dan berkualitas. Manajemen kasus yang berpusat pada pasien dan keluarga telah dilakukan diadopsi oleh departemen keperawatan saat ini.

Pendelegasian dapat dilakukan pada keadaan yang memang dibutuhkan. Pedoman pendelegasian juga diatur dalam Undang-Undang Keperawatan.

Staf perawatan pasien bekerja sama sesuai kebutuhan pasien. Staf keperawatan menghormati rekan kerja yang menunjukkan inisiatif, berkolaborasi, dan berkomunikasi satu sama lain secara timbal balik yang berkelanjutan dasar ketika kebutuhan pasien

berubah. Ketika intervensi bersifat kompleks atau sulit secara fisik, Perawat akan memerlukan bantuan dari rekan kerja.

#### 4. Lingkungan

Lingkungan perawatan pasien, terutama di rumah sakit, unit rehabilitasi, dan fasilitas perawatan terampil, harus aman dan kondusif untuk pelaksanaan terapi. Keselamatan pasien adalah perhatian pertama perawat. Seorang perawat dapat membuat lingkungan lebih aman dengan menghilangkan hal-hal yang mengganggu pasien. Lingkungan menjadi salah satu hal yang mempengaruhi kesembuhan pasien.

#### 5. Pasien

Pastikan pasien sehat secara fisik dan psikologis serta nyaman sebelum perawat menerapkan perawatan. Gejala fisik seperti mual, pusing, kelelahan, atau nyeri seringkali mengganggu konsentrasi dan kemampuan bekerja sama pasien. Tawarkan tindakan kenyamanan sebelum memulai intervensi untuk membantu pasien berpartisipasi lebih dalam. Jika Anda membutuhkannya

Jika pasien lelah, tunda ambulasi atau berpindah ke kursi sampai dia sempat melakukannya istirahat. Pertimbangkan juga tingkat ketahanan pasien, dan rencanakan saja jumlah aktivitas yang dapat ditoleransi dengan nyaman.

Kesadaran akan kebutuhan psikososial pasien membantu perawat menciptakan kondisi yang menguntungkan secara emosional. Jangan terburu-buru dalam memberikan perawatan. Strategi lain



yaitu dengan perencanaan waktu yang cukup atau banyak kesempatan bagi pasien untuk mengatasi dan menyalurkan perasaan dan kecemasan. Persiapan yang memadai memungkinkan pasien memperoleh manfaat maksimal dari setiap intervensi.

#### **D. PRINSIP IMPLEMENTASI**

Beberapa pedoman atau prinsip dalam pelaksanaan implementasi keperawatan (Kozier et al., 2009) adalah sebagai berikut :

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

- i. Bersifat holistik.
- j. Kerjasama dengan profesi lain.
- k. Melakukan dokumentasi.

## **E. METODE IMPLEMENTASI**

Beberapa metode yang dilakukan pada implementasi keperawatan (Potter et al., 2021)

### **1. Perawatan Langsung**

Perawat memberikan berbagai macam tindakan perawatan langsung, pengobatan, atau prosedur yang dilakukan melalui interaksi dengan pasien langsung. Bagaimana seorang perawat menerapkan keterampilan implementasi mempengaruhi keberhasilan setiap aktivitas perawatan langsung. Tetap peka terhadap kondisi klinis pasien, pengalaman sebelumnya, harapan, dan pandangan budaya sangat mempengaruhi dalam pemberian intervensi. Semua tindakan perawatan langsung memerlukan tindakan pencegahan yang kompeten.

#### **a. Perawatan Kebutuhan Sehari-hari**

Aktivitas kehidupan sehari-hari (ADL) biasanya merupakan tindakan perawatan langsung dilakukan meliputi ambulasi, toileting, makan, berpakaian, mandi, perawatan pribadi, dan perawatan diri. Kebutuhan pasien untuk bantuan ADL bersifat sementara, permanen, atau rehabilitatif.

Misalnya, pasien mengalami gangguan mobilitas fisik karena bilateral gips lengan untuk sementara membutuhkan bantuan untuk makan dan mandi. Seorang pasien penderita demensia pada awalnya mungkin memerlukan pelatihan untuk menyelesaikan tugas, tetapi kemudian memerlukan bantuan langsung. Seorang pasien dengan serviks yang ireversibelcedera tulang belakang menyebabkan kelumpuhan dan membutuhkan pemulihan penuh secara permanen pendampingan. Ketika pasien mengalami kesulitan melakukan ADL atau memerlukannya mempelajari cara-cara baru untuk melakukan aktivitas perawatan diri, pekerjaan dan fisik terapis memainkan peran kunci dalam rehabilitasi untuk mengembalikan fungsi ADL.

b. **Konseling ( Penyuluhan)**

Konseling adalah metode perawatan langsung yang membantu pasien menggunakan proses pemecahan masalah untuk mengenali dan mengelola stres serta memfasilitasi hubungan interpersonal.

Contohnya termasuk pasien yang menghadapi penyakit terminal atau kronis. Konseling melibatkan emosional, intelektual, spiritual, dan dukungan psikologis

Banyak teknik konseling menumbuhkan kognitif, perilaku, perkembangan, pengalaman, dan pertumbuhan emosional pada pasien. Konseling mendorong individu untuk memeriksa alternatif yang tersedia dan memutuskan pilihan mana yang

berguna dan tepat. Ketika pasien mampu memeriksa alternatif, mereka mengembangkan rasa kontrol dan mampu

c. Pendidikan

Pendidikan pasien adalah kunci perawatan yang berpusat pada pasien. Rencana pengajaran adalah penting bagi setiap pasien, terutama ketika pasien perlu mengelola masalah kesehatan yang mereka hadapi untuk pertama kalinya. Konseling dan pengajaran saling berhubungan. Keduanya melibatkan penggunaan keterampilan interpersonal yang baik untuk menciptakan perubahan dalam pengetahuan dan perilaku pasien.

## 2. Perawatan Tidak Langsung

Tindakan perawatan tidak langsung adalah kegiatan yang dilakukan perawat dengan tidak berinteraksi langsung dengan pasien. Contohnya kegiatan yang termasuk dalam perawatan tidak langsung yaitu :

- a. Melakukan dokumentasi keperawatan ( tulisan /elektronik)
- b. Pendelegasian asuhan keperawatan
- c. Kegiatan Pengendalian infeksi
- d. Manajemen keselamatan lingkungan
- e. Konsultasi lewat telepon
- f. Transpor pasien untuk area prosedur dengan unit lainnya.

## F. LATIHAN

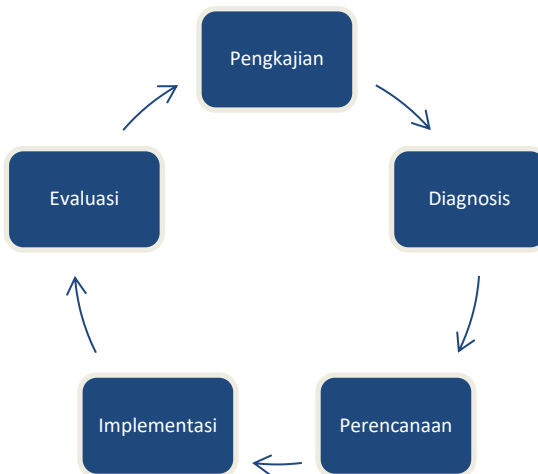
1. Pernyataan dibawah ini yang merupakan pengertian dari implementasi keperawatan adalah....
  - a. Serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi kestatus kesehatan yang lebih baik
  - b. Pelaksanaan dari rencana intervensi untuk mencapai tujuan yang spesifik
  - c. Penilaian hasil dari hasil tindakan

## BAGIAN 6

### EVALUASI KEPERAWATAN

#### A. DEFINISI

Proses keperawatan merupakan sebuah panduan yang sistematis untuk perawatan yang berpusat pada klien (*client-centered care*). Proses keperawatan melibatkan pendekatan yang interaktif dan interpersonal untuk memecahkan masalah klien dan kemudian mengambil keputusan terkait perawatan klien. Proses keperawatan terdiri dari lima langkah berurutan, dimulai dari pengkajian, perumusan diagnosis, perencanaan, implementasi dan evaluasi.



Gambar 6.1. Proses Keperawatan

Kelima hal dalam proses keperawatan tersebut terjadi secara simultan dan berkelanjutan dalam asuhan keperawatan yang berpusat pada klien. Evaluasi keperawatan didefinisikan sebagai proses menilai kemajuan yang telah dicapai oleh klien. Dasar penilaiannya adalah kriteria hasil dan respon yang ditunjukkan oleh klien.

Ketika menyusun asuhan keperawatan, pada tahap perencanaan keperawatan akan ditentukan tujuan, kriteria hasil dan intervensi yang dapat dilakukan untuk menyelesaikan permasalahan klien. Kriteria hasil tersebut menjadi indikator penting yang kemudian akan dievaluasi untuk menilai apakah permasalahan klien telah teratasi atau belum. Dengan demikian, evaluasi ini memainkan peranan penting dalam mengukur keefektifan intervensi keperawatan dalam mencapai tujuan (*goal*) perawatan klien. Hasil akhir dari evaluasi keperawatan akan memberikan rekomendasi apakah intervensi keperawatan perlu dilanjutkan, dimodifikasi atau diselesaikan.

## **B. TUJUAN DAN MANFAAT EVALUASI KEPERAWATAN**

Evaluasi keperawatan merupakan salah satu tahapan dalam proses keperawatan. Evaluasi keperawatan ini dilakukan dengan tujuan untuk menilai keefektifan intervensi keperawatan yang telah diimplementasi pada klien. Indikator keberhasilan untuk menyatakan masalah klien telah teratasi atau belum adalah dinilai dari kriteria hasil dan respon klien. Oleh karenanya, ketika melakukan evaluasi

maka perlu dinilai capaian dari kriteria hasil tersebut, apakah semua kriteria hasil telah dapat dicapai oleh klien atau belum.

Manfaat evaluasi keperawatan:

1. Untuk memastikan hasil yang diinginkan telah tercapai
2. Untuk menilai kondisi klien secara keseluruhan dan menentukan rencana perawatan selanjutnya sesuai hasil evaluasi terbaru
3. Untuk menilai keefektifan asuhan keperawatan yang telah dilakukan kepada klien
4. Hasil evaluasi akan membantu perawat dalam menilai perlunya modifikasi intervensi dan terus memastikan capaian hasil-hasil yang menguntungkan bagi klien.

### C. BERPIKIR KRITIS DALAM EVALUASI KEPERAWATAN

Berpikir kritis atau *critical thinking* merupakan aspek yang sangat diperlukan dalam proses keperawatan baik pada saat melakukan pengkajian, diagnosis, perencanaan, implementasi dan evaluasi. Terdapat empat komponen dalam berpikir kritis tersebut meliputi pengetahuan, pengalaman, standar yang ada, dan sikap. Keempat hal tersebut akan membentuk cara berpikir yang kritis dalam melakukan asuhan keperawatan pada klien dan keluarga.

#### 1. Pengetahuan

Pengetahuan merupakan salah satu komponen dalam mengembangkan cara berpikir kritis. Pengetahuan yang adekuat mengenai kondisi klinis klien dan penyakitnya akan membantu



dalam menyusun keputusan klinis terkait perawatan klien. Pengetahuan untuk mendukung cara berpikir klinis ini dibangun dari beberapa hal:

- a. Pengetahuan mengenai perubahan kondisi klien baik secara fisiologis, psikologis, spiritual maupun status sosiokultural
- b. Hasil yang diharapkan (*expected outcome*) dari terapi obat-obatan, intervensi medis, intervensi nutrisi dan terapi lainnya
- c. Hasil yang tidak diharapkan (*unexpected outcome*) dari terapi obat-obatan, intervensi medis, intervensi nutrisi dan terapi lainnya
- d. Karakteristik keluarga dan *support group*
- e. Sumber dukungan komunitas yang dimiliki

## 2. Pengalaman

Pengalaman berkaitan dengan pengalaman dalam merawat pasien sebelumnya. Pengalaman merawat pasien dengan kondisi atau karakteristik sejenis akan membantu perawat dalam mengembangkan cara berpikir kritis. Perawat telah memikirkan aspek-aspek yang perlu diperhatikan dari klien, perubahan kondisi yang perlu diwaspadai dan indikator-indikator yang menunjukkan adanya perbaikan kondisi klien. Semakin banyak dan beragam pengalaman yang dimiliki, maka akan semakin komprehensif dan kritis asuhan yang disusun.

## 3. Standar

Standar ini berkaitan dengan guidelines, pedoman yang berlaku baik di tingkat nasional maupun internasional dalam perawatan

klien. Standar praktik tertentu yang berlaku misalnya mengenai protokol keperawatan dalam pemberian terapi intravena atau manajemen nyeri pada klien tertentu. Standar yang berlaku ini perlu dipertimbangkan dalam menyusun asuhan keperawatan kepada klien.

#### **4. Sikap**

Sikap berkaitan dengan bagaimana perawat memberikan respon terhadap kondisi klien, sikap dalam memberikan asuhan keperawatan kepada klien. Sikap ini meliputi tanggung jawab, kreatifitas dan ketekunan perawat dalam memberikan asuhan.

Keempat aspek tersebut di atas berperan dalam membentuk cara berpikir kritis ketika menghadapi situasi atau permasalahan klien. Berpikir kritis berperan penting untuk menghasilkan asuhan keperawatan yang terstandar, sesuai kondisi klien, efektif dan efisien. Perawat sangat penting mengembangkan cara berpikir kritis dan mengimplementasikannya dalam setiap langkah proses keperawatan, baik saat melakukan pengkajian keperawatan, perumusan diagnosis, penyusunan perencanaan asuhan, melakukan implementasi dan evaluasi. Ketika melakukan evaluasi, dengan berpikir kritis, perawat dapat menilai capaian kriteria hasil pasien dengan membandingkan kriteria hasil yang ditetapkan dan respon klinis yang ditunjukkan oleh klien. Selanjutnya, hasil tersebut digunakan untuk menentukan apakah permasalahan telah teratasi atau belum.

## D. KOMPONEN DALAM MENYUSUN EVALUASI KEPERAWATAN

Evaluasi keperawatan secara prinsip terdiri dari dua hal penting yaitu penilaian terhadap kondisi atau situasi klien dan keputusan mengenai apakah perubahan telah terjadi. Dalam melakukan evaluasi keperawatan, perawat akan mengumpulkan data subyektif dan obyektif sesuai indikator kriteria hasil yang ditetapkan, merefleksikan pengalaman klinik sebelumnya terkait kondisi klien dengan permasalahan yang mirip, melakukan teknik berpikir kritis dan menggunakan standar intelektual yang berlaku. Setelah melakukan serangkaian proses tersebut, perawat melakukan penilaian terhadap kriteria hasil (*expected outcome*). Apakah kriteria hasil telah tercapai atau belum. Hasil dari evaluasi dapat dikelompokkan menjadi dua, yaitu:

### 1. Evaluasi Positif

Evaluasi positif terjadi ketika klien telah mencapai kriteria hasil yang ditetapkan dan intervensi telah efektif untuk menyelesaikan permasalahan klien.

### 2. Evaluasi Negatif

Evaluasi negatif terjadi ketika klien tidak mencapai kriteria hasil yang ditetapkan dan intervensi belum efektif untuk menyelesaikan permasalahan klien.

Setiap kali perawat telah melakukan intervensi keperawatan kepada klien, perawat harus melakukan evaluasi atau menilai apakah hasil yang diharapkan telah tercapai. Terdapat tiga istilah

yang digunakan dalam evaluasi, yaitu tujuan telah tercapai (dengan semua kriteria hasil terpenuhi), tujuan tercapai sebagian atau tujuan belum tercapai (kriteria hasil tidak terpenuhi). Dari ketiga hal tersebut kita dapat melihat apakah kondisi pasien membaik, ataupun memburuk.

Dalam melakukan evaluasi keperawatan, perawat harus memiliki beberapa keterampilan seperti:

- a. Teknik observasi
- b. Interview
- c. Penilaian kondisi fisiologis

Ketiga keterampilan tersebut digunakan untuk melakukan penilaian terhadap hasil yang diharapkan.

Selanjutnya, evaluasi keperawatan dapat dikelompokkan menjadi evaluasi formatif dan sumatif. Evaluasi formatif adalah evaluasi terhadap respon klien yang dilakukan segera setelah dilakukan intervensi keperawatan dan didokumentasikan. Evaluasi sumatif adalah evaluasi yang dilakukan di akhir setelah perencanaan keperawatan selesai dilakukan sesuai waktu yang ditetapkan.

Komponen dalam evaluasi keperawatan terdiri dari *Subjective, Objective, Assessment, Planning* (SOAP). Berikut penjelasan dari masing-masing komponen:

a. ***Subjective***

Subyektif memuat data-data yang disampaikan oleh klien atau dilaporkan terkait dengan hasil yang diharapkan dari permasalahan klien.

Misalnya: tidak ada mual, tidak ada keluhan sulit bernapas, tidak ada sesak napas

b. ***Objective***

Objektif memuat data-data yang dapat diobservasi dari kondisi klinis klien. Misalnya: tidak ada pitting edema, frekuensi napas 20 kali/menit, kadar hemoglobin serum 12 g/dL

c. ***Assessment***

*Assessment* merupakan keputusan akan kondisi klinis klien atau respon klien. Pada bagian *assessment* disimpulkan apakah kriteria hasil yang ditetapkan telah tercapai atau tujuan perawatan telah tercapai.

d. ***Planning***

*Planning* adalah berkaitan dengan rencana selanjutnya sesuai dengan hasil *assessment* di atas. Pada bagian ini ditentukan apakah perlu dilakukan modifikasi pada perencanaan asuhan jika kriteria hasil belum terpenuhi, atau apakah perlu dilanjutkan intervensi keperawatan yang telah dilakukan jika kondisi pasien sudah mengarah ke perbaikan. Namun, jika hasil *assessment* menunjukkan bahwa kriteria hasil telah terpenuhi maka intervensi dapat tidak dilanjutkan.

Selanjutnya akan dijelaskan langkah-langkah melakukan evaluasi keperawatan:

a. **Identifikasi kriteria dan standar**

Pada tahapan ini, perawat mengidentifikasi kriteria hasil dan tujuan yang ditetapkan dalam perawatan klien. Dalam melakukan evaluasi, perawat tidak terlepas dari tujuan dan kriteria hasil yang telah ditetapkan saat menyusun rencana asuhan.

b. **Kumpulkan data-data evaluative**

Pada tahap ini, perawat melakukan langkah-langkah evaluative terhadap kriteria hasil yang ditetapkan. Pada langkah ini sangat diperlukan adanya kemampuan pengkajian, kemampuan observasi dan melakukan pemeriksaan fisik. Data yang dikumpulkan dapat berupa data subyektif dan obyektif. Data-data tersebut harus dicatat secara tepat dan akurat untuk memfasilitasi rencana proses evaluasi selanjutnya.

Contoh: pada kriteria hasil ditetapkan salah satu indikator yaitu tidak adanya ronchi. Pada saat melakukan langkah evaluative, maka perawat melakukan penilaian terhadap suara napas klien, dan menentukan apakah terdapat ronchi atau tidak. Auskultasi suara napas tersebut merupakan langkah evaluative, Jika hasilnya adalah tidak ada ronchi, maka hal ini menjadi data evaluative.

c. **Interpretasi dan simpulkan temuan**

Selanjutnya, dengan bukti-bukti data yang diteliti ditemukan sebelumnya maka perawat membuat *judgement* mengenai kondisi klien. Untuk membuat *judgment* ini, perawat

membandingkan antara kriteria hasil dengan data-data evaluative yang telah ditemukan. Selanjutnya, perawat akan menentukan apakah kondisi klien mengalami perbaikan atau tidak. Jika kondisi klien tidak membaik atau kriteria hasil tidak sepenuhnya tercapai, maka perawat perlu mengkaji kendala atau *barrier* yang mungkin dialami klien sehingga menghambat tercapainya tujuan. Dalam proses evaluasi, penting juga mengevaluasi apakah intervensi keperawatan yang diberikan memiliki kaitan dengan outcome. Jadi, apakah intervensi tersebut sesuai atau tepat diterapkan untuk mengatasi permasalahan klien.

d. **Dokumentasikan temuan**

Dokumentasi merupakan bagian penting dalam evaluasi keperawatan. Perawat harus menulis temuan evaluasi dan interpretasinya dalam catatan keperawatan. Ini penting sebagai sarana komunikasi perawat antar *shift* sehingga perkembangan kondisi pasien dapat diketahui oleh semua tim yang terlibat dalam proses keperawatan.

e. **Rencana asuhan selanjutnya**

Setelah melakukan evaluasi terhadap kriteria hasil yang ditetapkan maka ditentukan rencana asuhan selanjutnya. Penentuan ini dapat berupa perubahan intervensi, terminasi atau modifikasi intervensi keperawatan.

Perawat menggunakan penilaian mengenai ketercapaian hasil yang diharapkan (*expected outcome*) untuk menentukan apakah rencana keperawatan telah efektif bagi klien. Ketika tujuan telah

tercapai, maka perawat perlu menarik kesimpulan mengenai status permasalahan klien. Jika klien mengalami masalah actual, maka dijelaskan apakah masalah tersebut telah teratasi. Jika klien memiliki masalah risiko, jelaskan apakah masalah terjadi dan apakah faktor risiko sudah tidak ada lagi. Jika permasalahan telah teratasi atau faktor risiko sudah tidak ada maka dalam mendokumentasikan evaluasi, perawat dapat menyampaikan bahwa tujuan tercapai dan intervensi keperawatan dapat diterminasi. Namun jika masalah masih ada atau faktor risiko masih ada, maka didokumentasi bahwa masalah belum teratasi dan perlu dilakukan modifikasi intervensi atau intervensi harus dilanjutnya. Dengan demikian, secara umum terdapat tiga hal yang disimpulkan yaitu, melanjutkan, memodifikasi atau mengakhiri asuhan keperawatan.

Perlu diperhatikan bahwa untuk mencapai tujuan perawatan klien, perlu adanya kerjasama yang baik atau perawat klien, memperhatikan faktor keluarga, dan tim kesehatan yang lain. Karena perawatan klien melibatkan banyak tim kesehatan yang saling bekerja sama untuk mendukung perbaikan kondisi klien.

Berikut ini disampaikan contoh melakukan evaluasi keperawatan.

Diagnosis keperawatan: ketidakefektifan bersihan jalan napas



Tabel D.1. Evaluasi Keperawatan

Tujuan	Kriteria Hasil	Respon Pasien (data evaluative)	Temuan Evaluasi
Jalan napas klien paten	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mampu batuk efektif</li> <li>• Tidak ada ronchi di kedua lapang paru</li> <li>• Frekuensi napas 16-20 kali/menit</li> </ul>	<p>Wawancara klien:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Melaporkan mampu mengeluarkan dahak (batuk efektif)</li> </ul> <p>Observasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Melakukan auskultasi → tidak terdengar ronchi di semua lapang paru</li> <li>• Mengukur RR → RR 20 kali/menit</li> </ul>	Kondisi klien membaik, kriteria hasil tercapai

Hasil tersebut kemudian didokumentasikan dalam catatan keperawatan:

*Subjective* : Melaporkan mampu mengeluarkan dahak (batuk efektif)

*Objectify* : Tidak terdengar ronchi di kedua lapang paru, RR = 20 kali/menit

*Assessment* : Tujuan tercapai

*Planning* : Intervensi dapat diterminasi

Selanjutnya diperhatikan kebutuhan *discharge planning*, misalnya edukasi yang diperlukan untuk mencegah munculnya kembali permasalahan klien. Misalnya edukasi untuk menghindari faktor risiko yang menyebabkan keluhan berulang.

## BAGIAN 7

### PRAKTIK PENERAPAN PROSES KEPERAWATAN SEBAGAI METODE ILMIAH

#### A. PENGERTIAN PROSES KEPERAWATAN

Proses keperawatan merupakan suatu metode bagi perawat untuk memberikan asuhan keperawatan kepada klien. Proses keperawatan adalah cara yang sistematis yang dilakukan oleh perawat bersama klien dalam menentukan kebutuhan asuhan keperawatan dengan melakukan pengkajian, menentukan diagnosis, merencanakan tindakan yang akan dilakukan, melaksanakan tindakan serta evaluasi hasil asuhan keperawatan yang telah diberikan. Proses keperawatan merupakan inti esensi dari keperawatan.

Poses keperawatan memiliki peranan penting bagi perawat karena :

- a. Dapat meningkatkan kemandirian perawat dalam melaksanakan tugasnya
- b. Dapat meningkatkan kepercayaan diri perawat dalam melaksanakan tugas
- c. Dapat meningkatkan intelektual dan teknikal dalam tindakan keperawatan
- d. Tanggung jawab dan tanggung gugat bagi perawat dapat dimiliki dan dapat digunakan dalam tindakan-tindakan yang merugikan atau yang tidak legal

Proses keperawatan adalah salah satu metoda efektif pemecahan masalah yang dilakukan perawat terhadap klien dengan pendekatan metodologi ilmiah. Proses keperawatan adalah Suatu pendekatan sistematis untuk mengenal masalah-masalah pasien dan mencari alternatif pemecahan masalah dalam memenuhi kebutuhan-kebutuhan pasien. Asuhan keperawatan merupakan metode ilmiah dalam penyelesaian masalah klien

## B. PENGERTIAN METODE ILMIAH

Pengertian metode menurut kamus besar Bahasa Indonesia adalah cara teratur yang digunakan untuk melaksanakan suatu pekerjaan agar tercapai sesuai dengan yang dikehendaki. Sedangkan segala sesuatu yang dibuat berdasarkan kaidah ilmu pengetahuan dapat disebut *ilmiah*. *Jadi metode ilmiah adalah cara teratur yang digunakan untuk melaksanakan sesuatu berdasarkan kaidah ilmu pengetahuan agar tercapai sesuatu yang dikehendaki.*

Metode ilmiah dapat juga diartikan suatu prosedur atau cara pemecahan masalah dengan menggunakan **langkah-langkah yang telah tersusun secara sistematis atau** serangkaian cara atau metode yang mengacu pada urutan pasti dan terstruktur. Langkah-langkah tersebut dilaksanakan melalui konsep dasar berpikir ilmiah, yaitu analitis, logis, objektif, konseptual, dan empiris.

Langkah metode ilmiah, di antaranya adalah mengidentifikasi masalah, merumuskan masalah, mengkaji literature, membuat hipotesis,

menetapkan prosedur kerja, menguji hipotesis, mengolah dan menganalisa data lalu membuat kesimpulan. Identifikasi masalah adalah cara atau upaya untuk mendefinisikan masalah, kemudian membuat definisi tadi menjadi bisa diukur, sebagai bagian dari langkah awal metode ilmiah. Melakukan identifikasi masalah merupakan langkah penting yang harus dilakukan pertama kali, karena dengan melakukan identifikasi masalah, bisa diketahui dengan pasti masalah apa yang terjadi, serta solusi apa yang bisa dilakukan untuk mengatasi masalah tersebut. Identifikasi masalah sebagai upaya atau cara untuk mendaftar sebanyak-banyaknya pertanyaan terhadap suatu masalah yang dianggap bisa ditemukan jawabannya, yaitu melalui penelitian yang dilakukan secara ilmiah.

### **C. PROSES KEPERAWATAN SEBAGAI METODE ILMIAH**

Diantara karakteristik dari proses keperawatan adalah

#### **1. Terbuka dan fleksibel**

Proses keperawatan menganut sistem terbuka. Jika sewaktu-waktu terjadi perubahan respon klien maka akan memberikan perubahan terhadap diagnosa, rencana dan tindakan yang akan diberikan. Fleksibel karena semua rencana yang telah disusun tidak serta merta harus dilaksanakan seluruhnya, tetapi harus melihat perubahan dan perkembangan kondisi.

#### **2. Dilakukan melalui pendekatan individual**

Ada banyak hal yang bersifat individual dan merupakan privasi klien. Sehingga tidak kepada semua perawat diberikan

kepercayaan oleh klien, atau tidak semua data (yang sehubungan dengan masalah keperawatan) akan disampaikan oleh klien. Pada situasi ini maka dibutuhkan suatu pendekatan yang individual kepada klien.

3. Penanganan masalah terencana

Setelah masalah keperawatan ditemukan, maka akan disusun perencanaan yang berlandaskan kepada ilmu keperawatan yang kokoh.

4. Mempunyai arah dan tujuan

Perencanaan yang disusun mempunyai arah dan tujuan yang akan dicapai dalam batasan waktu tertentu.

5. Merupakan siklus yang saling berhubungan

Setiap tahap saling berhubungan dan tidak dapat dipisah-pisah.

6. Terdapat validasi data dan pembuktian masalah

Data yang dikumpulkan pada saat pengkajian betul-betul data yang diperoleh dari alat yang terukur.

Berdasarkan karakteristik diatas dapat dilihat bahwa proses keperawatan merupakan suatu siklus yang berarti bersifat sistematis dan tidak dapat dipisahkan antara satu dengan yang lain, memiliki arah dan tujuan serta terdapat validasi data dan pembuktian masalah. Dengan demikian, proses keperawatan dapat disebut sebagai proses ilmiah karena menggunakan langkah-langkah yang sistematis yang terdiri dari melakukan pengkajian, menentukan diagnosis, merencanakan tindakan yang akan dilakukan, melaksanakan tindakan serta evaluasi hasil asuhan keperawatan yang

telah diberikan yang mana setiap tahap saling berhubungan antara yang satu dengan yang lain untuk mencapai tujuan tertentu.

#### **D. PRAKTIK PROSES KEPERAWATAN SEBAGAI METODE ILMIAH**

Setiap langkah dalam proses keperawatan merupakan proses ilmiah

##### **1. Pengkajian**

Proses pengkajian merupakan suatu proses ilmiah karena pada saat perawat melakukan pengkajian, perawat mengumpulkan data secara sistematis berdasarkan konsep teori yang ada, kemudian melakukan validasi kebenaran data melalui data subjektif dan data objektif dengan tujuan agar dapat menentukan masalah keperawatan yang muncul pada klien.

Dalam mengumpulkan data pengkajian, perawat tidak boleh memasukkan asumsi perawat. Data diperoleh harus langsung dari pasien/keluarga, baik berdasarkan ungkapan pasien/keluarga maupun dari hasil pemeriksaan fisik atau pemeriksaan penunjang lainnya.

Standar operasional Pengkajian:

- a. Definisi : Pengkajian adalah kegiatan pengumpulan data untuk menghimpun informasi tentang status kesehatan klien. Pengkajian merupakan proses pengidentifikasian masalah yang terjadi pada pasien. Pengkajian memiliki beberapa langkah yang harus dilakukan secara sistematis.

b. Tujuan dilakukannya pengkajian adalah untuk menentukan diagnosa keperawatan.

c. Prosedur

I . Pengumpulan data

1) Pengkajian skrining

Pengkajian skrining adalah langkah awal pengumpulan data. Pengkajian terdiri dari anamnesa, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang.

Pengkajian harus dilakukan secara sistematis

- a) Anamnesa keluhan utama
- b) Anamnesa riwayat penyakit
- c) Anamnesa kebutuhan dasar
- d) Pemeriksaan fisik diawali dengan pemeriksaan tanda-tanda vital (tekanan darah, nadi ,frekuensi nafas dan suhu) observasi keadaan umum kemudian pemeriksaan head to toe mulai dari kepala, leher, thorax, abdomen, punggung, genitalia 7 anus, ekstremitas dan kulit
- e) Pemeriksaan penunjang yang terdiri dari pemeriksaan labortorium, pemeriksaan pencitraan, MRI, CT Scan, Rongent dll.

2) Pengkajian mendalam

Pengkajian mendalam, memungkinkan perawat untuk mencari petunjuk tambahan yang mungkin mendukung atau menggugurkan bakal diagnosis keperawatan.



## 1. Validasi data

Validasi data adalah upaya untuk memberikan justifikasi pada data yang telah dikumpulkan dengan melakukan perbandingan data subjektif dan objektif yang didapatkan, untuk diketahui kemungkinan tambahan atau pengkajian ulang tentang data yang ada.

## 2. Diagnosa keperawatan

Penentuan diagnosa keperawatan juga melalui suatu proses ilmiah dimana diagnose keperawatan ditegakkan melalui pengumpulan data terlebih dahulu melalui tahapan sebelumnya, yaitu tahapan pengkajian. Semua data baik data subjektif ataupun data objektif yang diambil dari pasien lansung (data primer) ataupun melalui keluarga dan rekaman medik (data sekunder). Setelah semua data terkumpul dilakukan proses validasi data. Setelah itu dilanjutkan dengan membuat analisa data untuk mengelompokkan data berdasarkan masalah keperawatan.

Berikut ini standar operasional penentuan diagnosa keperawatan:

- a. Definisi : Diagnosa keperawatan adalah keputusan klinik tentang respon individu, keluarga dan masyarakat tentang masalah kesehatan aktual atau potensial, sebagai dasar seleksi intervensi keperawatan untuk mencapai tujuan asuhan keperawatan sesuai dengan kewenangan perawat.
- b. Tujuan : untuk menentukan intervensi keperawatan
- c. Prosedur
  - 1) Analisa data

a) Membandingkan data hasil pengkajian dengan data normal. Semua data yang menyimpang dari kondisi normal dimasukkan sebagai data focus.

b) Pengelompokan data

Tanda dan gejala yang dianggap bermakna dikelompokkan berdasarkan kebutuhan dasar meliputi respirasi, sirkulasi, nutrisi/cairan, aktivitas/istirahat, neurosesnsori dll. Proses pengelompokan data dilakukan secara induktif maupun deduktif.

2) Identifikasi masalah

Setelah data dianalisis perawat mengidentifikasi masalah actual, resiko atau promosi kesehatan.

3) Perumusan diagnosa

Perumusan diagnose disesuaikan dengann jenis diagnose keperawatan apakah actual, resiko atau promosi kesehatan

3. Perencanaan

Perencanaan adalah Semua penanganan atau *tretment* yang didasarkan pada penilaian dan keilmuan pada tatanan klinik, dimana perawat melakukan tindakan untuk meningkatkan hasil/*outcome* pasien/klien.

Perencanaan keperawatan merupakan suatu proses yang ilmiah karena penyusunan rencana dilakukan secara sistematis berdasarkan diagnosa keperawatan yang ditegakkan dengan

berlandaskan bukti data hasil pengkajian. Perencanaan dilakukan secara sistematis dengan menentukan lebel intervensi dan aktivitas baik berupa tindakan diagnostic, terapeutik, edukasi atau kolaborasi/rujukan.

Tahapan intervensi keperawatan

- a) Membuat urutan prioritas diagnosa
- b) Merumuskan tujuan
- c) Merumuskan kriteria evaluasi
- d) Merumuskan intervensi

#### 4. Pelaksanaan

Proses ilmiah pada perencanaan karena tindakan yang dilakukan berdasarkan rencana yang telah disusun berdasarkan hasil penelitian dan bukti yang telah teruji efektif dapat mengatasi masalah keperawatan yang terjadi pada klien.

#### 5. Evaluasi

Tahap evaluasi adalah tindakan melakukan identifikasi sejauh mana tujuan dari rencana keperawatan tercapai atau tidak. Evaluasi merupakan suatu proses yang ilmiah karena dilakukan berdasarkan data hasil penilaian ketercapaian tujuan dan kriteria hasil yang diperoleh dari anamnesa, hasil pemeriksaan fisik atau pemeriksaan penunjang secara langsung.

## BAGIAN 8

### PRAKTEK PENGAJIAN KEPERAWATAN

#### A. PENDAHULUAN

Keperawatan sebagai suatu profesi dituntut untuk memberikan pelayanan yang berkualitas dalam melakukan asuhan keperawatan kepada pasien. Perawat memberikan pelayanan menggunakan pendekatan asuhan keperawatan yang bertujuan untuk meningkatkan derajat kesehatan pasien dan keluarga dan memberikan perawatan yang profesional. Dalam memberikan asuhan keperawatan, perawat menggunakan proses keperawatan dengan lima tahapan agar asuhan menjadi komprehensif.

Asuhan keperawatan merupakan serangkaian proses yang berkesinambungan dilakukan perawat dimulai dari pengkajian, diagnose, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi. Proses asuhan keperawatan harus dikerjakan secara ilmiah, rasional dan sistematis untuk menghasilkan kualitas asuhan keperawatan. Perawat akan mengelompokkan gejala dan tanda abnormal yang ditemukan atau kelainan yang didapati dari kondisi pasien untuk mencegah perburukan ataupun kegagalan perawatan. Pengkajian keperawatan menjadi bagian fundamental dalam prakeik pelayanan kesehatan, karena memiliki peran yang sangat penting dalam upaya menciptakan keselamatan, keamanan dan keefektifan perawatan kepada pasien. Oleh karena itu, setiap perawat ketika melakukan

praktek pengkajian harus memiliki pengetahuan tentang struktur dan fungsi normal tubuh, keterampilan komunikasi lisan dan tulisan, keterampilan melakukan pengkajian secara sistematis dan mampu berpikir kritis dalam menentukan dan menganalisis hasil pengkajian.

## **B. TUJUAN PENGKAJIAN KEPERAWATAN**

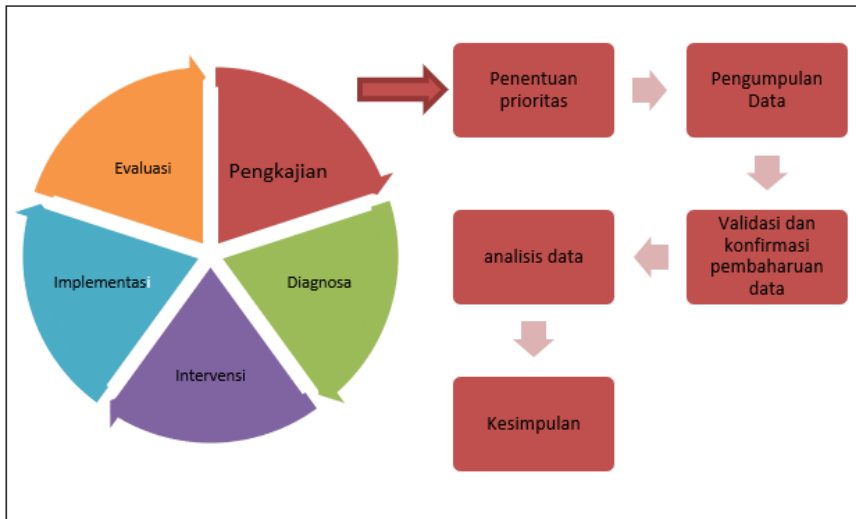
Adapun tujuan perawat melakukan praktik pengkajian keperawatan yaitu :

1. Mengidentifikasi kebutuhan kondisi kesehatan pasien
2. Membedakan antara struktur dan fungsi tubuh normal/abnormal
3. Mengidentifikasi masalah aktual/potensial/resiko
4. Menjadi data dasar dalam penentuan diagnosa keperawatan
5. Mengembangkan rencana perawatan dan kolaborasi pengobatan pasien
6. Mengevaluasi keefektifan perawatan/pengobatan yang dilakukan selama di fasilitas kesehatan pasien
7. Menjadi media komunikasi dan kolaborasi yang efektif diantara petugas kesehatan

## **C. PROSES PENGKAJIAN KEPERAWATAN**

Keseluruhan proses keperawatan sangat bergantung pada kelengkapan informasi ketika melakukan pengkajian. Sebelum perawat mengumpulkan data, penting bagi perawat mengetahui terlebih dahulu prioritas kesehatan pasien. Adapun proses

keperawatan yang diawali oleh pengkajian dapat dicermati pada diagram berikut ini :



Gambar C.1 Tahapan Pengkajian Pada Proses Asuhan Keperawatan

Kebutuhan pasien dikelompokkan pada skala prioritas dan potensial. Kebutuhan prioritas menjadi bagian utama yang difokuskan oleh perawat berdasarkan kebutuhan dasar manusia. Contohnya, pasien datang dengan keluhan sesak nafas dan disertai dengan luka pada ekstremitas bawah. Ketika perawat melakukan pengkajian, prioritas utama memfokuskan data pada saluran pernafasan untuk penanganan kebutuhan oksigenasi yang tepat dan akurat (tanda – tanda vital, saturasi oksigen pasien). Kebutuhan pengkajian prioritas dilakukan pada saat itu (*realtime* pasien masuk ke rumah sakit pertama sekali)

Setelah proses menentukan prioritas, perawat akan melanjutkan pengkajian terkait kebutuhan potensial lainnya (*head to toe* termasuk pengkajian luka pada ekstremitas bawah), keberlanjutan pengkajian dapat dilakukan secara bertahap. Perawat mengumpulkan data klien melalui observasi, wawancara dan pemeriksaan fisik; data ini akan diperbaharui sesuai dengan perkembangan pasien (data ketika pertama kali pasien masuk rumah sakit tidak sama ketika pasien dipindahkan ke ruang rawat inap, contohnya data objektif tanda vital pasien).

Perawat akan mengelompokkan keseluruhan data (aktual, potensial/resiko) dan menganalisis etiologi sehingga dapat menentukan simpulan masalah keperawatan yang akan ditindaklanjuti menjadi diagnosa keperawatan. Kesimpulan ketika melakukan pengkajian dikelompokkan klien tidak mempunyai masalah kesehatan, klien mungkin mengalami masalah (diperlukan pengumpulan data lebih lanjut), klien berisiko mengalami masalah (diidentifikasi masalah potensial) dan klien mengalami masalah klinis (ditindaklanjuti dengan tahapan selanjutnya pada asuhan keperawatan ataupun tepai medis/tindakan kolaboratif).

#### **D. PENGUMPULAN DATA**

Pengkajian keperawatan dilakukan secara sistematis dan kompherensif melalui tahapan mengumpulkan data, menganalisa, menginterpretasi berdasarkan kondisi pasien. Pengumpulan data

dilakukan melalui wawancara, pemeriksaan fisik dan meninjau kembali status kesehatan pasien melalui hasil pemeriksaan penunjang.

### **1. Wawancara.**

Wawancara dapat dilakukan langsung kepada pasien (primer) ataupun keluarga/orang terdekat (sekunder). Keterampilan komunikasi lisan dan tulisan sangat penting ketika proses wawancara dan mendokumentasi hasil temuan. Beberapa teknik wawancara saat praktek pengkajian keperawatan, yaitu :

- a. Menciptakan dialog yang berkaitan dengan keluhan pasien
- b. Mendengarkan dengan penuh perhatian (sikap empati dan profesional)
- c. Mengobservasi bahasa verbal dan non verbal pasien
- d. Mengklarifikasi dan memfokuskan ucapan pasien terkait keluhan yang dirawaskan/riwayat kesehatann
- e. Menawarkan informasi terkait penanganan keluhan yang dirasakan

### **2. Pemeriksaan Fisik.**

Pemeriksaan fisik dilakukan perawat untuk membedakan struktur dan fungsi tubuh normal dan abnormal. Tujuan dilakukan pemeriksaan fisik menentukan masalah aktual dan potensial yang dapat dicegah ataupun ditindaklanjuti.

### **3. Pemeriksaan diagnostik.**

Pemeriksaan dignostik/ pemeriksaan penunjang, umum dilakukan untuk menentukan abnormalitas pada sistem tubuh guna mendukung hasil pemeriksaan wawancara dan fisik dalam



menegakkan diagnosa medis ataupun mendukung perawatan pasien. Adapun pemeriksaan diagnostik yang umum dilakukan pada beberapa sistem tubuh, yaitu :

- 1) **pemeriksaan kulit** (biopsi, pemeriksaan intradermal dan transdermal);
- 2) **pemeriksaan musculoskeletal** (elektromiogram /EMG, radiografi, biopsi sumsum tulang);
- 3) **pemeriksaan neurologis** (elektroensefalogram /EEG, elektroneurografi /ENG, elektrokardiogram/ECG, pungsi lumbal/PL, angiografi);
- 4) **pemeriksaan respiratory** (X-Ray thorax, *Pulmonary Fuction Test*/PFT, oksimetri nadi, bronkoskopi, analisa gas darah);
- 5) **pemeriksaan gastrointestinal** (endoskopi, MRI, CT-Scan, Manometri, kolonoskopi);
- 6) **pemeriksaan urologi** (uroflowmetry, kistoskopi, kistometrografi/CMG, urinalisis, *Urethral Pressure Profile*/UPP, pyelogram intravena/IVP);
- 7) **pemeriksaan ginekologi** (pemeriksaan panggul, mammografi) dan pemeriksaan ultrasonografi (USG)

## E. METODE PENGKAJIAN KEPERAWATAN

### 1. Observasi

Perawat melakukan pengamatan langsung kondisi pasien menggunakan alat indera (penglihatan, sentuhan, pendengaran, penciuman dan pengecap). Contohnya seperti seorang perawat

mengamati cara berjalan pasien ketika memasuki Ruang IGD (kemampuan mobilisasi mandiri/dibantu/ ekstremitas bawah terlihat simetris atau tidak simetris); mengobservasi keluhan nyeri yang pasien (terlihat wajah meringis kesakitan/ memegang area tubuh yang dikeluhkan ataupun mendengar rintihan pasien)

## **2. Inspeksi**

Pemeriksaan menggunakan fungsi visual/penglihatan. Melihat bagian tubuh pasien yang berkaitan dengan keluhan secara sistematis, terperinci, dan tepat pada bagian tubuh pasien. Contohnya seperti seorang perawat melakukan inspeksi pupil pada mata pasien (isokor/anisokor menggunakan *penlight*); menginspeksi kesimetrisan posisi bibir pasien dan menginspeksi lesi pada abdomen pasien.

## **3. Auskultasi**

Pemeriksaan menggunakan fungsi audio/mendengarkan suara dari dalam tubuh pasien dengan bantuan alat seperti stetoskop. Contohnya seperti pemeriksaan auskultasi bunyi paru pasien di dada pada pasien bronchitis akan menghasilkan suara abnormal mengi, pemeriksaan auskultasi abdomen akan menghasilkan buntir peristaltik usus.

## **4. Palpasi**

Pemeriksaan menggunakan tangan ataupun jari untuk mengidentifikasi ukuran, kekuatan, atau letak jaringan ataupun bagian tubuh pasien yang mengalami masalah. Contohnya seperti perabaan nadi pasien ketika melakukan pemeriksaan tanda –

tanda vital, melakukan palpasi pada abdomen untuk mengidentifikasi adanya massa/tumor.

## **5. Perkusi**

Pemeriksaan menggunakan tangan, jari ataupun alay periksa lainnya untuk mengidentifikasi lokasi dan kepadatan jaringan organ/tubuh. Contohnya seperti pemeriksaan abdomen pasien dengan perkusi, mengetukan jari diatas tangan pemeriksa untuk mendengarkan suara yang dihasilkan (redup ataupun konsonan)

## **F. ALAT PERIKSA**

Perawat melakukan pemeriksaan fisik tidak hanya dilakukan menggunakan tangan, mata, telinga, dan hidung tetapi harus menggunakan alat bantu periksa lainnya, seperti tensimeter, steteoskop, termometer, sfigmanometer, spatel lidah, oftalmoskop (pemeriksaan retina mata melalui pupil), otoskop (pemeriksaan saluran dan gendang telinga), garpu tala, palu reflex (pemeriksaan reflek tendon), spekulum vagina (pemeriksaan ginekologi), spekulum nasal (pemeriksaan rongga hidung), meteran, timbangan, *penlight*, jam tangan/stopwatch pena, dan buku catatan.

## **G. TAHAPAN PENGKAJIAN KEPERAWATAN**

### **1. Identitas pasien**

Perawat mengidentifikasi data pasien seperti nama, tanggal lahir, jenis kelamin, alamat, agama, kontak keluarga terdekat; bagian

ini sangat penting dipastikan kebenarannya untuk mencegah terjadinya kesalahan dalam perawatan maupun pengobatan

## **2. Riwayat kesehatan**

Perawat melakukan wawancara berkaitan dengan pengalaman pengobatan ataupun perawatan yang pernah dialami pasien sebelumnya, bagian ini juga termasuk riwayat penyakit, operasi, alergi, obat – obatan, imunisasi, serta riwayat kesehatan keluarga pasien.

## **3. Keluhan utama**

Perawat bertanya terkait keluhan utama berkaitan dengan gejala, tanda atau hal – hal yang dirasakan pasien saat ini sehingga membutuhkan bantuan tim kesehatan. Pasien harus menjelaskan kapan gejala mulai dialami dan faktor – faktor yang mengurangi atau meningkatkan keluhan tersebut.

## **4. Riwayat kesehatan saat ini**

Perawat mengkaji gangguan kesehatan yang dialami saat ini dan mencatat tanda – tanda vital pasien saat ini seperti tekanan darah, denyut nadi, pernafasan dan suhu tubuh

## **5. Riwayat psikososial dan spiritual**

Perawat mengidentifikasi aspek psikososial pasien seperti tingkat stres ketika menghadapi masalah, aktivitas fisik sehari – hari, kebiasaan tidur, koping terhadap masalah kesehatan, interaksi dalam hubungan dengan keluarga, aktivitas rohani, nilai – nilai yang diyakini pasien dan mengkaji persepsi pasien tentang penyakit yang dialami saat ini.

## 6. Pemeriksaan fisik

Perawat melakukan pengkajian kondisi pasien secara umum, mengkategorikan kondisi pasien pada tingkat sakit ringan/sedang dan berat. Kategori ini berdasarkan tingkat ketergantungan pasien selama sakit (*selfcare/partial care/ total care*). Pemeriksaan fisik yang komprehensif merupakan komponen penting dalam praktik perawatan kesehatan. Ini melibatkan penilaian sistematis terhadap kondisi fisik pasien dari kepala hingga kaki, yang bertujuan untuk mengidentifikasi kelainan atau tanda-tanda penyakit.

## 7. Identifikasi dan organisasi data

Setelah dilakukan pengkajian fisik, pisahkan data yang paling relevan dan signifikan untuk keperluan perawatan pasien. Identifikasi data yang dapat memberikan wawasan tentang masalah kesehatan yang mungkin dialami pasien. Masalah yang ditemukan dalam pengkajian fisik dikelompokkan berdasarkan sistem tubuh manusia. .

## 8. Identifikasi Masalah

Tinjau data yang telah dikumpulkan untuk mengidentifikasi masalah atau potensi masalah kesehatan. Identifikasi masalah utama yang memerlukan perhatian segera dan masalah lain yang perlu dimonitor atau diatasi dalam jangka panjang. Identifikasi masalah kesehatan yang paling mendesak dan berdampak signifikan pada pasien. Prioritaskan masalah ini untuk ditangani terlebih dahulu.

## 9. Prioritasi Masalah

Tentukan urutan prioritas masalah berdasarkan tingkat urgensi dan dampaknya terhadap kesehatan pasien. Pertimbangkan resiko dan manfaat dari tindakan perawatan yang mungkin diperlukan. Setelah penentuan masalah berdasarkan prioritas, maka selanjutnya akan ditindaklanjuti dalam diagnosa keperawatan dan tahapan selanjutnya pada proses keperawatan.

## H. PEMERIKSAAN FISIK HEAD TO TOE

Pemeriksaan dimulai dengan penilaian kondisi pasien secara umum dan tanda – tanda vital, serta dilanjutkan pemeriksaan secara berurutan, sebagai berikut:

- 1) Kepala: perawat memeriksa kepala pasien, termasuk kulit, rambut, mata, telinga, hidung, dan mulut; periksa mata untuk refleks cahaya dan reaksi pupil; dan dengarkan dengan telinga dan periksa pendengaran pasien.
- 2) Leher: Perawat memeriksa leher, pastikan pembengkakan tiroid, kelenjar getah bening, pergerakan yang terbatas dan kemampuan menelan. Periksa juga pembuluh darah leher untuk detak nadi dan mengamati tanda-tanda kongesti atau pembengkakan vena.
- 3) Thorax dan Punggung: Inspeksi, palpasi, dan perkusi dada dan punggung untuk menilai kesimetrisan, pernapasan, dan perubahan suara napas. Dengarkan suara napas dengan stetoskop. Pengkajian pernafasan meliputi frekuensi, suara nafas, irama pernafasan, alat bantu pernafasan, krepitasi dinding dada

dan suara nafas tambahan. Perawat melakukan pengkajian jantung (cardio), seperti inspeksi palpasi, perkusi batas jantung dan auskultasi bunyi jantung.

- 4) Abdomen: Perawat periksa perut pasien dengan mengamati bentuk, pembengkakan, atau tanda-tanda nyeri; palpasi organ dalam seperti hati, limpa, dan ginjal dan dengarkan suara usus dengan stetoskop.
- 5) Pinggul dan Panggul: Perawat periksa panggul untuk detak jantung dan sirkulasi perifer; palpasi panggul untuk mengevaluasi nyeri atau deformitas pada pasien.
- 6) Ekstremitas: Perawat periksa melakukan Inspeksi dan palpasi ekstremitas, termasuk tangan dan kaki, untuk memeriksa tanda-tanda pembengkakan, perubahan warna, dan deformitas; periksa juga gerakan sendi dan kekuatan otot.
- 7) Kulit: Perawat periksa kulit secara menyeluruh untuk luka, lecet, ruam, perubahan warna, atau tanda-tanda infeksi.
- 8) Neurologis: perawat melakukan evaluasi respons neurologis, seperti reaksi terhadap rangsangan, refleks, koordinasi gerakan, dan kepekaan terhadap sentuhan.

## **I. PERSIAPAN PEMERIKSAAN FISIK**

Sebelum perawat melakukan pemeriksaan fisik, terlebih dahulu penting memastikan kebenaran identitas dan rencana pemeriksaan , menjelaskan tujuan pemeriksaan kepada pasien, memastikan kesiediaan pasien, mempersiapkan alat dan bahan yang dibutuhkan,

melakukan kontrak waktu, menjaga privasi pasien dan mendokumentasikan data hasil pemeriksaan.



## BAGIAN 9

### PRAKTEK MENETAPKAN DIAGNOSA KEPERAWATAN

#### A. PENDAHULUAN

*North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA) mendefinisikan bahwa diagnosis keperawatan adalah penilaian klinis terhadap respon klien baik individu, keluarga kelompok atau komunitas tentang masalah Kesehatan aktual, resiko atau potensial sebagai dasar merumuskan intervensi keperawatan untuk mencapai tujuan dalam asuhan keperawatan (NANDA, 2021). Diagnosa keperawatan adalah salah satu tahap dalam proses keperawatan yang bertujuan untuk mengidentifikasi masalah Kesehatan klien yang dapat diatasi (ditangani, dikurangi atau diubah) melalui intervensi dan manajemen keperawatan. Diagnosa keperawatan menggunakan menggunakan data-data pada pengkajian hingga label pola respon pada masalah Kesehatan (Nursalam, 2019).

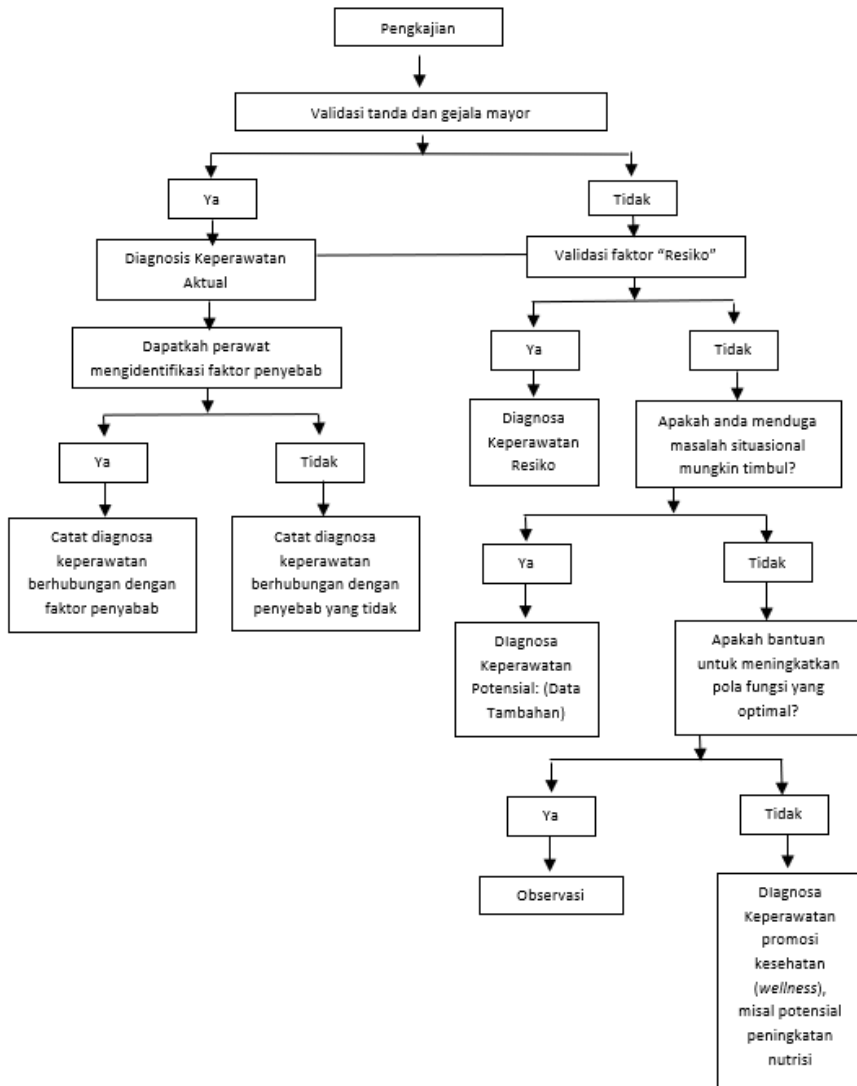
Dalam merumuskan diagnosa keperawatan yang tepat, seorang perawat perlu menggunakan proses pemecahan masalah yang meliputi tiga komponen yaitu : *Problem, Etiology, Sign/Symptom* (PES). Ketiga komponen tersebut bermanfaat untuk mengidentifikasi masalah, gangguan Kesehatan, kebutuhan perawatan, menyelidiki dan menentukan penyebab masalah serta menentukan tanda dan gejala masalah (Ackley et al., 2016). Kriteria petunjuk penulisan diagnosa keperawatan :

1. Tulis masalah/Perubahan pada status kesehatan klien
2. Pastikan bahwa masalah Kesehatan klien didahului dengan adanya etiologi yang pasti dan keduanya dihubungkan dengan kata “*related to*/berhubungan dengan)
3. Mendefinisikan karakteristik; jika diikuti dengan penyebab maka dapat dihubungkan dengan kata “*as manifested by*/ dimanifestasikan dengan”
4. Tulis dengan menggunakan istilah yang umum digunakan
5. Gunakan Bahasa yang tidak memvonis masalah Kesehatan klien
6. Pastikan pernyataan masalah mencantumkan kondisi masalah Kesehatan dari klien atau keadaan klien yang diharapkan dapat diubah
7. Hindari penggunaan definisi karakteristik, diagnosis, atau sesuatu yang tidak bisa diubah dalam pernyataan masalah
8. Baca ulang diagnosis keperawatan untuk memastikan bahwa pernyataan yang ditulis dapat dicapai dan etiologinya dapat diukur (Berman et al., 2021).

## **B. MERUMUSKAN DIAGNOSA KEPERAWATAN**

Diagnosa keperawatan dibagi menjadi dua jenis, yaitu diagnosa negative dan diagnosa positif. Diagnosa negative terdiri dari diagnosa aktual dan diagnosa resiko, sementara diagnosa positif disebut juga dengan diagnosa promosi Kesehatan (Wake & Coenen, 1998).

Diagram 9.1 : Diagnosis keperawatan (Nursalam, 2019).



## C. LANGKAH-LANGKAH MENEGAKKAN DIAGNOSA KEPERAWATAN

Setelah seorang perawat selesai melakukan pengkajian, maka proses keperawatan selanjutnya adalah menegakkan diagnosa keperawatan. Berdasarkan panduan dalam PPNI (2018) Proses penegakkan diagnosa keperawatan merupakan suatu proses yang sistematis yang terdiri dari tiga tahap, yaitu :

### 1. Analisa data

Dilakukan dengan tahapan sebagai berikut :

#### a. Membandingkan data dengan nilai normal

Data yang telah didapatkan dibandingkan dengan nilai normal dan identifikasi tanda/gejala yang bermakna (*significant cues*).

#### b. Kelompokkan data

Proses pengelompokkan data dapat dilakukan secara induktif atau deduktif. Secara induktif dilakukan dengan cara memilih data sehingga membentuk sebuah pola, sedangkan secara deduktif dengan menggunakan kategori pola kemudian mengelompokkan data sesuai dengan kategorinya.

### 2. Identifikasi masalah

Setelah data selesai dianalisis maka proses selanjutnya adalah mengidentifikasi masalah aktual, resiko, dan/atau promosi Kesehatan. Pernyataan masalah Kesehatan merujuk pada label diagnosa keperawatan (Doenges et al., 2016).

### 3. Perumusan diagnosa keperawatan

Penulisan diagnosa keperawatan disesuaikan dengan jenis diagnosa keperawatan. Komponen diagnosa keperawatan pada masing-masing jenis diagnosa dan metode penulisannya dapat dilihat pada table berikut :

**Tabel 9.1 : Jenis, komponen dan penulisan diagnosa keperawatan (PPNI, 2018)**

No	Jenis Diagnosa Keperawatan	Komponen dan penulisan diagnosa
1	Diagnosa Aktual	Masalah b.d penyebab d.d Tanda/gejala
2	Diagnosa Resiko	Masalah d.d Faktor resiko
3	Diagnosa Promosi Kesehatan	Masalah d.d Tanda/gejala

**Keterangan :** b.d : berhubungan dengan; d.d : dibuktikan dengan

## D. PRAKTEK MENEGAKKAN DIAGNOSA KEPERAWATAN AKTUAL

**Kasus :** Seorang laki-laki, 52 tahun dibawa ke IGD dengan keluhan sesak nafas. Hasil pengkajian didapatkan: pasien mengatakan batuk sejak 2 minggu yang lalu tidak berhenti, setiap kali batuk pasien sulit mengeluarkan dahak, hasil pemeriksaan didapatkan auskultasi tedengar suara nafas ronchi, pasien tampak gelisah dan sianosis, frekuensi nafas 24x/menit, frekuensi nadi 103x/menit, tekanan darah 110/85mmHg, suhu 36,9°C.

### Proses perumusan diagnosa keperawatan

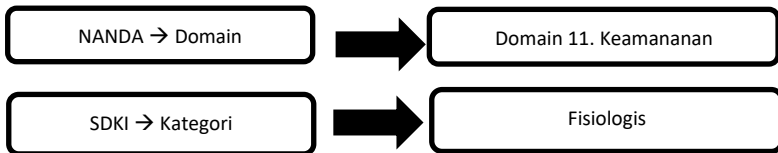
#### 1. Analisa Data

Data Subjektif	Data Objektif
<ul style="list-style-type: none"><li>• Dispnea</li><li>• Sulit mengeluarkan dahak</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Batuk tidak efektif</li><li>• Sputum berlebih</li><li>• Suara nafas ronchi</li></ul>

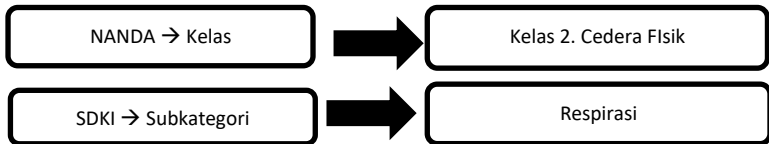
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gelisah</li> <li>• Sianosis</li> <li>• Frekuensi nafas berubah 24x/menit</li> <li>• Frekuensi nadi 103x/menit</li> </ul>
--	---

## 2. Identifikasi Masalah

### a. Masukkan domain/kategori



### b. Masukkan kelas/subkategori



### c. Lihat definisi

**D.0149 Bersihan jalan nafas tidak efektif (SDKI)** adalah ketidakmampuan membersihkan secret atau obstruksi jalan nafas untuk mempertahankan jalan nafas tetap paten

**00031 Ketidakefektifan bersihan jalan nafas (NANDA)** adalah ketidakmampuan membersihkan sekresi atau obstruksi dari saluran nafas untuk mempertahankan bersihan jalan nafas

### d. Lihat Batasan karakteristik/ gejala dan tanda mayor/minor

NANDA	SDKI
<b>Batasan Karakteristik :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tidak ada batuk</li> <li>• <i>Suara nafas tambahan</i></li> <li>• Perubahan pola nafas</li> </ul>	<b>Gejala dan tanda mayor</b> <b>Subjektif : -</b> <b>Objektif :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Batuk tidak efektif</i></li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Perubahan frekuensi nafas</i></li> <li>• <i>Sianosis</i></li> <li>• Kesulitan verbalisasi</li> <li>• <i>Penurunan bunyi nafas</i></li> <li>• <i>Dispnea</i></li> <li>• <i>Sputum dalam jumlah yang berlebihan</i></li> <li>• <i>Batuk yang tidak efektif</i></li> <li>• <i>Ortopnea</i></li> <li>• <i>Gelisah</i></li> <li>• Mata tertutup lebar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tidak mampu batuk</li> <li>• <i>Sputum berlebih</i></li> <li>• <i>Mengi, wheezing, dan atau ronki</i></li> <li>• Meconium di jalan nafas (pada neonates)</li> </ul> <p><b>Gejala dan tanda mayor</b></p> <p><b>Subjektif :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Dispnea</i></li> <li>• Sulit bicara</li> <li>• <i>Ortopnea</i></li> </ul> <p><b>Objektif :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Gelisah</i></li> <li>• <i>Sianosis</i></li> <li>• Bunyi nafas menurun</li> <li>• <i>Frekuensi nafas berubah</i></li> <li>• Pola nafas berubah</li> </ul>
---	---

Keterangan : Kata yang dicetak miring adalah data yang terdapat dalam kasus

### 3. Perumusan Diagnosa Keperawatan

Syarat diagnosa keperawatan aktual ditegakkan apabila mempunyai unsur PES. Dan *Symptom (S)* harus memenuhi 80-100% pada data dalam batasan karekeristik atau gejala dan tanda mayor/minor (Nursalam, 2019). Dari kasus diatas dapat dilihat bahwa diagnosa keperawatan yang tepat adalah Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan spasme jalan nafas dibuktikan dengan batuk tidak efektif, sputum berlebih, ronchi, dispnea, gelisah, dan sianosis.

## E. PRAKTEK MENEGAKKAN DIAGNOSA KEPERAWATAN RESIKO

**Kasus :** Seorang laki-laki, 76 tahun dirawat diruangan intensif dengan CKD, pasien telah 10 hari dirawat dirumah sakit tersebut. Hasil pengkajian didapatkan pasien tidak sadarkan diri, edema tungkai kanan dan kiri (++), pasien terpasang NGT, TD 140/90 mmHg, frekuensi nadi 78x/menit, frekuensi nafas 20x/menit, suhu 37,8°C.

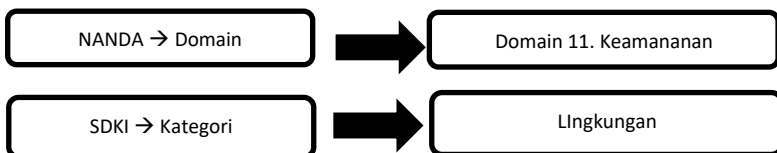
### Proses perumusan diagnosa keperawatan

#### 1. Analisa Data

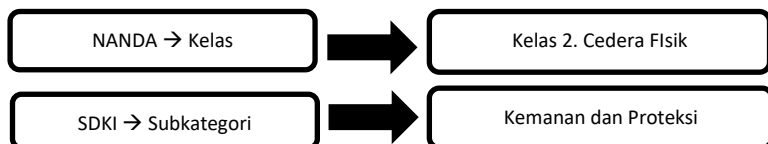
Data Subjektif	Data Objektif
-	<ul style="list-style-type: none"><li>• Penurunan kesadaran</li><li>• Edema tungkai kanan dan kiri (++)</li><li>• Pasien terpasang NGT</li><li>• Tekanan darah 140/90mmHg</li><li>• Frekuensi nadi 78x/menit</li><li>• Frekuensi nafas 20x/menit</li><li>• Suhu 37,8°C</li></ul>

#### 2. Identifikasi Masalah

##### a. Masukkan domain/kategori



##### b. Masukkan kelas/subkategori





c. Lihat definisi

**D.0139 Resiko gangguan integritas kulit (SDKI)** adalah beresiko mengalami kerusakan kulit (dermis dan/atau epidermis)

**00047 Resiko kerusakan integritas kulit (NANDA)** adalah rentan mengalami kerusakan epidermis dan/atau dermis yang dapat mengganggu kesehatan

d. Lihat Faktor Resiko

NANDA	SDKI
<p><b>Eksternal :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Agen cedera kimiawi</li> <li>• Ekskresi</li> <li>• Kelembapan</li> <li>• <i>Hipertermia</i></li> <li>• Hipotermia</li> <li>• Lembab</li> <li>• <i>Tekanan pada tonjolan tulang</i></li> <li>• Sekresi</li> </ul> <p><b>Internal :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Gangguan volume cairan</i></li> <li>• <i>Nutrisi tidak adekuat</i></li> <li>• Faktor psikogenik</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Perubahan sirkulasi</li> <li>• <i>Perubahan status nutrisi (kelebihan atau kekurangan)</i></li> <li>• <i>Kekurangan/kelebihan cairan</i></li> <li>• <i>Penurunan mobilitas</i></li> <li>• Bahan kimia iritatif</li> <li>• Suhu lingkungan yang ekstrem</li> <li>• Faktor mekanis atau faktor listrik</li> <li>• Terapi radiasi</li> <li>• Kelembapan</li> <li>• <i>Proses penuaan</i></li> <li>• Neuropati perifer</li> <li>• <i>Perubahan pigmentasi</i></li> <li>• Perubahan hormonal</li> <li>• <i>Penekanan pada tonjolan tulang</i></li> <li>• Kurang terpapar informasi tentang upaya mempertahankan/melindungi integritas kulit</li> </ul>

Keterangan : Kata yang dicetak miring adalah data yang terdapat dalam kasus

### 3. Perumusan Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan resiko ditegakkan dengan syarat harus mempunyai unsur problem dan etiologi (PE). Diagnosa keperawatan resiko menggambarkan respon klien terhadap kondisi Kesehatan yang dapat menyebabkan klien beresiko mengalami masalah Kesehatan, pada kondisi klien tidak ditemukan tanda/gejala mayor dan minor tetapi klien memiliki faktor resiko (Carpenito, 2012) . Dari kasus diatas maka perumusan diagnosa yang tepat adalah resiko gangguan integritas kulit dibuktikan dengan penurunan kesadaran.

## F. PRAKTEK MENEGAKKAN DIAGNOSA KEPERAWATAN PROMOSI KESEHATAN

**Kasus :** Ny.S dengan G1POA0 berusia 28 tahun datang ke pos pelayanan terpadu pada usia kehamilan 19-20 minggu untuk memeriksakan kehamilannya. Dari hasil pengkajian didapatkan KU baik, TD 110/80mmHg, TB 158cm, BB sebelum kehamilan 60kg, dan saat ini 67kg, LILA 32cm. pada pemeriksaan palpasi teraba tinggi fundus uteri 3 jari dibawah pusat dan teraba ballottement, DJJ 136 x/menit. Ny.S mengatakan tidak ada keluhan berarti hanya saja kadang merasakan nyeri pada punggungnya. Ny.S mengatakan ingin mengetahui apa saja tanda dan bahaya pada kehamilan, dan apakah nyeri yang ia rasakan normal, Ny.S juga menanyakan bagaimana cara mengurangi rasa nyeri tersebut.

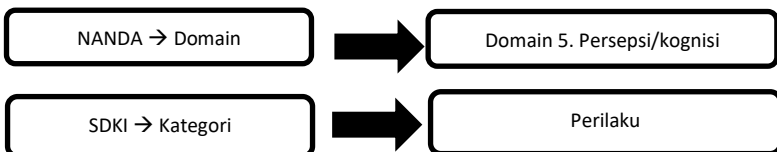
## Proses perumusan diagnosa keperawatan

### 1. Analisa Data

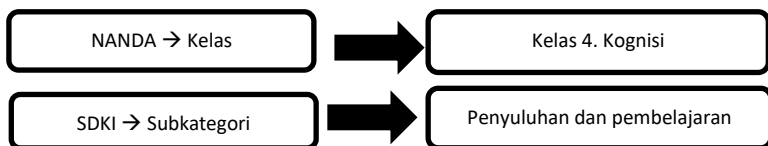
Data Subjektif	Data Objektif
<ul style="list-style-type: none"><li>Mengatakan tidak ada keluhan</li><li>Ingin mengetahui tanda dan bahaya kehamilan</li><li>Ingin mengetahui cara mengurangi nyeri pada ibu hamil</li></ul>	Hasil pemeriksaan normal <ul style="list-style-type: none"><li>KU baik</li><li>TD 110/80mmHg</li><li>TB 158cm</li><li>BB sebelum kehamilan 60kg, dan saat ini 67kg</li><li>LILA 32cm</li><li>Palpasi teraba tinggi fundus uteri 3 jari dibawah pusat dan teraba ballotement</li><li>DJJ 136 x/menit</li></ul>

### 2. Identifikasi Masalah

#### a. Masukkan domain/kategori



#### b. Masukkan kelas/subkategori



#### c. Lihat definisi

**D.0113 Kesiapan peningkatan pengetahuan (SDKI)** adalah adalah perkembangan informasi kognitif yang berhubungan

dengan topik spesifik cukup untuk memenuhi tujuan kesehatan dan dapat ditingkatkan.

**000161 Kesiapan meningkatkan pengetahuan (NANDA)** adalah suatu pola informasi kognitif yang berhubungan dengan topik spesifik atau penguasaanya yang dapat diperkuat.

d. Lihat Batasan karakteristik/ gejala dan tanda mayor/minor

NANDA	SDKI
<p><b>Batasan Karakteristik :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mengungkapkan minat untuk meningkatkan pembelajaran</li> </ul>	<p><b>Gejala dan tanda mayor</b></p> <p><b>Subjektif :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mengungkapkan minat dalam belajar</li> <li>• Menjelaskan Zpengetahuan tentang suatu topik</li> <li>• Menggambarkan pengalaman sebelumnya yang sesuai dengan topik</li> </ul> <p><b>Objektif :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Perilaku sesuai dengan pengetahuan</li> </ul>

### 3. Perumusan Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan promosi Kesehatan didefinisikan sebagai gambaran adanya keinginan dan motivasi klien untuk meningkatkan kondisi kesehatannya ketingkat yang lebih baik bahkan pada tingkat optimal. Ada dua unsur yang harus terdapat dalam diagnosa promosi Kesehatan yaitu sesuatu yang menyenangkan pada tingkat kesejahteraan yang lebih tinggi dan adanya status dan fungsi yang efektif (Potter & Perry, 2015). Diagnosa keperawatan yang tepat pada kasus diatas adalah

kesiapan meningkatkan pengetahuan dibuktikan dengan klien mengungkapkan minat untuk meningkatkan pembelajaran.

## BAGIAN 10

### PRAKTEK MENYUSUN RENCANA ASUHAN KEPERAWATAN

#### A. INTRODUKSI

Perencanaan adalah fase proses keperawatan yang disengaja dan sistematis yang melibatkan pengambilan keputusan dan pemecahan masalah. Dalam perencanaan, perawat mengacu pada data pengkajian klien dan pernyataan diagnostic sebagai arahan dalam merumuskan tujuan klien dan merancang intervensi keperawatan yang diperlukan untuk mencegah, mengurangi, atau menghilangkan masalah kesehatan klien. Intervensi keperawatan adalah “perawatan apa pun, berdasarkan penilaian dan pengetahuan klinis, yang dilakukan perawat untuk meningkatkan hasil pasien/klien” (Bulechek, Butcher, Dochterman, & Wagner, 2013, hal. xv). Produk akhir dari tahap perencanaan adalah rencana asuhan keperawatan pada klien.

Walaupun perencanaan pada dasarnya merupakan tanggung jawab perawat, masukan dari klien dan orang-orang terdekat klien sangat penting jika sebuah rencana ingin efektif. Perawat tidak membuat rencana untuk klien, namun mendorong klien untuk berpartisipasi aktif semaksimal mungkin. Di lingkungan rumah, orang-orang terdekat dan pengasuh klien adalah orang-orang yang melaksanakan rencana perawatan; Oleh karena itu, efektivitasnya sangat bergantung kepada mereka

## **B. JENIS PERENCANAAN**

Perencanaan dimulai sejak kontak pertama dengan klien dan berlanjut hingga hubungan perawat-klien berakhir, biasanya ketika klien keluar dari lembaga pelayanan kesehatan. Semua perencanaan bersifat multidisiplin (melibatkan semua penyedia layanan kesehatan yang berinteraksi dengan klien) dan melibatkan klien dan keluarga semaksimal mungkin dalam setiap langkah.

### **1. Perencanaan Awal**

Perawat yang melakukan pengkajian awal biasanya mengembangkan rencana perawatan komprehensif. Perawat melakukan penilaian terhadap bahasa tubuh klien dan juga dapat mengumpulkan beberapa jenis informasi intuitif yang tidak tersedia dari database tertulis. Perencanaan harus dimulai sesegera mungkin setelah penilaian awal.

### **2. Perencanaan yang Berkelanjutan**

Semua perawat yang bekerja dengan klien melakukan perencanaan berkelanjutan. Ketika perawat memperoleh informasi baru dan mengevaluasi respons klien terhadap perawatan, mereka dapat lebih mengindividualisasikan rencana perawatan awal. Perencanaan yang berkelanjutan juga terjadi pada awal shift ketika perawat merencanakan perawatan yang akan diberikan pada hari itu. Dengan menggunakan data pengkajian berkelanjutan, perawat melakukan perencanaan harian untuk tujuan berikut:

- a. Untuk mengetahui apakah status kesehatan klien mengalami perubahan
- b. Menetapkan prioritas perawatan klien selama shift
- c. Memutuskan masalah mana yang menjadi fokus selama shift
- d. Mengkoordinasikan aktivitas perawat sehingga lebih dari satu masalah dapat diatasi pada setiap kontak klien.

### **3. Perencanaan Pemulangan**

Perencanaan pulang, proses mengantisipasi dan merencanakan kebutuhan setelah pulang, merupakan bagian penting dari rencana layanan kesehatan yang komprehensif dan harus dibahas dalam rencana perawatan setiap klien. Perencanaan Pulang dari Rumah Sakit merupakan proses antisipasi dan perencanaan kebutuhan setelah pasien pulang, merupakan bagian penting dari rencana perawatan kesehatan yang komprehensif dan harus dibahas dalam rencana perawatan setiap klien. Karena rata-rata masa tinggal klien di rumah sakit perawatan akut menjadi lebih singkat, terkadang orang yang dipulangkan masih membutuhkan perawatan. Meskipun banyak klien yang dipulangkan ke lembaga lain (misalnya, fasilitas perawatan jangka panjang), perawatan tersebut semakin banyak diberikan di rumah. Perencanaan pemulangan yang efektif dimulai pada kontak pertama dengan klien dan melibatkan penilaian yang komprehensif dan berkelanjutan untuk memperoleh informasi tentang kebutuhan klien yang berkelanjutan.



### C. MENGEMBANGKAN RENCANA ASUHAN KEPERAWATAN

Produk akhir dari tahap perencanaan proses keperawatan adalah rencana asuhan formal atau informal. Rencana asuhan keperawatan **informal** merupakan strategi tindakan yang ada dalam pikiran perawat. Misalnya, perawat mungkin berpikir, “Ny. Lili sangat lelah. Saya perlu memperkuat pengajarannya setelah dia beristirahat.” Rencana asuhan keperawatan **formal** adalah panduan tertulis atau terkomputerisasi yang mengatur informasi tentang perawatan klien. Manfaat paling jelas dari rencana perawatan tertulis formal adalah menyediakan kesinambungan perawatan.

Rencana perawatan terstandar adalah rencana formal yang merinci asuhan keperawatan untuk kelompok klien dengan kebutuhan yang sama (misalnya, semua klien dengan infark miokard). Rencana perawatan individual dirancang untuk memenuhi kebutuhan unik klien tertentu—kebutuhan yang tidak ditangani oleh rencana standar. Penting bagi semua pemberi asuhan untuk berupaya mencapai hasil yang sama dan, jika tersedia, menggunakan pendekatan yang terbukti efektif pada klien tertentu. Perawat juga menggunakan rencana perawatan formal sebagai arahan tentang apa yang perlu didokumentasikan dalam catatan kemajuan klien dan sebagai panduan untuk mendelegasikan dan menugaskan staf untuk merawat klien. Ketika perawat menggunakan diagnosis keperawatan klien untuk mengembangkan tujuan dan intervensi keperawatan, hasilnya adalah rencana perawatan individual yang holistik yang akan memenuhi kebutuhan unik klien.

Rencana perawatan mencakup tindakan yang harus diambil perawat untuk mengatasi diagnosis keperawatan klien dan menghasilkan hasil yang diinginkan. Perawat memulai rencana ketika klien diterima di lembaga dan memperbaruinya selama klien dirawat sebagai respons terhadap perubahan kondisi klien dan evaluasi pencapaian tujuan. Selama fase perencanaan, perawat harus (a) memutuskan masalah klien mana yang memerlukan rencana individual dan masalah mana yang dapat diatasi dengan rencana standar dan perawatan rutin, dan (b) menuliskan hasil yang diinginkan secara individual dan intervensi keperawatan untuk masalah klien yang memerlukan keperawatan. perhatian di luar perawatan rutin yang direncanakan sebelumnya.

Rencana lengkap perawatan klien terdiri dari beberapa dokumen berbeda. Beberapa dokumen menjelaskan perawatan rutin yang diperlukan untuk memenuhi kebutuhan dasar (misalnya mandi, nutrisi), dan dokumen lainnya membahas diagnosis keperawatan dan masalah kolaboratif klien. Mungkin juga terdapat dokumen yang merinci tanggung jawab perawat dalam melaksanakan rencana perawatan medis (misalnya, menjaga klien dari makan atau minum sebelum operasi; menjadwalkan tes laboratorium). Rencana perawatan yang lengkap mengintegrasikan fungsi keperawatan yang bergantung dan mandiri menjadi satu kesatuan yang bermakna dan menyediakan sumber informasi utama bagi klien.

### **Pendekatan Standar untuk Perencanaan Perawatan**

Sebagian besar lembaga layanan kesehatan telah menyusun berbagai rencana standar untuk memberikan asuhan keperawatan esensial

kepada kelompok klien tertentu yang memiliki kebutuhan tertentu yang sama (misalnya, semua klien dengan pneumonia). Standar pelayanan, rencana pelayanan standar, protokol, kebijakan, dan prosedur dikembangkan dan diterima oleh staf keperawatan untuk (a) memastikan bahwa kriteria minimal yang dapat diterima terpenuhi dan (b) meningkatkan efisiensi penggunaan waktu perawat dengan menghilangkan kebutuhan akan perawat. Untuk menulis aktivitas umum yang dilakukan berulang kali untuk banyak klien di unit keperawatan.

Standar pelayanan menggambarkan tindakan keperawatan untuk klien dengan kondisi medis serupa daripada individu, dan menggambarkan pelayanan keperawatan yang dapat dicapai dibandingkan pelayanan keperawatan ideal. Mereka mendefinisikan intervensi/tindakan yang menjadi tanggung jawab perawat; mereka tidak mengandung intervensi medis. Standar pelayanan biasanya merupakan catatan lembaga dan bukan bagian dari rencana perawatan klien, namun standar tersebut dapat dirujuk dalam rencana tersebut (misalnya, perawat mungkin menulis “Lihat standar unit perawatan untuk kateterisasi jantung”). Standar pelayanan mungkin diatur atau tidak berdasarkan masalah atau diagnosis keperawatan. Mereka ditulis dari perspektif tanggung jawab perawat.

Rencana perawatan standar (SOP) adalah panduan yang telah dikembangkan sebelumnya untuk asuhan keperawatan pada klien yang mempunyai kebutuhan yang sering muncul di lembaga

(misalnya, diagnosis keperawatan spesifik atau semua diagnosis keperawatan yang terkait dengan kondisi medis tertentu). Mereka ditulis dari sudut pandang perawatan apa yang dapat diharapkan oleh klien. Standar ini tidak boleh disamakan dengan standar perawatan. Meskipun keduanya memiliki beberapa kesamaan, mereka memiliki perbedaan penting.

Rencana perawatan standar:

1. Disimpan dalam rencana perawatan individual klien di unit keperawatan. Ketika klien dipulangkan, mereka menjadi bagian dari rekam medis permanen.
2. Memberikan intervensi rinci dan memuat penambahan atau penghapusan standar layanan lembaga.
3. Biasanya ditulis dalam format proses keperawatan:  
Masalah → Tujuan/Hasil yang Diinginkan → Intervensi Keperawatan → Evaluasi
4. Menyertakan daftar periksa, baris kosong, atau ruang kosong untuk memungkinkan perawat menentukan tujuan dan intervensi keperawatan secara individual.

#### **D. PROSES PERENCANAAN KEPERAWATAN**

Dalam proses mengembangkan rencana perawatan klien, perawat terlibat dalam aktivitas yaitu menetapkan prioritas masalah, menetapkan tujuan/hasil, memilih intervensi dan aktivitas keperawatan.

## 1. Menetapkan Prioritas Masalah

Penetapan prioritas masalah adalah proses menetapkan urutan preferensi untuk menangani diagnosis dan intervensi keperawatan. Perawat dan klien memulai perencanaan dengan memutuskan diagnosis keperawatan mana yang memerlukan perhatian terlebih dahulu, yang kedua, dan seterusnya. Perawat dapat mengelompokkannya berdasarkan prioritas tinggi, sedang, atau rendah. Masalah yang mengancam jiwa, seperti gangguan fungsi pernapasan atau jantung, ditetapkan sebagai prioritas utama. Masalah-masalah yang mengancam kesehatan, seperti penyakit akut dan penurunan kemampuan mengatasi masalah, ditempatkan pada prioritas menengah karena hal-hal tersebut dapat mengakibatkan keterlambatan perkembangan atau menyebabkan perubahan fisik atau emosional yang merusak. Masalah dengan prioritas rendah adalah masalah yang timbul dari kebutuhan perkembangan normal atau hanya memerlukan sedikit dukungan keperawatan.

Perawat sering menggunakan hierarki kebutuhan Maslow ketika menetapkan prioritas. Dalam hierarki Maslow, kebutuhan fisiologis seperti udara, makanan, dan air merupakan kebutuhan dasar untuk hidup dan mendapat prioritas lebih tinggi daripada kebutuhan akan keamanan atau aktivitas. Kebutuhan pertumbuhan, seperti harga diri, tidak dianggap sebagai kebutuhan “dasar” dalam kerangka ini. Dengan demikian, diagnosis keperawatan seperti Ketidakefektifan Airway Clearance

dan Gangguan Pertukaran Gas akan diprioritaskan dibandingkan diagnosis keperawatan seperti Kecemasan atau Koping

Prioritas berubah seiring dengan perubahan respons, masalah, dan terapi klien. Perawat harus mempertimbangkan berbagai faktor ketika menetapkan prioritas:

- a. Nilai dan keyakinan kesehatan klien.
- b. Prioritas klien.
- c. Sumber daya yang tersedia bagi perawat dan klien.
- d. Urgensi permasalahan kesehatan.
- e. Rencana perawatan medis

## **2. Menetapkan Tujuan Klien/Hasil yang Diharapkan**

Setelah menetapkan prioritas, perawat dan klien menetapkan tujuan untuk setiap diagnosis keperawatan. Pada rencana perawatan, tujuan/hasil yang diinginkan diidentifikasi dengan jelas, dalam bentuk respons klien yang dapat diamati, apa yang ingin dicapai perawat dengan menerapkan intervensi keperawatan. Beberapa referensi juga menggunakan istilah hasil yang diharapkan, hasil yang diprediksi, kriteria hasil, dan tujuan.

Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam merumuskan tujuan keperawatan adalah:

- a. Masing-masing diagnosis keperawatan mempunyai tujuan sendiri
- b. Tujuan berorientasi pada masalah dari diagnosis keperawatan yang telah dirumuskan

- c. Tujuan merupakan hasil akhir yang ingin dicapai dari masalah yang telah ditemukan
- d. Tujuan harus objektif atau merupakan tujuan operasional langsung dari kedua belah pihak (pasien dan perawat)
- e. Mencakup kriteria keberhasilan sebagai dasar evaluasi

Tujuan dan Kriteria Hasil (Outcomes) dapat diukur saat mengkaji pasien, saat akan dilakukan intervensi, saat dilakukan intervensi, saat setelah dilakukan intervensi dan saat “jatuh tempo”.

### **Tujuan Keperawatan**

Tujuan yang dicapai dinyatakan dalam prinsip SMART

S = Spesifik (Tujuan harus spesifik dan tidak menimbulkan arti ganda)

M= Measurable (Tujuan keperawatan harus dapat diukur, khususnya tentang perilaku pasien: dapat dilihat, didengar, diraba, dirasakan, dan dibau)

A= Achievable (Tujuan secara realistis dapat dicapai)

R = Reasonable (Tujuan harus dapat dipertanggung jawabkan secara ilmiah)

T = Time (punya batasan waktu yang sesuai dengan kondisi pasien)

Contoh: Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1 x 24 jam, masalah gangguan rasa nyaman: nyeri dapat teratasi.

### **Kriteria Hasil**

Kriteria menunjukkan standar yang digunakan untuk mengevaluasi kinerja atau tingkat di mana klien akan melakukan

perilaku tertentu. Kriteria ini dapat menentukan waktu atau kecepatan, keakuratan, jarak, dan kualitas.

Karakteristik kriteria hasil yang perlu mendapatkan perhatian adalah: 1) Berhubungan dengan tujuan perawatan yang telah ditetapkan; 2) Dapat dicapai; 3) Spesifik, nyata dan dapat diukur; 4) Menuliskan kata positif; 5) Menentukan waktu; 6) Menggunakan kata kerja; 7) Hindari hanya menggunakan kata-kata 'normal, baik', tetapi dituliskan juga hasil batas ukuran yang ditetapkan atau sesuai.

Contoh: Tanda-tanda vital: TD: 120/70 mmHg, Nadi: 80 x/menit, pernafasan: 20 x/menit dan Suhu: 36.5°C.

### **3. Memilih Intervensi dan Aktivitas Keperawatan (*nursing order*)**

Intervensi yang dipilih harus berdasarkan data dan diagnosis untuk mencapai tujuan yang telah kita susun sebelumnya. Diagnosis keperawatan yang sesuai akan membuat kita memahami tujuan (*outcomes*) yang sesuai dan intervensi yang tepat untuk masalah keperawatan pasien.

#### **a. Rentang intervensi keperawatan**

- 1) *Direct care intervention*: Intervensi yang dilaksanakan dengan berinteraksi langsung dengan pasien; '*Laying on of hands*'
- 2) *Indirect care intervention*; Intervensi yang dilaksanakan tanpa berinteraksi langsung dengan pasien namun dilaksanakan demi pasien



- 3) *Nurse-initiated intervention*: Intervensi yang diinisiasi oleh perawat untuk mengatasi diagnosis keperawatan
- 4) *Healthprovider-initiated intervention*: Intervensi yang diinisiasi oleh tenaga kesehatan lain, namun diberikan oleh perawat

## **b. Tipe intervensi keperawatan (ONEC)**

### 1) Observation

Rencana tindakan untuk mengkaji atau melakukan observasi terhadap kemajuan pasien dengan pemantauan secara langsung yang dilakukan kontinu.

### 2) Nursing treatment

Rencana tindakan berupa intervensi mandiri perawat yang bersumber dari ilmu, kiat dan seni keperawatan.

### 3) Education/ Health education/ Pendidikan kesehatan

Rencana tindakan keperawatan berbentuk pendidikan kesehatan yang bertujuan untuk meningkatkan perawatan diri pasien dengan penekanan pada partisipasi pasien untuk bertanggungjawab terhadap perawatan diri.

### 4) Collaboration/ Kolaborasi/ Medical treatment

Rencana tindakan berbentuk tindakan medis yang dilimpahkan kepada perawat. Masalah yang berhubungan dengan perubahan fungsi tubuh sering kali memerlukan rencana kolaboratif.

Perumusan intervensi keperawatan mengacu pada Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)

Contoh dokumentasi dalam perencanaan keperawatan:

Tabel 10.1. Perencanaan Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Rencana Tindakan
1	Perfusi perifer tidak efektif b.d penurunan konsentrasi hemoglobin (SDKI: D.0009)	<p><b>Tujuan :</b> Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam perfusi jaringan adekuat.</p> <p><b>Kriteria Hasil :</b> Tanda-tanda vital dalam batas normal:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- TD : 110-130 / 70-90</li> <li>- mmHg, Nadi 60-100 x/mnt</li> <li>- Pernafasan : 16-20 x/menit</li> <li>- Suhu: 36.5-37.5°C</li> </ul> <p>- Hasil lab normal:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hb : 13.2-17.3 g/dL</li> <li>- Ht : 33-45 %</li> <li>- Trom : 150-440 ribu/ul</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Konjungtiva tidak anemis</li> <li>- Warna kulit tidak pucat</li> <li>- Akral hangat</li> </ul>	<p><b>Mandiri</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor tanda-tanda vital (jam 09.00, jam 14.30, jam 21.30)</li> <li>2. Lakukan pemeriksaan fisik Konjungtiva, akral, warna kulit (jam 08.17, jam 11.00, jam 11.40)</li> </ol> <p><b>Kolaborasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor hasil laboratorium hematologi seperti hemoglobin dan hematokrit (jam 14.00)</li> </ol>

## BAGIAN 11

### PRAKTEK MENERAPKAN LANGKAH-LANGKAH METODE ILMIAH DALAM PENYELESAIAN MASALAH

#### A. KONSEP METODE ILMIAH

Metode ilmiah adalah suatu cara yang digunakan oleh peneliti dalam sebuah penelitian untuk menjawab pertanyaan-pertanyaan terkait persoalan dan keingitahuannya. Metode ilmiah dapat diartikan sebagai prosedur yang mencakup berbagai tindakan pikiran, tata langkah, pola kerja dan cara teknis dalam memperoleh pengetahuan yang baru dan mengembangkan pengetahuan yang ada (Supatmo & Ahmadi, 2011).

Metode ilmiah (*scientific method*) adalah suatu cara untuk mencari ilmu pengetahuan dengan mengikuti suatu struktur logis ilmiah, dimulai dari perumusan masalah, pengumpulan data yang relevan, dilanjutkan dengan analisis data dan interpretasi temuan, serta penarikan kesimpulan temuan (Irawan & Triwidiastuti, 2020).

#### B. KARAKTERISTIK PENELITIAN ILMIAH

Menurut Swantara (2015) beberapa karakteristik harus ada dalam sebuah penelitian ilmiah diantaranya, yaitu:

### **1. Sistematis**

Suatu penelitian harus disusun secara berurutan sesuai dengan kaidah dan pola yang benar, dimulai dari yang sederhana sampai kompleks.

### **2. Logis**

Suatu penelitian disusun harus dapat diterima oleh akal berdasarkan fakta empiric. Setiap kebenarannya harus sesuai dengan prosedur atau kaidah yang berlaku yang dapat diterima oleh akal yaitu logika. Prosedur penalaran yang digunakan bisa secara induktif yakni cara berpikir dalam menarik kesimpulan dari berbagai kasus individual (khusus) maupun prosedur deduktif yaitu cara berpikir dalam menarik kesimpulan yang bersifat khusus dari pernyataan yang bersifat umum.

### **3. Empirik**

Suatu penelitian dibuat berdasarkan pengalaman sehari-hari (fakta aposteriori, yakni fakta didapatkan melalui kesan panca indera) yang ditemukan melalui hasil percobaan yang kemudian diangkat menjadi sebuah penelitian. Adapun landasan penelitian empiric terdiri dari tiga yaitu:

- a. Hal-hal empirik selalu memiliki kesamaan dan perbedaannya
- b. Hal-hal empiric selalu berubah-ubah sesuai dengan waktu
- c. Hal-hal empiric tidak dapat terjadi secara kebetulan melainkan terdapat alasan penyebabnya (adanya hubungan sebab akibat).

#### d. Replikatif

Suatu penelitian yang pernah dilakukan harus diuji kembali oleh peneliti lainnya dan harus memberikan hasil yang sama bila dilakukan dengan metode, kriteria dan kondisi yang sama. Agar penelitian bersifat relikatif, maka penyusunan definisi operasional variable menjadi langkah penting bagi seorang peneliti.

### C. KARAKTERISTIK METODE ILMIAH

Karakteristik metode ilmiah menurut Swantara (2015), yaitu:

#### 1. Berdasarkan fakta

Membangun ilmu itu memerlukan fakta-fakta yang nyata, baik yang telah tersedia maupun yang harus dikumpulkan terlebih dahulu melalui sebuah penelitian berupa data empiris yang terjangkau oleh pengalaman panca indera. Jadi bukan hanya berupa hal-hal yang hanya ada dalam pikiran, bayangan atau perkataan orang saja melainkan melalui pengamatan, terukur dan dapat dianalisis lebih lanjut.

#### 2. Pertimbangan objektif

Segala sesuatu yang dilakukan, digunakan, dan diamati berlangsung secara obyektif, sehingga hal yang sama dapat dilakukan atau diulang oleh peneliti lainnya yang berminat dengan metode dan teknik yang sama. Ini berarti bersifat intersubjektif atau impersonal, yaitu tidak terbatas semata-mata kepada satu orang saja, melainkan juga oleh dapat dilakukan oleh

orang lain yang memiliki pengetahuan yang sama. Dengan demikian sebuah penelitian tersebut terbebas dari prasangka atau pertimbangan secara subyektif.

### **3. Asas Analitik**

Segala sesuatu harus dilihat secara kritis-analitik dari segi karakteristik, posisi dan kaitan fungsional dengan yang lain, sehingga jelas makna, fungsi, dan perannya. Hal itu penting dilakukan untuk mengetahui faktor-faktor yang terlibat dalam suatu masalah, sifat pengaruh masing-masing faktor atau gabungan faktor, juga sifat hubungan yang berlangsung antara satu faktor dengan faktor lainnya, dan dengan masalah yang bersangkutan. Asas analitik ini memiliki makna bahwa strategis dalam rangka membangun sebuah teori harus mampu menjelaskan suatu masalah dan mengantisipasi akan terjadi secara positif menguntungkan, atau untuk mencegah dampak negatifnya.

### **4. Sifat Kuantitatif**

Dalam penelitian modern analitis kuantitatif merupakan metode ilmiah yang mempunyai dukungan terhadap pencapaian validitas yang tinggi reliabilitasnya. Dalam kata lain yakni mempunyai peluang kebenaran ilmiah yang tinggi. Oleh karena itu diupayakan untuk memperoleh data empiris yang langsung bersifat kuantitatif seperti satuan ukuran luas (ha, km<sup>2</sup>, m<sup>2</sup>), satuan ukuran panjang (km, m), satuan ukuran berat (ton, kg), satuan ukuran volume (m<sup>3</sup>, liter, mL), satuan ukuran waktu

(tahun, bulan, minggu, hari, jam), dan sebagainya. Disamping itu terdapat sifat kualitatif yang dikuantisasikan dengan memberi bobot (rating), peringkat (ranking) atau skor (scoring).

### **5. Logika deduktif-hipotetik**

Dalam hal ini menggunakan penalaran deduktif, yaitu bertitik tolak dari evidensi-evidensi yang sudah memiliki kebenaran yang pasti seperti hasil penelitian para pakar terdahulu. Dalam silogisme evidensi tersebut dinamakan premis, semakin banyak maka semakin baik dalam pengambilan kesimpulan khusus dari premis yang bersifat umum. Proses demikian disebut juga sebagai logika deduktif dan kesimpulan khusus tersebut dinamakan hipotesis yang kebenarannya sudah diarahkan oleh kebenaran-kebenaran premis-premisnya, sehingga tidak menghasilkan sesuatu yang baru sifatnya. Dapat pula dikatakan bahwa hipotesis adalah suatu abstraksi atau hasil pemikiran rasional yang bersumber dari premis-premis. Adapun kebenarannya itu bersifat sementara, yaitu secara koheren logis, artinya terdapat konsistensi antara hipotesis dengan premis-premisnya. Pengembangan hipotesis tersebut mempunyai arti strategisnya untuk pengembangan teori baru, yang kebenaran ilmiahnya perlu diuji lebih lanjut melalui penelitian.

### **6. Logika induktif- generalisasi**

Hipotesis yang disebutkan di atas yakni hasil pemikiran rasional, maka kebenarannya masih bersifat sementara. Oleh karena itu harus didukung oleh kesesuaian data empiris dengan hasil

penelitian. Adapun kesesuaian dukungan data empiris dengan pemikiran rasional hipotesis disebut asas korespondensi. Sedangkan kesimpulan yang bersifat generalisasi dari data empiris disebut logika induktif yang memiliki peluang kebenarannya yang bersifat probabilistik. Perbandingannya dengan logika deduktif, dimana menghasilkan kesimpulan yang dipandang mempunyai kepastian kebenaran (secara rasional). Logika induktif ini penting adanya dalam menguji suatu hipotesis. Bila sebuah penelitian didukung oleh data empiris bermakna dapat diterima kebenaran ilmiahnya, namun jika tidak didukung berarti difalsifikasi atau ditolak kebenaran ilmiahnya.

#### **D. LANGKAH - LANGKAH METODE ILMIAH**

Langkah-langkan metode ilmiah dalam pemecahan masalah dalam sebuah penelitian menurut Nurmalasari (2018), yaitu:

##### **1. Merumuskan masalah**

Mengidentifikasi masalah dalam sebuah penelitian adalah mencari masalah yang paling menarik dan relevan untuk diteliti. Masalah dapat dicari melalui “panca indera” seperti mengamati, mendengar, melihat, merasakan dan mencium semua objek yang ingin diteliti. Masalah yang ingin diangkat ke dalam sebuah penelitian harus memiliki kesenjangan (gap) antara apa yang seharusnya dengan apa yang ada dalam kenyataan atau antara harapan dan kenyataan.



Masalah yang ingin diangkat dalam sebuah penelitian yakni masalah yang berkaitan dengan suatu kondisi yang mengancam, mengganggu, menghambat, menyulitkan yang menunjukkan antara harapan dan kenyataan. Masalah dapat diperoleh dari berbagai sumber manapun seperti laporan penelitian, seminar, diskusi, pertemuan ilmiah, pernyataan pemegang otoritas, pengamatan sepintas, pengalaman pribadi, maupun perasaan intuitif.

## **2. Merumuskan hipotesis**

Hipotesis adalah dugaan terhadap suatu permasalahan. Penyusunan hipotesis dapat berdasarkan hasil penelitian sebelumnya yang pernah dilakukan oleh orang lain. Hipotesis merupakan jawaban sementara dari rumusan masalah yang masih memerlukan pembuktian berdasarkan data yang telah dianalisis. Dalam metode ilmiah, perumusan hipotesis sangatlah penting. Rumusan hipotesis yang jelas dapat membantu mengarahkan kepada proses selanjutnya. Melalui rumusan hipotesis yang baik, memudahkan seorang peneliti untuk mengumpulkan data yang benar-benar dibutuhkannya. Hal tersebut dikarenakan proses berpikir ilmiah tersebut dilaksanakan untuk menguji hipotesis yang telah dirumuskan saja.

## **3. Menetapkan variabel penelitian**

Sebuah variabel dalam penelitian ilmiah merupakan sebuah fenomena yang akan atau tidak akan terjadi sebagai akibat adanya fenomena lain. Variabel penelitian sangat perlu ditentukan

terlebih dahulu agar masalah yang ingin diangkat dalam sebuah penelitian ilmiah menjadi jelas dan terukur. Setelah variabel penelitian ditentukan, maka seorang peneliti perlu menjabarkan definisi operasional variabel tersebut sesuai dengan tujuan penelitian. Definisi operasional variabel adalah definisi khusus yang dirumuskan sendiri oleh peneliti. Definisi operasional tidaklah sama dengan definisi konseptual yang didasarkan pada teori tertentu.

#### **4. Menetapkan prosedur kerja**

Prosedur kerja merupakan langkah-langkah kerja yang sistematis dan terperinci. Adapun urutan kerja tersebut dibuat secara ringkas dan dapat menggambarkan secara tepat prosedur kerja yang ingin dilakukan. Langkah kerja tersebut dibuat dalam bentuk diagram alir atau yang berurutan sehingga memudahkan peneliti dalam melakukan sebuah alur dalam sebuah penelitian.

#### **5. Mengumpulkan Data**

Pengumpulan data merupakan suatu tahapan dimana seorang peneliti melakukan pengumpulan data di lapangan berdasarkan pada hipotesis yang telah dirumuskan. Pengumpulan data sangat penting dalam langkah-langkah suatu metode ilmiah, karena berkaitan erat dengan pengujian hipotesis. Hal tersebut bermakna bahwa diterima atau ditolaknya sebuah hipotesis, sangat bergantung kepada data yang dikumpulkan. Oleh karena itu pada saat proses pengumpulan data, seorang peneliti harus

mendapatkan data yang akurat dengan menentukan kualitas alat pengkuran yang cukup reliabel dan valid juga.

## **6. Mengolah dan menganalisis data**

Saat peneliti melaksanakan penelitian ilmiahnya beragam data terkumpulkan. Ada beragam alat yang dapat digunakan untuk melakukan analisis data tersebut, hal itu tergantung pada jenis data itu sendiri. Bila penelitian ilmiah yang dilakukan bersifat kuantitatif, maka jenis data akan bersifat kuantitatif juga dan pengolahannya mengikuti data tersebut. Namun jika penelitian itu bersifat kualitatif, maka data yang diperoleh juga akan bersifat kualitatif dan pengolahan datanya juga harus sesuai dengan data Kualitatif juga. Oleh karena itu diperlukan Teknik statistik dalam pengolahan dan analisis data dalam penelitian tersebut.

## **7. Menarik Kesimpulan**

Langkah terakhir dalam sebuah penelitian adalah penarikan kesimpulan. Kesimpulan merupakan suatu pernyataan yang sudah dirangkum didalam suatu kegiatan penelitian yang sudah dilakukan. Kesimpulan ditulis dalam bentuk kalimat deklaratif secara singkat dan jelas. Didalam menyusun suatu kesimpulan harus dihindarkan untuk menuliskan data-data yang tidak relevan dengan masalah yang diajukan, walaupun dianggap cukup penting. Data yang dikumpulkan harus mengandung suatu hipotesis atau tidak. Hasil dari sebuah kesimpulan harus sesuai dengan rumusan masalah yang telah diajukan di awal. Hal ini perlu ditekankan sebab banyak peneliti terkelabui dengan temuan

yang dianggapnya penting, walaupun pada hakikatnya tidak bersesuaian dengan rumusan masalah yang diajukannya.

## DAFTAR PUSTAKA

Ackley, B. J., Ladwig, G. B., & Makic, M. B. F. (2016). *Nursing Diagnosis Handbook: An Evidence-Based Guide to Planning Care*. In Elsevier.

Asmadi. (2019). *Konsep Dasar Keperawatan*. Jakarta. EGC

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(1), 1-9.

Berman, A., Frandsen, G., & Snyder, S. J. (2021). *Kozier & Erb's Fundamentals of Nursing: Concepts, Process, and Practice*. (11th Global Edition). In *The American Journal of Nursing* (Vol. 82, Issue 6).

Berman, A; Snyder, SJ.; Frandsen, G. 2016. *Kozier & Erb's Fundamentals of Nursing: Concepts, Practice, and Process*, 10th edition, Pearson Education Limited

Blair, W., & Smith, B. (2016). nursing documentation : Frameworks and. *Contemporary Nurse Journal*, (October 2012), 160–168. <https://doi.org/10.5172/conu.2012.41.2.160>

Brunner & Suddarth. (2013). Keperawatan Medikal-Bedah  
Brunner & Suddarth. In E. A.

Budiono. (2016). Konsep Dasar Keperawatan . Jakarta:  
Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

Butler & Thayer, (2023). Nursing Process, StatPearls, National  
Library of medicin

Carpenito, (2008). Nursing Diagnosis, Application to Clinical  
Practice, 12th Edition, Lippincott, New Jersey

Carpenito, L. J. (2012). Nursing Diagnosis: Application to  
Clinical Practice. 14th ed. In Journal of Voice (Vol. 27, Issue 1).

Dermawan, D. (2012). Proses Keperawatan Penerapan Konsep  
& Kerangka Kerja (1st ed.). Yogyakarta: Gosyen Publishing

Doenges & Moorhouse (2013). Aplication of Nursing Process  
and Nursing Diagnosis; An Interactive Teks for Diagnostic  
Reasoning, 6th Edition, F.A Davis Company, Philadelphia

Doenges, M. E., Moorhouse, M. F., & Murr, A. C. (2010).  
Nursing Diagnosis Manual: Planning, Individualizing, and  
Documenting Client Care.

Doenges, M. E., Moorhouse, M. F., & Murr, A. C. (2016). *Nursing Diagnosis Manual: Planning, Individualizing, and Documenting Client Care*, 5th Edition. In Philadelphia.

DS, B. S., A, D. s., & H, R. A. (2017, April). Gambaran Kemampuan Berpikir Kritis Perawat Primer dalam Pelaksanaan Asuhan Keperawatan Di Rumah sakit Islam Surakarta Vol 10 No 1. *Jurnal Ilmu Keperawatan Indonesia*.

Gossman, W., Lew, V., & Ghassemzadeh, S. (2013). SOAP Notes. In *Deep Tissue Massage Treatment* (pp. 202–203). <https://doi.org/10.1016/b978-0-323-07759-0.00020-1>

Harahap, F. D. S. (2019). *Proses Penegakan Diagnosis Keperawatan*. Osf.io. <https://osf.io/preprints/nfbwt/>

Haryanto. (2008). *Konsep Dasar Keperawatan dengan Pemetaan Konsep (Concept*

Herdman, T. Heather. (2018). *NANDA-1 Diagnosis keperawatan; definisi dan klasifikasi 2018-2020*. Jakarta: EGC.

Hidayat, A. A. (2021). *Proses Keperawatan Pendekatan NANDA, NIC, NOC, SDKI*. Surabaya: Health Books Publishing.

Hidayat. A. A. (2011). *Pengantar Konsep Dasar Keperawatan*. Jakarta: Edisi 2 Buku 2. Salemba Medika

Hutahaean, S. (2010). Konsep dan Dokumentasi Proses Keperawatan. Jakarta: TIM.

Irawan, P dan Triwidiastuti, S. E. 2020, Modul Metode Penelitian. <https://pustaka.ut.ac.id>

Jannah, M. (2019). Metode Pengumpulan Data Dalam Pengkajian Proses Keperawatan. Diunduh 17 Agustus 2019, pukul 23.00 WIB melalui <https://doi.org/10.31219/osf.io/c5dvt>

Kodim, Yulianingsih. (2015). Konsep Dasar Keperawatan. Jakarta: TIM.

Koerniawan, D., Daeli, N. E., & Srimiyati, S. (2020). Aplikasi Standar Proses Keperawatan: Diagnosis, Outcome, dan Intervensi pada Asuhan Keperawatan. *Jurnal Keperawatan Silampari*, 3(2), 739–751. <https://doi.org/10.31539/jks.v3i2.1198>

Kozier, Erb, Berman, Snyder, (2016). Buku Ajar Fundamental Keperawatan Konsep, Proses & Praktik. Jakarta : EGC

Kozier, Erb, Berman, Snyder. (2009). Buku Ajar Fundamental keperawatan Konsep, proses & Praktek. Edisi 5. Alih bahasa: Eny,M., Esti, W., Devi, Y. Jakarta: EGC



Lismidar. (2014). *Proses Keperawatan*. Jakarta : Penerbit Universitas Indonesia.

Mardella (Ed.), *Keperawatan Medikal-Bedah* Brunner & Suddarth. Jakarta: EGC

Merrick, (2019). *Applying the Scientific Method to Solve a Nursing Problem*, Commons, Open Educational resources.

Mulugeta, Aseratie; Rajalakshmi, Muruganand & Molla, M. (2014). *Assessment of Factors Affecting Implementation of Nursing Process Among Nurses in Selected Governmental Hospitals, Addis Ababa, Ethiopia; Cross Sectional Study*. *Journal of Nursing & Care*, 03(03), 1–8. <https://doi.org/10.4172/2167-1168.1000170>

NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions and Classification (2021) In *NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions and Classification 2021-2023*.

Nurhesti, P. O. Y., Prapti, N. K. G., Kamayani, M. O. A., & Suryawan, P. A. (2020). *Analisis Penggunaan Diagnosis Keperawatan Berbasis Sdki Dan Nanda*. *Coping: Community of Publishing in Nursing*, 8(2), 118. <https://doi.org/10.24843/coping.2020.v08.i02.p02>

Nurmalasari, SE, MM. 2018. Modul Metode Penelitian.  
<https://repository.bsi.ac.id>

Nursalam. (2011). Proses dan Dokumentasi Keperawatan: Konsep dan Praktik. Jakarta: Salemba Medika.

Nursalam. (2019). konsep dan Dokumentasi Proses Keperawatan. Journal of Chemical Information and Modeling.

Penit, Rev E.S, (2014). Scientific method and standardized nursing language, Editorial

Perry, & Potter. (2010). Fundamental of Nursing. EGC.

Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI). (2017). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia. Jakarta : DPP PPNI.

Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI). (2018). Standar Intervensi Keperawatan Indonesia. Jakarta : DPP PPNI.

Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI). (2019). Standar Luaran Keperawatan Indonesia. Jakarta : DPP PPNI.

Pieter, H.Z. (2017). Dasar – dasar Komunikasi Bagi Perawat. Jakarta: Prenada Media.

Polit D.F & Back, C.T, (2008). Nursing Research. Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice, 8th Edition, Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia

Potter, P. A., & Perry, A. G. (2005). Buku Ajar Fundamental Keperawatan : Konsep, Proses, dan Praktik (edisi 4). Jakarta: EGC.

Potter, P. A., & Perry, A. G. (2010). Fundamental of Nursing, Edition 8.

Potter, P. A., & Perry, A. G. (2015). Fundamental Keperawatan Buku 1 Ed. 7. In Jakarta: Salemba Medika.

Potter, P. A., Perry, A. G. E., Hall, A. E., & Stockert, P. A. (2009). Fundamentals of nursing. Elsevier mosby.

Potter, P. A., Perry, A. G., Stockert, P. A., & Hall, A. (2021). Fundamentals of nursing-e-book. Elsevier health sciences.

Potter, P.A., Perry, A.G., Stockert, P.A & Hall, A.M. (2021). Fundamentals of Nursing (tenth Edition) ISBN: 978-0- 323-67772-1. St. Louis: Mosby

PPNI (2017) Standar diagnosa keperawatan Indonesia. Jakarta: DPW PPNI

PPNI. (2018). Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia : Defisini dan Indikator. In Keperawatan (Vol. 9).

Region, T., Baraki, Z., Girmay, F., Kidanu, K., Gerensea, H., Gezeghne, 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 ., 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12912-017-0248-9>

Riyadi, S. (2010). Keperawatan Professional. Yogyakarta : Gosyen

Rohmah, N. & Walid, S. (2012). Proses keperawatan teori dan aplikasi. Jogjakarta: Ar-Ruzz media

Rosdahl, B. Caroline dan Kowalski, T. Mary. (2017). Buku Ajar Keperawatan Dasar, Edisi 10. Jakarta: EGC

Rosdahl, C.B., & Kowalski, M.T. (2017). Buku Ajar Keperawatan Dasar Volume 1 (10th ed.). Jakarta: Penerbit Buku EGC

Rosdahl, C.B., & Kowalski, M.T. (2017). Buku Ajar Keperawatan Dasar Volume 2 (10th ed.). Jakarta: Penerbit Buku EGC

Rosdahl, C.B., & Kowalski, M.T. (2017). Buku Ajar Keperawatan Dasar Volume 5 (10th ed.). Jakarta: Penerbit Buku EGC

Rosdahl, C.B., & Kowalski, M.T. (2017). Buku Ajar Keperawatan Dasar Volume 10 (10th ed.). Jakarta: Penerbit Buku EGC

Seaback WW, (2012). Nursing process; concept and application, Delmar, New York, USA

Setiadi. (2012). Konsep & Penulisan Dokumentasi Asuhan Keperawatan; Teori dan Praktik. Yogyakarta : Graha Ilmu

Setiadi. (2012). Konsep dan Penulisan Dokumentasi Proses Keperawatan Teori dan Praktik. Yogyakarta: Graha Ilmu

Sumijatun. (2010). Konsep Dasar Menuju Keperawatan Profesional. Jakarta: Trans Info Medika

Supatmo .A. Ir dan Ahmadi Abu. H . Drs. 2011. Ilmu Alamiah Dasar. Jakarta : Rineka Cipta

Swantara, I. M. D. 2018. Filsafat Ilmu. <https://simdos.unud.ac.id>.

Tarwoto, & Wartonah. (2015). Kebutuhan Dasar Manusia dan Proses Keperawatan (5th ed.). Jakarta: Salemba Medika.

Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016, Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI), Edisi 1, Jakarta, Persatuan Perawat Indonesia

Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2017). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia Definisi dan Indikator Diagnostik (3rd ed.).

Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018, Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI), Edisi 1, Jakarta, Persatuan Perawat Indonesia

Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2018, Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI), Edisi 1, Jakarta, Persatuan Perawat Indonesia

Toney-Butler TJ, Thayer JM. Nursing Process. [Updated 2023 Apr 10]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499937/>

Toney-Butler, T. J., & Thayer, J. M. (2022). Nursing process. In StatPearls [Internet]. StatPearls Publishing.

Wake, M., & Coenen, A. (1998). Nursing diagnosis in the International Classification for Nursing Practice (ICNP). Nursing Diagnosis: ND: The Official Journal of the North American Nursing Diagnosis Association, 9(3).

Wilson, D. R. (2019). Home health nursing: scope and standards of practice. In *Activities, Adaptation & Aging* (Vol. 43). <https://doi.org/10.1080/01924788.2019.1565047>

Wolfs Frank L. H, (2012). *The Scientific Method*, University of Rochester, Georgia Shouthern

Zendrato, M. V., & Hariyati, R. T. S. (2018). Optimalisasi pengelolaan asuhan keperawatan di instalasi rawat jalan rumah sakit X. *Jurnal Persatuan Perawat Nasional Indonesia (JPPNI)*, 2(2), 85-99.

Zendrato, M. V., Hariyati, R. T. S., & Afifah, E. (2019). Outpatient nursing care implementations in Indonesian regional public hospitals. *Enfermeria Clinica*. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2019.04.066>

## TENTANG PENULIS

### Penulis Bagian 1:



#### **Dani Prastiwi, S.Kep.,Ns.,M.Sc**

Penulis dan Dosen Prodi Keperawatan dan Profesi Ners Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Pekalongan. Lahir di Purworejo, 19 Nopember 1987. Menamatkan pendidikan program Sarjana (S1) di STIKES Surya Global Yogyakarta pada tahun 2009 dan menyelesaikan program Pasca Sarjana (S2) di Universitas Gadjah Mada pada program studi Ilmu Kedokteran Dasar dan Biomedis (konsentrasi Ilmu Faal) pada tahun 2014. Penulis aktif mengajar pada mata kuliah Anatomi dan Fisiologi Manusia, Patofisiologi, Ilmu Biomedik Dasar, Proses Keperawatan dan Berpikir Kritis, Keperawatan Dasar dan Keperawatan Medikal Bedah sejak tahun 2011 sampai dengan sekarang.

### Penulis Bagian 2:



#### **Siti Sholihat, M.Kes, Ph.D**

Penulis merupakan dosen prodi diploma tiga keperawatan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Raflesia. Lahir di Cibungbulang Bogor 28 Maret 1973. Ia menamatkan pendidikan di Diploma III Keperawatan dari Akademi Keperawatan Raflesia, Diploma IV Keperawatan dari Universitas Gajah Mada, S2 Kesehatan Masyarakat peminatan kesehatan reproduksi dari Universitas Indonesia dan Doctor of Philosophy in Nursing dari Lincoln University Malaysia



### Penulis Bagian 3:



#### **IGA Purnama Wulan S.Kp.M.M**

Nama panggilan Frieda. Penulis lahir di Bogor, 30 Januari 1957. Penulis menempuh Pendidikan di D3 Keperawatan Dep.Kes RI Jakarta dan melanjutkan Pendidikan di Program Studi Ilmu Keperawatan ( PSIK) FKUI, hingga akhirnya menempuh kuliah di Indonesia School of Manajemen jurusan Sumber Daya Manusia. Aktivitas penulis saat ini menulis buku, penulis juga pernah menjadi Kaprodi D3 Keperawatan dan Kaprodi S1 Keperawatan di STIKes Raflesia dan saat ini menjadi Waket III STIKes Raflesia, sampai saat ini penulis menjadi dosen untuk mata kuliah Ilmu Biomedik Dasar di S1 Kesehatan Masyarakat dan D3 Keperawatan, dosen Mata Kuliah Ilmu Dasar Keperawatan I dan II, Public Speaking, Manajemen Keperawatan, Keperawatan menjelang Ajal dan Paliatif, Keperawatan Medikal Bedah I, II dan III, Kegawat daruratan, di S1 Keperawatan STIKes Raflesia. Anggota organisasi Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI) Jawa Barat dan Asosiasi Institusi Pendidikan Ners Indonesia (AIPNI ) regional V. Penulis dapat dihubungi melalui e mail: [friedamaging@gmail.com](mailto:friedamaging@gmail.com)

### Penulis Bagian 4:



#### **Nur Muji Astuti, S.Kep., M.Kep**

Penulis dan Dosen Prodi D3 Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya. Lahir di Kota Surabaya Jawa Timur 5 November 1986 . Penulis merupakan anak keenam dari enam bersaudara. Ia menamatkan pendidikan program Sarjana (S1) di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya program Studi S1 Keperawatan dan

menyelesaikan program Pasca Sarjana (S2) di Universitas Airlangga prodi magister keperawatan.

### **Penulis Bagian 5**



#### **Ns. Neiliel Fitriana Anies, M.Kep**

lahir di Aceh, pada 7 Februari 1989, menyelesaikan pendidikan Sarjana Keperawatan dan Profesi Keperawatan pada tahun 2012 di Universitas Syiah Kuala Banda Aceh dan Magister Keperawatan pada tahun 2017 di Universitas Sumatera Utara, Medan. Ia tercatat sebagai dosen di Akper Kesdam Iskandar Muda Banda Aceh sejak tahun 2019 sampai dengan sekarang.

### **Penulis Bagian 6**



#### **Ns. Gusti Ayu Ary Antari, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep.MB**

seorang Penulis dan Dosen Prodi Sarjana Keperawatan dan Pendidikan Profesi Ners Fakultas Kedokteran Universitas Udayana. Lahir di Kabupaten Badung Provinsi Bali. Penulis telah menamatkan pendidikan S1 Ners di Universitas Udayana dan pendidikan S2, spesialisasi di Universitas Indonesia.

### Penulis Bagian 7:



#### **Suryati, S.Kep., M.Kep., Ns., Sp.Kep.An**

Seorang Dosen Prodi D3 Keperawatan STIKES Garuda Putih Jambi. Lahir di Padang, 27 Juni 1982. Penulis menamatkan pendidikan program Sarjana (S1) Keperawatan dan Ners di Universitas Andalas dan menyelesaikan program Pasca Sarjana (S2) Keperawatan dan spesialis Keperawatan anak di Universitas Indonesia. Buku yang pernah ditulis asuhan keperawatan pada anak dengan kelainan kongenital manajemen pasien safety dan buku ajar keperawatan maternitas..

### Penulis Bagian 8:



#### **Ns. Mey Lona Verawaty Zendrato, M.Kep**

Penulis menamatkan pendidikan Diploma III, Sarjana dan Profesi Keperawatan dari Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Sumatera Utara tahun 2012. Tahun 2013, penulis bergabung sebagai tim medis Siloam Hospital Group sampai tahun 2016. Fokus area ketika bekerja yaitu pemberian asuhan keperawatan pada pasien dewasa di General Ward dan perawatan luka di Clinic Wound Care Nurse. Pengalaman pekerjaan yang melibatkan asuhan keperawatan dan manajemen perawatan luka, mendorong penulis untuk melanjutkan Pendidikan Magister. Penulis menamatkan Magister Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan tahun 2018 dengan mengusung topik penelitian asuhan keperawatan pada pasien di rawat jalan. Bergabung sebagai staf pengajar di Universitas Kristen Krida Wacana sejak tahun 2018, bidang pengajaran keperawatan dasar, metodologi keperawatan dan manajemen keperawatan.

### Penulis Bagian 9:



#### **Ns. Tressia Febrianti, S.Kep., M.Kep.**

Lahir di Bengkulu pada tanggal 24 Februari 1994. Menyelesaikan Pendidikan Diploma III di Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Bengkulu tahun 2014, Program Studi S1 Keperawatan dan Ners Fakultas Keperawatan Universitas Andalas tahun 2017, dan Program Magister Keperawatan Peminatan Komunitas Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia Tahun 2022. Saat ini penulis aktif sebagai dosen tetap di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Raflesia Depok. Penulis juga aktif sebagai penulis dan peneliti dibidang Ilmu Keperawatan Komunitas dan Keluarga.

### Penulis Bagian 10:



#### **Dr. Sri Djuwitaningsih, S.Kp., M.Kes., Sp.Mat.**

Seorang Penulis dan Dosen di Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Jakarta III. Penulis mengikuti Pendidikan inline dari D.3 Keperawatan, S1 Keperawata, S2 dan Spesialis 1 di Keprawatan maternitas dan terakhir menamatkan pendidikan akademik Doktoral Keperawatan pada tahun 2020 di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.

### Penulis Bagian 11:



#### **Ns. Maria Ulfa, M. Kep**

Seorang penulis dan dosen tetap Prodi DIII Keperawatan Akper Teungku Fakinah Banda Aceh. Lahir di Matang Glumpang Dua, 27 Mei 1987. Penulis merupakan anak pertama dari empat bersaudara dari pasangan bapak (Purn) Mayor H. Zulkifli dan Ibu Hj. Marsyidah, S.Pd. Pendidikan program Sarjana dan Profesi (S1+Ners) Universitas Syiah Kuala dan menyelesaikan program Pasca Sarjana (S2) di

Prodi Magister Keperawatan Universitas Syiah Kuala.

**Penerbit :**

PT. Sonpedia Publishing Indonesia

Buku Gudang Ilmu, Membaca Solusi  
Kebodohan, Menulis Cara Terbaik  
Mengikat Ilmu. Everyday New Books

**SONPEDIA.COM**  
PT. Sonpedia Publishing Indonesia

**Redaksi :**

Jl. Kenali Jaya No 166

Kota Jambi 36129

Tel +6282177858344

Email: [sonpediapublishing@gmail.com](mailto:sonpediapublishing@gmail.com)

Website: [www.sonpedia.com](http://www.sonpedia.com)