PROSES KEPERAWATAN

Desmawati, AMK, SKp.,MKep.,SpMat., PhD

KEPERAWATAN MATERNITAS (KEBIDANAN)

FAKULTAS ILMU KESEHATAN

UNIVERSITAS PEMBANGUNAN NASIONAL

VETERAN JAKARTA

Semester Genap TA 2017-2018

BAB I

Pengkajian Keperawatan

Penulis mengupas proses keperawatan secara umum. Pengkajian 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.

Tahap pengkajian merupakan pemikiran dasar dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan kebutuhan individu. Pengkajian yang lengkap, akurat, sesuai kenyataan, kebenaran data sangat penting untuk merumuskan suatu diagnosa keperawatan dan dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan respon individu.

Data Dasar adalah kumpulan data yang berisikan mengenai status kesehatan klien, kemampuan klien untuk mengelola kesehatan terhadap dirinya sendiri, dan hasil konsultasi dari medis atau profesi kesehatan lainnya.

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

1. 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.

2. Pulta (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. Berdasarkan 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*).

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 langah-langkah berikutnya.

3. Tipe Data :

Tipe data itu ada Subjektif dan Objektif:

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, pernafasan, tekanan darah, edema, berat badan, tingkat kesadaran.

4. 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: apakan 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.

5. Sumber Data

Dari pengalaman penulis, sumber data itu ada primer, sekunder, atau lainnya:

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.

- 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.

- 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.

- 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.

- 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.

- 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.

6. Metoda Pengumpulan Data

Berdasarkan pengalaman penulis, metoe pengumpulan data yang pernah penulis lakukan adalah sebagia berikut:

1. Wawancara; Melakukan wawancara atau tanya jawab dalam menggali apa yang dikeluhkan pasien, dalam mengumpulkan data-data yang bersifat subjektif seperti; pasien merasakan pusing, nyeri, lapar, haus, nafsu makan menurun dan lain-lain
2. Observasi; Mendukung data yang didapatkan melalui wawancara dengan mengobservasi pasien seperti, untuk memastikan apakah pasien itu memang tidak ada nafsu makan akan terobservasi pasien lemas, lesu, saat makan disajikan tidak dimakan, tidak gairah melihat makanan, dan lain-lain
3. Pemeriksaan fisik: Mendukung data yang didapatkan dari wawancara dan observasi, dilakukanlah pemeriksaan fisik seperti untuk memastikan pasien nyeri, akan dilakukan pemeriksaan nadi dengan hasil frekuensi nya lebih dari normal (normal 60-80 x menit)

4. Studi Dokumentasi; Mencari data dari dokumentasi yang sudah ada terkait pasien, seperti dari medical record pasien, status, buku KIA dan lain-lain.

7. Metode Pengkajian

Metode pengkajian yang vital pada pasien adalah riwayat pasien lengkap. Informasi ini memberikan dasar untuk pengkajian fisik. Keduanya, baik riwayat dan pengkajian fisik memberikan dasar bagi proses keperawatan. Ini merupakan langkah awal untuk merumuskan dan mengembangkan suatu diagnosa keperawatan dan rencana keperawatan.

8. Riwayat Pasien

Pada situasi keperawatan kritis lamanya dan urutan dari riwayat standar memerlukan proses yang harus diselesaikan untuk memenuhi kebutuhan pasien yang kritis. Macamnya mungkin penting tergantung pada beratnya kondisi pasien.

- **Keluhan Utama**

Keluhan utama merupakan persepsi pasien pada penyakit, seringkali juga meliputi catatan mengenai kemungkinan dari sumber seseorang yang dapat dipercaya.

- **Identifikasi Informasi**

Nama lengkap

Tempat tinggal (alamat dan no.telepon)

Jenis kelamin

Tanggal lahir dan umur

Tempat lahir

Asal suku bangsa dan etnik

Status perkawinan atau orang terdekat

Agama

Pekerjaan

Identifikasi nomor (no. Kemanan sosial)

Diagnosa medis

Pendidikan

- **Riwayat Penyakit Sekarang**

Perjalanan penyakit sekarang

Timbulnya masalah

Tanggal timbulnya

Bentuk serangan (tiba-tiba atau bertahap)

Faktor pencetus

Gambaran keadaan

Lokasi

Kualitas (desakan, sakit, rasa terbakar, tertekan)

Kuantitas (intensitas, beratnya penyakit)

Waktu dan frekuensi (setiap hari, periodik, terjadi terus menerus)

Faktor penghilang atau pemberat (obat, ltihan, tirah baring, psikoterapi)

- **Lamanya**

Kejadian atau faktor yang berhubungan (fenomena yang berhubungan dengan gejala)

Efek gaya hidup

- **Riwayat Kesehatan Lalu**

Penyakit pada masa kanak-kanak

Imunisasi

Perawatan dirumah sakit terakhir

Prosedur pembedahan terakhir

Alergi

Riwayat pengobatan (obat-obatan yang diberikan sekarang dan reaksi pemakaian yang berlebihan dan obat-obatan yang diresepkan pada masa lalu)

- **Riwayat Keluarga**

Kecenderungan keluarga (hipertensi, kanker, penyakit alergi, gout, penyakit jantung).

Gangguan keterunan hunntington's, cholera, diabetes, anemia selsabit)

Penyakit dari lingkungan (tubercolosis)

- **Pola Hidup**

Diet

Pola eliminasi

Latihan

Tidur

Rekreasi

Tembakau

Alkohol

Obat-obatan

Pola seksual

- **Tinjauan Sistem**

Umum

Keadaan umum kesehatan

Kelemahan

Keringat malam

Alergi

Penurunan atau penambahan berat badan

Kulit

Perubahan pada warna, suhu, turgor, tekstur kulit, kelembaban

Pertumbuhan

Mengelupas atau bersisik

Luka memar

Perdarahan

Lesi (lokasi)

Pruritus

Eksim

Rambut

Alopesia, Perubahan dalam distribusi, Warna rambut, Penggunaan cat rambut, Tekstur

Kuku

Warna, lekukan, rapuh.

Kepala

Sakit kepala, trauma kepala, pingsan, pusing, kejang, vertigo, hilang kesadaran.

Mata

Lensa korektif (kotak lensa), buta, presbiop, diplopia, miop (pandangan dekat), hiperopi (pandangan jauh), perubahan dalam ketajaman, glaukoma, katarak, kabur, pengkajian mata terakhir.

Telinga

Kehilangan pendengaran, insfeksi telinga, bedah telinga, sakit telinga, tinitus, verrtigo, keluar cairan, alat prostetik.

Hidung

Rinitis, masalah sinus, keluar cairan, epistaksis, sekret, fungsi olfaktori, obstruksi, bersin, tetesan, postnasal, frekuensi demam.

Mulut dan Tenggorokan

Masalah gigi, gusi berdarah, ekstraksi saat ini, gigi atau lapisan gigi,pengkajian gigi terakhir, gangguan dalam rasa, menelanmengunyah, serak, perubahan suara, sakit tenggorok.

Leher

Nyeri kaku, gerakan terbatas, pembesaran kelenjar, pembesaran thyroid, gondok.

Payudara

Nyeri, pembesaran, benjolan, keluar cairan, ginekomastia, prosedur pembedahan, pengkajian payudara sendiri.

Pernafasan

Nyeri, napas pendek, dispnea (saat istirahan atau saat kerja), ortopnea, sputum (jumlah dan karakter), bronkitis, pnemonia, tuberkolosis, pengkajian, poto dada terakhir.

Kardiovaskuler

Nyeri, palpitasi, tekanan darah, edema, napas pendek, intermitten claudication, batuk, ortopnea, penyakit arteri koroner, elektrokardiogram terakhir.

Gastro intrestinal

Nafsu makan, perubahan dalam berat badan, pola makan (kultur, agama, pembatasan, atau alergi), mual, muntah, asites, nyeri abdomen, jaumbis (kuning), ulkus, perubahan dalam kebiasaan BAB (diare, konstipasi, inkontinensial), ostomi, kondisi rektal (hemoroid, perdarahan, platus), perubahan feses, penggunaan katartik atau antasida.

Ginjal dan genitourinaria

Nyeri panggul, pola urinaria, warna urin, poliuria, oliguria, nokturia, disuria, BAK tiba-tiba (urgensia), retensi, frekwensi Inkoentinensia

Wanita:

Menarke (timbul, pola, jumlah, lamanya), tanggal periode, menstruasi terakhir, dismenorea, cairan vaginal atau gatal, riwayat (grafida dan para, keguguran, aborsi, komplikasi), menopause, tanggal dari papanicolaou’s smear terakhir dan hasilnya.

Pria:

Perubahan ukuran skrotal, lesi, masalah prostat, impoten, pengkajian testikular sendiri.

Seksual:

Tidak nyaman, impoten, dorongan, fertilitas, perubahan atau masalah, metode kontrasepsi.

Muskuloskeletal

Nyeri, kram, kaku, perubahan gerak rentang sendi atau keterbatasan, bengkak, kelemahan.

Neurologi

Perubahan prilaku, hilang kesadaran, perubahan minat atau efek, status mental, kejang, stremor, gangguan bicara, paralisis, koordinasi memori.

Hematopoetik

Perdarahan atau kecenderungan, luka memar, golongan darah, transfusi dan reaksi, riwayat Rho (D) pemberian imun-globulin (RhoGAM), anemia, terapi antikoagulan, ketidakseimbangan darah (keadaan umum tak normal karena adanya toksin dalam darah), riwayat inspeksi,

Endokrin

Riwayat pertumbuhan, diabets, karakteristik seksual secara sekunder, penyakit thyroid, distribusi rambut, intoleran suhu, rambut atau kulit kering.

9. Teknik Pengkajian Fisik

Inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi adalahempat teknik yang digunakan perawat dalam pengkajian fisik untuk mengumpulkan data obyektif mengenai penyakit pasien secara kritis. Kondisi pasien akan menentukan aspek pengkajian yang seharusnya dilakukan dan perlunya pencegahan umum.

- **Inspeksi**

Inspeksi menggunakan indra penglihatan, pendengaran dan penciuman. Inpeksi umum dilakukan saat pertama kali bertemu pasien. Suatu gambaran atau kesan umummengenai keadaan kesehatan yang dibentuk. Karakteristik yang menonjol atau berbeda juga dicatat pada saat ini.

Pemeriksa kemudian maju ke suatu inpeksi lokal yang berfokus pada suatu sistem, tunggal atau bagian. Penggunaan alat khusus membantu dalam inspeksi lokal ini : sbagai contoh, optalmoskop, otoskop, spekulum, dan nasoskop sering digunakan.

Hal pokok untuk diingat saat melakukan inspeksi meliputi sebagai berikut :

1. Secara rutin menggunakan pendekatan yang sistematis, baik suata pendekatan sisitem, pendekatan dari kepala sampai ke kaki atau kombinasi dari keduanya.
2. Berlanjut dari anterior ke lateral ke posterior

3. Selama inspeksi umum, perhatikan keadaan tubuh, perilaku, cara bicara, aktivitas motorik dan adanya beberapa malformasi
4. Observasi mengenai simetri, ukuran, bentuk, warna, posisi, gerakan dan abnormalitas perhatian di fokuskan pada sistem tunggal atau bagian.

- **Palpasi**

Pemeriksa, menggunakan indra peraba, meletakan tangan pada bagian tubuh ayng dapat dijangkau tangan. Hal yang dideteksi adalah suhu, kelembaban, tekstur, gerakan, vibrasi, pertumbuhan atau masa, edema, krevitasi dan sensasi.

Metode palpasi meliputi palpasi ringan, palpasi dalam,pengkajian nyeri lepas, ballotement dan gelombang cairan. Untuk mulai melalkukan urutan, mulai dengan palpasi ringan lanjut ke palpasi dalam. Selalu melakukan pada daerah yang nyeri tekan terakhir.

- **Perkusi**

Perkusi meliputi pengetukan permukaan tubuh untuk menghasilkan bunyi yang akan membantu dalam penentuan densitas, lokasi, ukuran dan posisi struktur dibawahnya. Perkusi langsung, tidak langsung dan kepalan tangan merupakan metode perkusi yang paling umum.

a. Perkusi langsung (segera), Permukaan tubuh diketuk dengan satu jari ataulebih pada satu tangan
b. Perkusi tak langsung (perantara), Jari tengah pada satu tangan(pleksimeter) hiperekstensi dan falang distal jari ditempatkan berlawanan dengan permukaan tubuh. Telapak tangan dan jari-jari lainnya ditegakkan pada kulit.

- **Auskultasi**

Adalah tindakan mendengarkan bunyi ang ditimbulkan oleh bermacam-macam organ dan jaringan pada tubuh.

10. Pemeriksaan diagnostik

Tes ini memvalidasi riwayat keperawatana awal menguji hasil dari pengkajian fisik dan merupakan data yang paling objektif dalam proses pengkajian. Sumber data pengkajian yang terakhir adalah hasil dari pemeriksaan diagnostic dan laboratorium. Pemeriksaan ini dipesankan oleh dokter atau perawat yang

praktiknya telah lanjut. Penting artinya bagi perawat untuk menelaah hasil pemeriksaan ini untuk memastikan perubahan yang teridentifikasi dalam riwayat kesehatan keperawatan dan pemeriksaan fisik. Hasil ini mencakup informasi nilai dasar tentang respons terhadap penyakit dan informasi tentang efek tindakan pengobatan nantinya. Data laboratorium dapat membantu untuk mengidentifikasi masalah perawatan kesehatan actual atau potensial yang sebelumnya tidak diketahui oleh klien atau pemeriksa.

Data laboratorium dibandingkan dengan nilai standar yang telah ditetapkan untuk pemeriksaan tertentu, kelompok umur, dan jenis kelamin, perawat mengidentifikasikan variasi nilai normal dan menginterprestasi temuan beerdasarkan pada proses penyakit dan pengobatan. Selain itu data laboratorium dapat digunakan untuk mengevaluasi keberhasilan atau kegagalan intervensi keperawatan dan medis.

Pemeriksaan laboratorium dipilih berdasarkan gejala atau penyakit . namun demikian, pemeriksaan yang umum mungkin digunakan untuk sebagian besar klien. Pemeriksaan laboratorium yang spesifik dan tanggung jawab keperawatan yang berkaitan dengan intervensi ini secara rinci diuraikan dalam unit 8 dan unit 9.

11. Wawancara

a. Jenis teknik wawancara

Pada situasi darurat mengharuskan tipe teknik wawancara dimana perawat mengajukan pertanyaan fokus yang berkaitan dengan status fisik klien. Perawat dapat menggunakan berbagai teknik wawancara untuk mendaptkan informasi yang diperlukan dari klien atau sumber lainnya.

· Teknik Mencari Masalah. Wawancara mencari masalah mengidentifikasi masalah potensial klien, dan pengumpulan data selanjutnya difokuskan pada masalah tersebtu.

· Teknik Pemecahan Masalah. Teknik wawancara pemecahan masalah difokuskan pada pengumpulan data yang lebih mendalam pada masalah spesifik yang diidentifikasi oleh klien atau perawat.

· Teknik Pertanyaan Langsung. Wawancara pertanyaan langsung adalah format terstruktur yang membutuhkan jawaban satu atau dua kata dan sering kali digunakan untuk mengklarifikasi informasi sebelumnya atau memberikan informasi tambahan.

· Teknik Pertanyaan Terbuka. Wawancara pertanyaan terbuka ditujukan untuk mendaptkan respons lebih dari satu atau dua kata. Teknik ini mengarah kepada diskusi dimana klien secara aktif menguraikan status kesehatan mereka.

b. Tahapan Wawancara

1) Ketenangan, perawata dapat melaksanakan proses anamnesis ddengan baik agar dapat mengorganisasikan pikiran dan informasi secara lengkap terhadapa apayang akan disampaikan atau dtanyakan kepada klien.

2) Mendengar dengan aktif, memperlihatkan minat seerta perhatian dari perawat dan membantu memastikan keakuratan data yang terkumpul.

3) Penyampaian yang meyakinkan, mengkomunikasikan keinginan mendengar tanpa menilai.

4) Pertanyaan yang berhubungan, memusatkan wawancara pada masalah kesehatan atau sistem tubuh tertentu untuk menghndari wawancara yang bertele.-tele.

5) Penyusunan kata, perawat mengulang kembalai apa yang sudah didengar ddari komunkasi klien. Cara ini merupakan validasi dalam bentuk yang lebih khusus tentang apa yang dikatakan klien. Ini memungkinkan kien mengetaui baaimana orang lain memahami pesannya.

6) Klarifikasi, meminta klien untuk mengulang kembali informasi dalam bentuk atau cara lain yang dapat membantu perawat untuk mengerti maksus klien dengan lebih baik. Berikan waktu dan kesempatan yang cukup kepada klien untuk memberika tanggapan dengan mempergunakan kata-katanya sendiri karena dengan cara demikianlah persaan yang terkandung didalam dirinya akan terungkap melalui ekspresi maupun kata-kata yang digunakannya. Memberikan klien contoh merupakan suatu cara mengklarifikasi arti yang sangat membantu.

7) Menfokuskan, membantu menghilangkan kesamaran dalam komunikasi dengan menanayakan pertanyaan evaluasi dan meminta klien untuk melengkapi data. Perawat dapat mengacu pada hal yan tidak konsisten melalui pernyataan.

8) Menetapkan observas, memungkinkan klien mendapan umpan balik dan mendorong klien menyatakan informasi tambahan yang berubungan.

9) Menkonfrontasi, suatu pendekatan konstruktif yang menginformasikan klien tentang apa yang dipikirkan atau dirasakan perawata entang perilaku klien selama interaksi. Perawat dapt menggambarkan perilaku klien yang terlihat dengan menggunakan respon yang mengacu kepada pengertian klien dan

umpan balik yang konsruktif keterampilan ini berfokus kepada persepsi perawat mengenai perilaku klien baik yang jelas terlihan maupun yang samar.

10) Memberikan umpan balik, memberi klien informasi mengenai apa yang telah diobservasi atau disimpulkan oleh perawat. Umpan balik yang efektif meliputi hal-hal berikut ini :

a) Berfokus lebih pada perilaku daripada klien.

b) Berfokus lebih pada observasi daripada kesimpulan,

c) Berfokus lebih pada deskripsi daripada penilaian.

d).Berfokus lebih pada eksplorasi alternatif daripada jawaban atau pemecahan.

e). Berfokus lebih pada nilai informasi klien daripada memberi rasa terharu kepada

pasien.

f). Berfokus pada apa yang diutamakan bukan mengapa hal itu dikatakan,

11). Penawaran informasi, pernyataan yang memberikan informasi membantu klien dengan meyediakan data tambahan titik saat menawarkan informasi, jangan sampai salah dan disamakan denga memberi nasihat. Sama halnya bila perawat memberi informasi pribadi, maka interaksi tidak lagi terapeutik.

L2). Penyimpulan, menyimpulakn ide-ide utama setipa wawancara atau diskusi hal ini menvalidasi data dari klien dan menandakan akhir bagian pertama wawancara sebelum berlanjut kebagian berikutnya.

c. Fase-fase wawancara

1) Persiapan.

Sebelum melaukan komunikasi dengan klien, perawat harus melakukan persiapan dengan membaca status klien. Perawat diharapkan tidak mempunyai prasangka buruk kepada klien, karena akan mengganggu dalam membina hubungan saling percaya dengan klien.

Jika klien belum bersedia untuk berkomunikasi, perawat tidak boleh memaksa atau memberi kesempatan kepada klien kapan mereka sanggup. Pengaturan posisi duduk dan teknik yang akan digunakan dalam wawancara harus disusun sedemikian rupa guna memperlancar wawancara.

2) Pembukaan atau perkenalan

Langkah pertama perawat dalam mengawali wawancara adalah dengan memperkenalkan diri : nama, status, tujuan wawancara, waktu yang diperlukan dan faktor-faktor yang menjadi pokok pembicaraan. Perawat perlu memberikan informasi kepada klien mengenai data yang terkumpul dan akan disimpan dimana, bagaimana menyimpannya dan siapa saja yang boleh mengetahuinya.

3) Isi / tahap kerja

Selama tahap kerja dalam wawancara, perawat memfokuskan arah pembicaraan pada masalah khusus yang ingin diketahui.

Hal-hal yang perlu diperhatikan :

a) Fokus wawancara adalah klien

b) Mendengarkan dengan penuh perhatian. Jelaskan bila perlu.

c) Menanyakan keluhan yang paling dirasakan oleh klien

d) Menggunakan bahasa yang mudah dimengerti oleh klien

e) Gunakan pertanyaan terbuka dan tertutup tepat pada waktunya

f) Bila perlu diam, untuk memberikan kesempatan kepada klien untuk mengungkapkan

perasaannya

g) Sentuhan teraputik, bila diperlukan dan memungkinan.

4) Terminasi

Perawat mempersiapkan untu penutupan wawancara. Untuk itu klien harus mengetahui kapan wawancara dan tujuan dari wawancara pada awal perkenalan, sehingga diharapkan pada akhir wawancara perawat dan klien mampu menilai keberhasilan dan dapat mengambil kesimpulan bersama. Jika diperlukan, perawat perlu membuat perjanjian lagi untuk pertemuan berikutnya.

BAHAN DISKUSI

Pertanyaan :

1. Yang di maksud perkusi ?
2. Jenis wawancara dengan fase-fasenya ?
3. Cara mengumpulkan informasi tentang bio psiko social dan spiritual ?

Jawab :

1. Yang dimaksud perkusi ?
   Perkusi meliputi pengetukan permukaan tubuh untuk menghasilkan bunyi yang akan membantu dalam penentuan densitas, lokasi, ukuran dan posisi struktur dibawahnya. Perkusi langsung, tidak langsung dan kepalan tangan merupakan metode perkusi yang paling umum.

   a. *Perkusi langsung (segera), Permukaan tubuh diketuk dengan satu jari ataulebih pada satu tangan*
   b. *Perkusi tak langsung (perantara), Jari tengah pada satu tangan(pleksimeter) hiperekstensi dan falang distal jari ditempatkan berlawanan dengan permukaan tubuh. Telapak tangan dan jari-jari lainnya ditegakkan pada kulit.*

2. Jenis-jenis wawancara :
   Teknik verbal meliputi pertanyaan terbuka atau tertutup, menggali jawaban dan memvalidasi respon klien. Teknik non verbal meliputi : mendengarkan secara aktif, diam, sentuhan dan konta mata. Mendengarkan secara aktif merupakan suatu hal yang penting dalam pengumpulan data, tetapi juga merupakan sesuatu hal yang sulit dipelajari.

   Fase-fase/tahapan wawancara / komunikasi :

   1. Persiapan.
      Sebelum melaukan komunikasi dengan klien, perawat harus melakukan persiapan dengan membaca status klien. Perawat diharapkan tidak mempunyai prasangka buruk kepada klien, karena akan mengganggu dalam membina hubungan saling percaya dengan klien.
      Jika klien belum bersedia untuk berkomunikasi, perawat tidak boleh memaksa atau memberi kesempatan kepada klien kapan mereka sanggup. Pengaturan posisi duduk dan teknik yang akan digunakan dalam wawancara harus disusun sedemikian rupa guna memperlancar wawancara.

   2. Pembukaan atau perkenalan
      Langkah pertama perawat dalam mengawali wawancara adalah dengan memperkenalkan diri : nama, status, tujuan wawancara, waktu yang diperlukan dan faktor-faktor yang menjadi pokok pembicaraan. Perawat perlu memberikan informasi kepada klien mengenai data yang terkumpul dan akan disimpan dimana, bagaimana menyimpannya dan siapa saja yang boleh mengetahuinya.

3. Isi / tahap kerja

Selama tahap kerja dalam wawancara, perawat memfokuskan arah pembicaraan pada masalah khusus yang ingin diketahui.

Hal-hal yang perlu diperhatikan :

a. Fokus wawancara adalah klien
b. Mendengarkan dengan penuh perhatian. Jelaskan bila perlu.
c. Menanyakan keluhan yang paling dirasakan oleh klien
d. Menggunakan bahasa yang mudah dimengerti oleh klien
e. Gunakan pertanyaan terbuka dan tertutup tepat pada waktunya
f. Bila perlu diam, untuk memberikan kesempatan kepada klien untuk mengungkapkan perasaannya
g. Sentuhan teraputik, bila diperlukan dan memungkinan.

4. Terminasi

Perawat mempersiapkan untu penutupan wawancara. Untuk itu klien harus mengetahui kapan wawancara dan tujuan dari wawancara pada awal perkenalan, sehingga diharapkan pada akhir wawancara perawat dan klien mampu menilai keberhasilan dan dapat mengambil kesimpulan bersama. Jika diperlukan, perawat perlu membuat perjanjian lagi untuk pertemuan berikutnya.

3. Bagaimana Cara pengumpulan data informasi tentang bio-psiko social dan spiritual ?

1. Sumber data primer

Klien adalah sumber utama data (primer) dan perawat dapat menggali informasi yang sebenarnya mengenai masalah kesehatan klien. Dengan cara mengisi format kajian pasien secara langsung terhadap pasien.

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

- 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.

- 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.

- 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.

- 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.

- 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.

BAB II

DIAGNOSA KEPERAWATAN

A. Latar Belakang Masalah

Sebagai suatu aspek yang terpenting dalam proses keperawatan, perumusan diagnosa keperawatan ini sangatlah vital untuk dilakukan. Pernahkan kita mendengar beberapa diagnosa keperawatan pada pasien Diagnosis Keperawatan merupakan keputusan klinik tentang respon individu, keluarga dan masyarakat tentang masalah kesehatan aktual atau potensial, dimana berdasarkan pendidikan dan pengalamannya, perawat secara akontabilitas dapat mengidentifikasi dan memberikan intervensi secara pasti untuk menjaga, menurunkan, membatasi, mencegah dan merubah status kesehatan klien (Carpenito, 2000; Gordon, 1976 & NANDA). Diagnosis keperawatan ditetapkan berdasarkan analisis dan interpretasi data yang diperoleh dari pengkajian keperawatan klien. Diagnosis keperawatan memberikan gambaran tentang masalah atau status kesehatan klien yang nyata (aktual) dan kemungkinan akan terjadi, dimana pemecahannya dapat dilakukan dalam batas wewenang perawat. Proses keperawatan telah diidentikan sebagai metoda ilmiah keperawatan untuk para penerima tindakan keperawatan. Kebanyakan kurikulum sekolah-sekolah keperawatan sekarang memasukkan proses keperawatan sebagai sautu komponen dari konsep kerja konseptual mereka. National Council of State Broads of Nursing menggunakan proses keperawatan sebagai dasar untuk Registered Nurse State Board Test Pool Examination (NCSBN). Pertanyaan –pertanyaan yang berhubungan dengan tindakan keperawatan dalam menangani keadaan pasien yang bervariasi disajikan sesuai dengan lima langkah dari proses keperawatan :

1. Pengkajian, untuk menetapkan data dasar seorang pasien

2. Analisa, untuk identifikasi kebutuhan perawatan pasien dan seleksi tujuan perawatan

3. Perencanaan, untuk merencanakan suatu strategi untuk mencapai tujuan yang ditetapkan untuk perawatan pasien

4. Implementasi, memulai dan melengkapi tindakan-tindakan yang diperlukan untuk mencapai tujuan-tujuan yang telah ditentukan

5. Evaluasi, untuk menentukan seberapa jauh tujuan-tujuan keperawatan yang telah dicapai. Dengan mengikuti kelima langkah ini, perawat akan memiliki suatu kerangka kerja yang sistematis untuk membuat keputusan dan memecahkan masalah dalam pelaksanaan asuhan keperawatan dan yang terpenting adalah dalam hal memberikan dosis-dosis terhadap pasien (diagnosa) begitu banyaknya diagnosa keperawatan yang muncul dan ketika didiskusikan ternyata para perawat tersebut saling menyalahkan terhadap diagnosa keperawatan yang tidak sesuai dengan apa yang mereka anut. Padahal jika kita merujuk kepada aspek profesionalisme, pastilah adanya

suatu patokan terhadap diagnosa keperawatan yang muncul tersebut. Jika kita lihat kepada sumber maka diagnosa keperawatan yang benar untuk masalah di atas adalah "bersihan jalan nafas tak efektif". Ternyata ada jawaban yang telah mendekati benar hanya saja jawaban tersebut tidak/kurang lengkap terhadap diagnosa keperawatan yang dianut oleh NANDA.
Sehingga dalam bab ini penulis mengambil tema yang berhubungan dengan latar belakang masalah diatas yaitu " Diagnosa Keperawatan".

Ruang lingkup pembahasan diagnosa keperawatan:

a. Apa pengertian dari Diagnosa Keperawatan

b. Apa saja Kategori-kategori Diagnosa Keperawatan

c. Bagaimana komponen – komponen diagnosa keperawatan

d. Bagaimana faktor-faktor atau gejala pemeliharaan dan penentuan sifat/ karakteristik Diagnosa Keperawatan

Tujuan pembahasan lingkup diagnosa keperawatan:

1. Bisa mengartikan atau menjelaskan tentang diagnosa keperawatan.

2. Bisa menyebutkan kategori-kategori diagnosa keperawatan

3. Untuk mengetahui komponen – komponen diagnosa keperawatan

4. Untuk mengetahui faktor-faktor atau gejala pemeliharaan dan penentuan sifat/karakteristik diagnosa keperawatan

DIAGNOSA KEPERAWATAN

A. Pengertian Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah suatu bagian integral dari proses keperawatan. Hal ini merupakan suatu komponen dari langkah-langkah analisa, dimana perawat mengidentifikasi " respon-respon individu terhadap masalah-masalah kesehatan yang aktual dan potensial." Pada beberapa negara (mis., Kansas, New york) mendiagnosa diidentifikasikan dalam tindakan Praktik Keperawatan sebagai suatu tanggung jawab legal dari seorang perawat profesional." Diagnosa keperawatan memberikan dasar petunjuk untuk memberikan terapi yang pasti dimana perawat bertanggung jawab di dalamnya" (Kim et al, 1984).Diagnosa keperawatan, sebagai suatu bagian dari proses keperawatan juga direfleksikan dalam standar praktik ANA. Standar-standar ini

memberikan satu dasar luas mengevaluasi praktik dan merefleksikan pengakuan hak-hak manusia yang menerima asuhan keperawatan (ANA, 1980).Diagnosa keperawatan tidak dapat lebih lama diakui sebagai bagian dari masa depan keperawatan. Diagnosa keperawatan adalah saat ini. Hal ini memberikan suatu tantangan bagi para pendidik dan administrator keperawatan untuk mendukung tidak hanya peserta didik keperawatan saat ini tapi juga perawat-perawat terdaftar saat ini merupakan staf dalam badan-badan keperawatan yang tidak pernah diperkenalkan kepada diagnosa keperawatan dalam program-program pendidikan dasar mereka.
Diagnosa keperawatan, konsep diagnosa dirancang untuk pola penghargaan. Diagnosa keperawatan untuk situasi perawatan kesehatan pasien/ keluarga meliputi nama diagnosa dan faktor-faktor berhubungan yang mempengaruhi awal gejala/ pemeliharaan dari suatu diagnosa aktual atau nama diagnosa dan faktor-faktor resiko tinggi. Diagnosa keperawatan, kemudian menjadi titik fokal untuk pengembangan tujuan, hasil yang diharapkan, intervensi dan evaluasi.

B. Kategori Diagnosis Keperawatan

1. Diagnosis Keperawatan Aktual.

   Diagnosis keperawatan aktual (NANDA) adalah diagnosis yang menyajikan keadaan klinis yang telah divalidasikan melalui batasan karakteristik mayor yang diidentifikasi. Diagnosis keperawatan mempunyai empat komponen : label, definisi, batasan karakteristik, dan faktor yang berhubungan. Label merupakan deskripsi tentang definisi diagnosis dan batasan karakteristik. Definisi menekankan pada kejelasan, arti yang tepat untuk diagnosa. Batasan karakteristik adalah karakteristik yang mengacu pada petunjuk klinis, tanda subjektif dan objektif. Batasan ini juga mengacu pada gejala yang ada dalam kelompok dan mengacu pada diagnosis keperawatan, yang teridiri dari batasan mayor dan minor. Faktor yang berhubungan merupakan etiologi atau faktor penunjang. Faktor ini dapat mempengaruhi perubahan status kesehatan. Faktor yang berhubungan terdiri dari empat komponen : patofisiologi, tindakan yang berhubungan, situasional, dan maturasional.Contoh diagnosis keperawatan aktual : Intoleransi aktivitas berhubungan dengan penurunan transport oksigen, sekunder terhadap tirah baring lama, ditandai dengan nafas pendek, frekuensi nafas 30 x/mnt, nadi 62/mnt-lemah, pucat, sianosis.

2. Diagnosis Keperawatan Resiko.

Diagnosis keperawatan resiko adalah keputusan klinis tentang individu, keluarga atau komunitas yang sangat rentan untuk mengalami masalah dibanding individu atau kelompok lain pada situasi yang sama atau hampir sama.
Validasi untuk menunjang diagnosis resiko adalah faktor resiko yang memperlihatkan keadaan dimana kerentanan meningkat terhadap klien atau kelompok dan tidak menggunakan batasan karakteristik. Penulisan rumusan diagnosis ini adalag : PE (problem & etiologi).
Contoh : Resiko penularan TB paru berhubungan dengan kurangnya pengetahuan tentang resiko penularan TB Paru, ditandai dengan keluarga klien sering menanyakan penyakit klien itu apa dan tidak ada upaya dari keluarga untuk menghindari resiko penularan (membiarkan klien batuk dihadapannya tanpa menutup mulut dan hidung).

3. Diagnosis Keperawatan Kemungkinan

Merupakan pernyataan tentang masalah yang diduga masih memerlukan data tambahan dengan harapan masih diperlukan untuk memastikan adanya tanda dan gejala utama adanya faktor resiko.Contoh : Kemungkinan gangguan konsep diri : gambaran diri berhubungan dengan tindakan mastektomi.

4. Diagnosis Keperawatan Sejahtera

Diagnosis keperawatan sejahtera adalah ketentuan klinis mengenai individu, kelompok, atau masyarakat dalam transisi dari tingkat kesehatan khusus ke tingkat kesehatan yang lebih baik. Cara pembuatan diagnsosis ini adalah dengan menggabungkan pernyataan fungsi positif dalam masing-masing pola kesehatan fungsional sebagai alat pengkajian yang disahkan. Dalam menentukan diagnosis keperawatan sejahtera, menunjukkan terjadinya peningkatan fungsi kesehatan menjadi fungsi yang positif. Sebagai contoh, pasangan muda yang kemudian menjadi orangtua telah melaporkan fungsi positif dalam peran pola hubungan. Perawat dapat memakai informasi dan lahirnya bayi baru sebagai tambahan dalam unit keluarga, untuk membantu keluarga mempertahankan pola hubungan yang efektif.

Contoh : perilaku mencari bantuan kesehatan berhubungan dengan kurang pengetahuan tentang peran sebagai orangtua baru.

5. Diagnosis Keperawatan Sindrom

Diagnosis keperawatan sindrom merupakan diagnosis keperawatan yang terdiri dari sekelompok diagnosis keperawatan aktual atau resiko, yang diduga akan muncul

karena suatu kejadian atau situasi tertentu. Contoh : sindrom kurang perawatan diri berhubungan dengan kelemahan fisik.

C**. Komponen diagnosis keperawatan**.

Ada tiga komponen yang esensial dalam suatu diagnosa keperawatan yang telah dirujuk sebagai bentuk PES (Gordon, 1987). " P " diidendtifikasi sebagai masalah/ problem kesehatan, "E" menunjukan etiologi/ penyebab dari problem, dan "S" menggambarkan sekelompok tanda dan gejala, atau apa yang dikenal sebagai " batasan karakteristik" ketiga bagian ini dipadukan dalam suatu pernyataan dengan menggunakan " yang berhubungan dengan." Kemudian diagnosa-diagnosa tersebut dituliskan dengan cara berikut : Problem " yang berhubungan dengan " etiologi" dibuktikan oleh " tanda-tanda dan gejala-gejala (batasan karakteristik). Problem dapat diidentifikasikan sebagai respons manusia terhadap masalah-masalah kesehatan yang aktual atau potensial sesuai dengan data-data yang didapat dari pengkajian yang dilakukan oleh perawat. Etiologi ditunjukan melalui pengalaman-pengalaman individu yang telah lalu, pengaruh genetika, faktor-faktor lingkungan yang ada saat ini, atau perubahan-perubahan patofisiologis.

Tanda dan gejala menggambarkan apa yang pasien katakan dan apa yang diobservasi oleh perawat yang mengidentifikasikan adanya masalah tertentu.Informasi yang ditampilkan pada setiap diagnosa keperawatan mencakup hal-hal berikut :

1. Defenisi. Merujuk kepada defenisi NANDA yang digunakan pada diagnosa – diagnosa keperawatan yang telah ditetapkan tersebut.
2. Kemungkinan Etiologi ("yang berhubungan dengan"). Bagian ini menyatakan penyebab-penyebab yang mungkin untuk masalah yang telah diidentifikasi. Yang tidak dinyakatakan oleh NANDA diberi tanda kurung [ ]. Faktor yang berhubungan/ Risiko diberikan untuk diagnosa yang beresiko tinggi.
3. Batasan karakteristik ("dibuktikan oleh"). Bagian ini mencakup tanda dan gejala yang cukup jelas untuk mengindikasi keberadaan suatu masalah. Sekali lagi seperti pada defenisi dan etiologi. Yang tidak dinyatakan oleh NANDA diberi tanda kurung [ ].
4. Sasaran / Tujuan. Pernyataan –pernyataan ini ditulis sesuai dengan objektif perilaku pasien. Sasaran/ tujuan ini harus dapat diukur, merupakan tujuan jangka panjang dan pendek, untuk digunakan dalam mengevaluasi keefektifan intervensi keperawatan dalam mengatasi masalah yang telah diidentifikasi. Mungkin akan ada lebih dari satu

tujuan jangka pendek, dan mungkin merupakan “batu loncatan” untuk memenuhi tujuan jangka panjang.

5. Intervensi dengan Rasional Tertentu. Hanya intervensi-intervensi yang sesuai untuk bagian diagnosa yang ditampilkan Rasional-rasional yang digunakan untuk intervensi mencakup memberikan klarifikasi pengetahuan keperawatan dasar dan untuk membantu dalam menseleksi intervensi-intervensi yang sesuai untuk diri pasien.
6. Hasil Pasien yang Diharapkan/ Kriteria Pulang. Perubahan perilaku sesuai dengan kesiapan pasien untuk pulang yang mungkin untuk dievaluasi.
7. Informasi Obat – obatan. Informasi ini mencakup implikasi keperawatan, menyertai bab-bab yang mana tiap klarifikasinya tansesuai.

D. Tahap Diagnosa Keperawatan

Pada tahun 1953, istilah diagnosa keperawatan diperkenalkan oleh V. Fry dengan menguraikan langkah yang diperlukan dalam mengembangkan rencana asuhan keperawatan.

Menurut North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) (1990, dalam Carpenito, 1997) diagnosa keperawatan adalah keputusan klinis mengenai seseorang, keluarga atau masyarakat sebagai akibat dari masalah-masalah kesehatan/ proses kehidupan yang aktual atau risiko.

Diagnosa keperawatan memberikan dasar-dasar pemilihan intervensi untuk mencapai hasil yang menjadi tanggung gugat perawat. Adapun persyaratan dari diagnosa keperawatan adalah perumusan harus jelas dan singkat dari respons klien terhadap situasi atau keadaan yang dihadapi, spesifik dan akurat, memberikan arahan pada asuhan keperawatan, dapat dilaksanakan oleh perawat dan mencerminkan keadaan kesehatan klien.

1.Tipe Diagnosa Keperawatan.

Diagnosa keperawatan adalah struktur dan proses. Struktur diagnosa keperawatan komponennya tergantung pada tipenya, antara lain:

a. Diagnosa keperawatan aktual (Actual Nursing Diagnoses).

Diagnosa keperawatan aktual menyajikan keadaan yang secara klinis telah divalidasi melalui batasan karakteristik mayor yang dapat diidentifikasi. Tipe dari diagnosa keperawatan ini mempunyai empat komponen yaitu label, definisi, batasan

karakteristik, dan faktor-faktor yang berhubungan (Craven & Hirnle, 2000; Carpenito, 1997).

b. Diagnosa keperawatan risiko dan risiko tinggi (Risk and High-Risk Nursing Diagnoses) adalah keputusan klinis bahwa individu, keluarga dan masyarakat sangat rentan untuk mengalami masalah bila tidak diantisipasi oleh tenaga keperawatan, dibanding yang lain pada situasi yang sama atau hampir sama (Craven & Hirnle, 2000; Carpenito, 1997).

c. Diagnosa keperawatan kemungkinan (Possible Nursing Diagnoses), adalah pernyataan tentang masalah-masalah yang diduga masih memerlukan data tambahan. Namun banyak perawat-perawat telah diperkenalkan untuk menghindari sesuatu yang bersifat sementara dan NANDA tidak mengeluarkan diagnosa keperawatan untuk jenis ini (Craven & Hirnle, 2000; Carpenito, 1997).

d. Diagnosa keperawatan sejahtera (Wellness Nursing Diagnoses), adalah ketentuan klinis mengenai individu, keluarga dan masyarakat dalam transisi dari tingkat kesehatan khusus ketingkat kesehatan yang lebih baik. Pernyataan diagnostik untuk diagnosa keperawatan sejahtera merupakan bagian dari pernyataan yang berisikan hanya sebuah label. Label ini dimulai dengan "Potensial terhadap peningkatan…….", diikuti tingkat sejahtera yang lebih tinggi yang dikehendaki oleh individu atau keluarga, misal "Potensial terhadap peningkatan proses keluarga" (Craven & Hirnle, 2000; Carpenito, 1997).

e. Diagnosa keperawatan sindroma (Syndrome Nursing Diagnoses), terdiri dari sekelompok diagnosa keperawatan aktual atau risiko tinggi yang diduga akan tampak karena suatu kejadian atau situasi tertentu. NANDA telah menyetujui dua diagnosa keperawatan sindrom yaitu "Sindrom trauma perkosaan" dan "Risiko terhadap sindrom disuse" (Carpenito, 1997).

2.Komponen Rumusan Diagnosa Keperawatan.

Secara umum diagnosa keperawatan yang lazim dipergunakan oleh perawat di Indonesia adalah diagnosa keperawatan aktual dan diagnosa keperawatan risiko atau risiko tinggi yang dalam perumusannya menggunakan tiga komponen utama dengan merujuk pada hasil analisa data, meliputi: problem (masalah), etiologi (penyebab), dan sign/symptom (tanda/ gejala).

Problem (masalah), adalah gambaran keadaan klien dimana tindakan keperawatan dapat diberikan karena adanya kesenjangan atau penyimpangan dari keadaan normal yang seharusnya tidak terjadi.

Etiologi (penyebab), adalah keadaan yang menunjukkan penyebab terjadinya problem (masalah).

Sign/symptom (tanda/ gejala), adalah ciri, tanda atau gejala relevan yang muncul sebagai akibat adanya masalah.

Dalam perumusannya sebuah diagnosa keperawatan dapat menggunakan 3 komponen atau 2 komponen yang sangat tergantung kepada tipe dari diagnosa keperawatan itu sendiri. Secara singkat rumusan diagnosa keperawatan dapat disajikan dalam rumus sebagai berikut:

Diagnosa keperawatan aktual:

Contoh: Nyeri kepala akut (Problem) berhubungan dengan peningkatan tekanan dan iritasi vaskuler serebral (Etiologi) ditandai oleh, mengeluh nyeri kepala, sulit beristirahat, skala nyeri: 8, wajah tampak menahan nyeri, klien gelisah, keadaan umum lemah, adanya luka robek akibat trauma pada kepala bagian atas, nadi: 90 X/ m (Sign/Simptom).

Diagnosa keperawatan risiko/ risiko tinggi:

Contoh: Risiko infeksi (Problem) berhubungan dengan adanya luka trauma jaringan (Etiologi)

Pada diagnosa risiko, tanda/gejala sering tidak dijumpai hal ini disebabkan kerena masalah belum terjadi, tetapi mempunyai risiko untuk terjadi apabila tidak mendapatkan intervensi atau pencegahan dini yang dilakukan oleh perawat.

3. Persyaratan Diagnosa Keperawatan.

Persyaratan diagnosa keperawatan, meliputi:

a. Perumusan harus jelas dan singkat berdasarkan respon klien terhadap Situasi atau keadaan kesehatan yang sedang dihadapi.

b. Spesifik dan akurat.

c. Merupakan pernyataan dari: P(Problem)+ E (Etiologi)+S (Sign/Simptom) atau P (Problem) + E (Etiologi).

d. Memberikan arahan pada rencana asuhan keperawatan.

e. Dapat dilaksanakan intervensi keperawatan oleh perawat.

4. Prioritas Diagnosa Keperawatan.

Menyusun prioritas sebuah diagnosa keperawatan hendaknya diurutkan sesuai dengan keadaan dan kebutuhan utama klien, dengan kategori:

a. Berdasarkan tingkat Kegawatan

1) Keadaan yang mengancam kehidupan.

2) Keadaan yang tidak gawat dan tidak mengancam kehidupan.

3) Persepsi tentang kesehatan dan keperawatan.

b. Berdasarkan Kebutuhan maslow,yaitu Kebutuhan fisiologis,kebutuhan keamanan dan keselamatan,kebutuhan mencintai dan dicintai,kebutuhan harga diri dan kebutuhan aktualisasi diri.

c. Berdasarkan sarana/sumber yang tersedia,

5. Perbedaan Diagnosa Keperawatan Dengan Diagnosa Medis.

No.	Diagnosa keperawatan	Diagnosa Medis :
1	Berfokus pada respons atau reaksi klien terhadap penyakitnya	Berfokus pada faktor-faktor yang bersifat pengobatan dan penyembuhan penyakit.
2	Berorientasi pada kebutuhan individu, bio-psiko-sosio-spiritual.	Berorientasi kepada keadaan patologis
3	Berubah sesuai dengan perubahan respons klien	Cenderung tetap, mulai dari sakit sampai sembuh
4	Mengarah kepada fungsi mandiri perawat dalam melaksanakan tindakan keperawatan dan evaluasi.	Mengarah kepada tindakan medik yang sebagian besar dikolaborasikan kepada perawat

E. **Faktor-faktor dan Penentuan Resiko**

Sifat Diagnosa Keperawatan Pemberian asuhan keperawatan merupakan proses terapeutik yang melibatkan hubungan kerja sama antara pasien dengan perawat, keluarga dan atau masyarakat untuk mencapai tingkat kesehatan yang optimal. (Carpenito, 1989, dikutip oleh keliat, 1991). Ada beberapa masalah yang nyata atau resiko yang mungkin terjadi akibat komplikasi dari penyakit atau dari pemeriksaan atau akibat pengobatan,

yang mana masalah tersebut hanya bisa dicegah, diatasi, atau dikurangi dengan tindakan keperawatan yang bersifat kolaboratif. Label yang digunakan adalah : Potensial Komplikasi (PK).

Dibawah ini merupakan contoh Faktor-faktor disertai dengan penentuan resiko/ sifat diagnosa keperawatan:

1. Gangguan mobilitas fisik Suatu keadaan dimana individu mengalami keterbatasan kemampuan dalam ketidak tergantungan pergerakan fisik. Faktor-faktor yang berhubungan antara lain : Intoleransi aktivitas ; menurunnya kekuatan dan ketahanan, Nyeri dan rasa tidak nyaman, gangguan perseptual atau kognitif, gangguan neuromuskular, gangguan muskuloskeletal dan Defresi; kecemasan berat. Penentuan sifat/ karakteristik, ketidakmampuan untuk bergerak dengan bertujuan dalam lingkungan fisik, termasuk pergerakan ditempat tidur, berpindah dan ambulansi, segan untuk mencoba bergerak, keterbatasan rentang gerak range of motion, menurunnya kekuatan otot, kontrol dan atau massa otot, dibebani pembatasan pergerakan ; mencakup mekanik; protokol medis, gangguan koordinasi

2. Gangguan Perlindungan Suatu keadaan dimana individu mengalami penurunan dalam kemampuannya untuk melindungi diri dari ancaman internal atau eksternal seperti penyakit atau cidera.

Faktor-faktor yang berhubungan¸ Usia lanjut, tidak adekuatnya nutrisi, penyalah gunaan alkohol, abnormalitas gambaran darah, penanganan / pengobatan (operasi, radiasi), penyakit seperti kanker dan kelainan daya kekebalan. Penentuan sifat/ karakteristik, defisiensi kekebalan/ daya imun, gangguan penyembuhan, gangguan dalam proses pembekuan, respon maladatif terhadap stres, perubahan neurosensoris, ketakutan, berkeringat, dispnea, batuk, gatal-gatal, gelisah, sulit tidur, letih, anoreksia, lemah, imobilitas, disorientasi dan nyeri tekan.

3. Gangguan harga diri rendah situsional Evaluasi/ perasaan negatif tentang diri yang berkembang sebagai respon terhadap kehilangan atau perubahan pada individu yang dulunya memiliki evaluasi diri yang positif. Faktor-faktor yang berhubungan, akan menjadi berkembang.

Penentuan sifat/ karakteristik, kejadian secara episodik tentang penampilan diri yang negatif dalam merespon dengan kejadian hidup sehari-hari pada orang yang dulunya mempuanyai evaluasi diri yang positif, mengatakan perasaan negatif tentang dirinya (

putus asa, tidak berguna, mengatakan dirinya negatif, mengekspresikan rasa malu/ bersalah dan kesulitan dalam membuat keputusan.

BAHAN DISKUSI

1. Hal-hal apa saja yang perlu dipertimbangkan pada diagnosa keperawatan
2. Perbedaan diagnosa keperawatan dengan diagnosa medis

JAWABAN

Maksudnya adalah memberikan diagnose keperawatan menyajikan keadaan klinis yang telah divalidasikan melalui batasan karakteristik mayor yang diidentifikasi.
Taksonomi NANDA 2009-2011

1. Activity intolerance – Intoleransi aktivitas
2. Risk for Activity intolerance - Resiko intoleransi aktivitas
3. Ineffective Activity planning - Rencana kegiatan tidak efektif
4. Ineffective Airway clearance - Bersihan jalan nafas tidak efektif
5. Latex Allergy response
6. Risk for latex Allergy response
7. Anxiety - Kecemasan
8. Death Anxiety
9. Risk for Aspiration - Resiko aspirasi
10. Risk for impaired parent/infant/child Attachment

1. - Perumusan harus jelas dan singkat berdasarkan respon klien terhadap Situasi atau keadaan kesehatan yang sedang dihadapi.
   - Spesifik dan akurat.
   - Merupakan pernyataan dari: P(Problem)+ E (Etiologi)+S (Sign/Simptom) atau P (Problem) + E (Etiologi).
   - Memberikan arahan pada rencana asuhan keperawatan.
   - Dapat dilaksanakan intervensi keperawatan oleh perawat.

Fisiologis, aman-nyaman-keselamatan, mencintai dan memiliki, harga diri aktualisasi diri.

2. Diagnosa keperawatan mengacu untuk memberikan respon terhadap kebutuhan dasar manusia, diagnosa medis terhadap pengobatan penyakit/patologik. Lain-lainnya lihat tabel perbedaan diagnosa medis dengan diagnosa keperawatan.

TUGAS MAHASISWA : Bandingkan dengan terbitan buku NANDA terbaru

Kesimpulan

Diagnosis Keperawatan merupakan keputusan klinik tentang respon individu, keluarga dan masyarakat tentang masalah kesehatan aktual atau potensial, dimana berdasarkan pendidikan dan pengalamannya, perawat secara akontabilitas dapat mengidentifikasi dan memberikan intervensi secara pasti untuk menjaga, menurunkan, membatasi, mencegah dan merubah status kesehatan klien (Carpenito, 2000; Gordon, 1976 & NANDA).

Diagnosis keperawatan ditetapkan berdasarkan analisis dan interpretasi data yang diperoleh dari pengkajian keperawatan klien. Diagnosis keperawatan memberikan gambaran tentang masalah atau status kesehatan klien yang nyata (aktual) dan kemungkinan akan terjadi, dimana pemecahannya dapat dilakukan dalam batas wewenang perawat. Komponen Diagnosis Keperawatan. Rumusan diagnosis keperawatan mengandung tiga komponen utama, yaitu :

1. Problem (P/masalah)

Merupakan gambaran keadaan klien dimana tindakan keperawatan dapat diberikan. Masalah adalah kesenjangan atau penyimpangan dari keadaan normal yang seharusnya tidak terjadi.

Tujuan : menjelaskan status kesehatan klien atau masalah kesehatan klien secara jelas dan sesingkat mungkin. Diagnosis keperawatan disusun dengan menggunakan standart yang telah disepakati (NANDA, Doengoes, Carpenito, Gordon, dll), supaya :

a. Perawat dapat berkomunikasi dengan istilah yang dimengerti secara umum
b. Memfasilitasi dan mengakses diagnosa keperawatan
c. Sebagai metode untuk mengidentifikasi perbedaan masalah keperawatan dengan masalah medis
d. Meningkatkan kerjasama perawat dalam mendefinisikan diagnosis dari data pengkajian dan intervensi keperawatan, sehingga dapat meningkatkan mutu asuhan keperawatan.

2. Etiologi (E/penyebab), Keadaan ini menunjukkan penyebab keadaan atau masalah kesehatan

yang memberikan arah terhadap terapi keperawatan.

Penyebabnya meliputi : perilaku, lingkungan, interaksi antara perilaku dan lingkungan.

Unsur-unsur dalam identifikasi etiologi :

a. Patofisiologi penyakit : adalah semua proses penyakit, akut atau kronis yang dapat menyebabkan / mendukung masalah.

b. Situasional : personal dan lingkungan (kurang pengetahuan, isolasi sosial, dll)

c. Medikasi (berhubungan dengan program pengobatan/perawatan) : keterbatasan institusi atau rumah sakit, sehingga tidak mampu memberikan perawatan.

d. Maturasional :Adolesent : ketergantungan dalam kelompok Young Adult : menikah, hamil, menjadi orang tua Dewasa : tekanan karier, tanda-tanda pubertas.

3. Sign & symptom (S/tanda & gejala) Adalah ciri, tanda atau gejala, yang merupakan informasi yang diperlukan untuk merumuskan diagnosis keperawatan. Jadi rumus diagnosis keperawatan adalah : PE / PES.

Persyaratan Penyusunan Diagnosis Keperawatan Perumusan harus jelas dan singkat dari respon klien terhadap situasi atau keadaan yang dihadapi :

1. Spesifik dan akurat (pasti)
2. Dapat merupakan pernyataan dari penyebab
3. Memberikan arahan pada asuhan keperawatan
4. Dapat dilaksanakan oleh perawat
5. Mencerminan keadaan kesehatan klien.

Proses Penyusunan Diagnosis Keperawatan

1. Klasifikasi & Analisis Data

Pengelompokkan data adalah mengelompokkan data-data klien atau keadaan tertentu dimana klien mengalami permasalahan kesehatan atau keperawatan berdasarkan kriteria permasalahannya. Pengelmpkkan data dapat disusun berdasarkan pola respon manusia (taksonomi NANDA) dan/atau pola fungsi kesehatan (Gordon, 1982); Respon Manusia (Taksonomi NANDA II) :

a. Pertukaran

b. Komunikasi

c. Berhubungan

d. Nilai-nilai

e. Pilihan

f. Bergerak

g. Penafsiran

h. Pengetahuan

i. Perasaan

Pola Fungsi Kesehatan (Gordon, 1982) :

a. Persepsi kesehatan : pola penatalaksanaan kesehatan

b. Nutrisi : pola metabolism

c. Pola eliminasi

d. Aktivitas : pola latihan

e. Tidur : pola istirahat

f. Kognitif : pola perceptual

g. Persepsi diri : pola konsep diri

h. Peran : pola hubungan

i. Seksualitas : pola reproduktif

j. Koping : pola toleransi stress

k.Nilai : pola keyakinan

2. Mengindentifikasi 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.

a. Menentukan kelebihan klien.

b. Menentukan masalah klien.

c. Menentukan masalah yang pernah dialami oleh klien

d. Penentuan keputusan

3. Memvalidasi diagnosis 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 diagnosis 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 diagnosis keperawatan hendaknya diurutkan menurut kebutuhan yang berlandaskabn hirarki Maslow (kecuali untuk kasus kegawat daruratan — menggunakan prioritas berdasarkan “yang mengancam jiwa”) :

a. Berdasarkan Hirarki Maslow : fisiologis, aman-nyaman-keselamatan, mencintai dan memiliki, harga diri dan aktualisasi diri

b. Griffith-Kenney Christensen : ancaman kehidupan dan kesehatan, sumber daya dan dana

yang tersedia, peran serta klien, dan prinsip ilmiah dan praktik keperawatan.

Kategori Diagnosis Keperawatan

1. Diagnosis Keperawatan Aktual
2. Diagnosis Keperawatan Resiko
3. Diagnosis Keperawatan Kemungkinan
4. Diagnosis Keperawatan Sejahtera
5. Diagnosis Keperawatan Sindrom

DAFTAR PUSTAKA

Mary C. Townsend; *Buku Saku Diagnosa keperawatan pada psikiatri pedoman untuk pembuatan rencana perawatan* alih bahasa, Novi Helena C. Daulima; – Ed. 3 – Jakarta: EGC, 1998.

Mi jakim, Gertrude K, and Audrey M, *Diagnosa Keperawatan*, 1995, alih bahasa ,Yasmin Asih –ed. 5 – Jakarta : EGC, 1994

BAB III

PERENCANAAN

A. Pengertian Perencanaan

Perencanaan adalah kategori dari perilaku keperawatan dimana tujuan yang berpusat pada klien dengan hasil yang diperkirakan, ditetapkan dan intervensi keperawatan dipilih untuk mencapai tujuan tersebut. Selama perencanaan dibuat prioritas. Prioritas ditegakkan untuk mengidentifikasi urutan intervensi keperawatan ketika klien mempunyai masalah atau perubahan multiple.

Menetapkan prioritas bukan semata-mata memberikan nomer pada diagnose keperawatan dengan dasar keparahan atau kepentingan fisiologis. Sebaliknya, prioritas pemilihan adalah metode yang digunakan perawat dank lien untuk secara mutualisme membuat peringkat diagnose dalam urutan kepentingan yang didasarkan pada keinginan , kebutuhan dan keselamatan klien.

Prioritas diklasifikasikan sebagai tinggi, menengah, atau rendah. Prioritas bergantung pada urgensi dari masalah, sifat dari pengobatan yang diberikan, dan interaksi diantara diagnose keperawatan. Prioritas yang tinggi dapat terjadi baik dalam dimensi psikologis maupun fisiologis dan perawat harus menghindari mengklasifikasi hanya diagnose keperawatan fisiologis sebagai prioritas yang tinggi. Diagnose keperawatan prioritas menengah mencakup kebutuhan klien non emergency , tidak mengancam kehidupan. Diagnose keperawatan prioritas rendah adalah kebutuhan klien yang mungkin tidak secara langsung berhubungan dengan penyakit spesifik atau prognosis spesifik.

Untuk mengarahkan dan mengevaluasi asuhan keperawatan, rencana asuhan harus mencakup elemen sebagai berikut :

1. Pernyataan diagnostik (masalah kolaboratif, diagnosa keperawatan).

2. Kriteria hasil (tujuan klien) atau tujuan keperawatan.
3. Tindakan keperawatan atau intervensi.
4. Evaluasi (status rencana).

B. Tujuan Rencana Keperawatan

Rencana asuhan keperawatan adalah pedoman tertulis untuk perawatan klien. Rencana perawatan tertulis mendokumentasikan kebutuhan perawatan kesehatan klien, yang ditentukan oleh pengkajian dan diagnose keperawatan, tujuan, dan hasil yang diharapkan yang dirumuskan selama perencanaan. Selain itu, rencana perawatan tertulis mengomunikasikan kepada perawat lain dan professional perawatan kesehatan lain tentang data pengkajian yang berkaitan yang didapat dari klien, daftar masalah dan terapi.rencana perawatan tertulis mengurangi resiko perawatan yang tidak lengkap, tidak tepat, atau tidak akurat.

Tujuan umum :

1. Sebagai alat komunikasi antara sesama anggota perawatan dan antar tim kesehatan lainnya.
2. Untuk meningkatkan kesinambungan asuhan keperawatan terhadap klien.
3. Mendokumentasikan proses dan kriteria hasil asuhan keperawatan yang akan dicapai.

Tujuan Administratif :

1. Mengidentifikasi fokus keperawatan kepada klien atau kelompok.
2. Membedakan tanggung jawab perawat dengan profesi kesehatan lainnya.
3. Menyediakan suatu kriteria guna pengulangan dan evaluasi keperawatan.
4. Menyediakan kriteria klasifikasi klien.

Tujuan Klinik :

1. Menyediakan suatu pedoman dalam penulisan.
2. Mengomunikasikan dengan staf perawat, apa yang diajarkan, apa yang diobservasi dan apa yang dilaksanakan.
3. Menyediakan kriteria hasil (outcomes) sebagai pengulangan dan evaluasi keperawatan.
4. Rencana tindakan yang spesifik secara langsung bagi individu, keluarga dan tenaga kesehatan lainnya untuk melaksanakan tindakan.

Rencana asuhan keperawatan yang dirumuskan dengan tepat memfasilitasi kontinuitas asuhan keperawatan dari satu perawat ke perawat lainnya. Sebagai hasil, semua perawat mempunyai kesempatan untuk memberikan asuhan yang berkualitas tinggi dan konsisten.. Rencana asuhan keperawatan tertulis mengatur pertukaran informasi oleh perawat dalam laporan pertukaean dinas. Perawat memfokuskan laporan ini pada rencana keperawatan dan tindakan yang dijabarkan dalam rencana keperawatan. Pada akhir dinas jaga, perawat mendiskusikan rencana perawatan dengan pemberian perawatan berikutnya. Dengan demikian semua perawat mampu mendiskusikan informasi terbaru yang berkaitan mengenai rencana perawatan klien.

Rencana perawatan tertulis juga mencakup kebutuhan klien jangka penjang. Memadukan tujuan dari rencana perawatan ke dalam perencanaan pulang terutama sekali penting bagi klien yang akan menjalani rehabilitasi jangka panjang di komunitas. Rencana perawatan yang lengkap meningkatkan kontinuitas asuhan keperawatan diantara perawat di rumah sakit dan komunitas.

Hal terakhir yang didokumentasikan pada rencana asuhan keperawatan adalah criteria hasil yang diperkirakan yang digunakan dalam mengevaluasi asuhan

Rencana Perawatan di Berbagai Lingkungan

1. **Rencana Perawatan Institusional**

   Rencana perawatan institusional (staf) adalah dokumen ringkas yang menjadi bagian dari catatan medis klien. Banyak rumah sakit menggunakan kardex rencana asuhan keperawatan. Kardex adalah nama dagang untuk sistem pengisian lembar catatan yang memungkinkan rujukan cepat untuk kebutuhan tertentu klien untuk aspek asuhan keperawatan tertentu.

2. **Rencana Perawatan Dikomputerisasi**

   Rencana asuhan keperawatan yang dikomputerisasi/distandardisasi adalah suatu metode untuk mempersingkat dan memperjelas rencana perawatan, dan memberikan dokumentasi untuk pembayar pihak ketiga.

   Penggunaan computer dan kebutuhan pengaturan waktu perawat secara efektif telah menghasilkan rencana perawatan yang baku, yang merupakan format yang dirancang untuk diagnose keperawatan spesifik atau bidang klinis spesifik (sebagai contoh, unit perawatan koroner, bedah abdomen, post partum, dan unit bedah sehari).

3. **Rencana Perawatan untuk Lingkungan Komunitas**

   Merencanakan asuhan bagi klien di lingkungan komunitas, sebagai contoh , klinik, pusat komunitas, atau rumah klien, mencakup penggunaan prinsip yang sama dari praktek keperawatan. Dalam lingkungan ini, klien/unit keluarga berada dalam kemitraan yang sebanding dengan professional perawatan kesehatan. Perawat menyusun rencana untuk :

   a. Mendidik klien atau keluarganya tentang teknik perawatan yang diperlukan.
   b. Mengajarkan cara mengintegrasikan perawatan dalam aktivitas keluarga.
   c. Memungkinkan klien/keluarga untuk menanggung perawatan dalam presentasi yang lebih banyak dalam peningkatan secara bertahap.
   d. Perencanaan dirancang untuk memasukan evaluasi perawat dan klien/keluarga tentang hasil yang diharapkan.

   Hasil yang diharapkan adalah sasaran spesifik, langkah demi langkah yang mengarah pada pencapaian tujuan dan penghilangan etiologi untuk diagnosa keperawatan. Suatu hasil adalah perubahan dalam status klien yang dapat diukur dan berespons terhadap asuhan keperawatan. Serta respon yang diinginkan dari kondisi klien dalam dimensi fisiologis, sosial, emosional, perkembangan atau spiritual.

C. Pedoman untuk Menulis Tujuan dan Hasil yang Diharapkan

1. Faktor yang berpusat pada klien.

   Karena asuhan keperawatan diarahkan dari diagnosa keperawatan. Maka tujuan dan hasil yang diperkirakan difokuskan pada klien.
2. Faktor tunggal

   Setiap pernyataan tujuan atau hasil yang diperkirakan harus menunjukkan hanya satu respons perilaku. Kemanunggalan ini memberikan metode yang lebih tepat untuk mengevaliasi respons klien terhadap tindakan keperawatan.
3. Faktor yang dapat diamati.

   Hasil yang diharapkan dari asuhan keperawatan harus dapat diamati. Melalui pengamatan perawat mencatat bahwa telah terjadi perubahan.
4. Faktor yang dapat diukur.

   Tujuan hasil yang diharapkan ditulis untuk memberi perawat standar yang dapat digunakan untuk mengukur respons klien terhadap asuhan keperawatan.
5. Faktor batasan waktu.

   Batasan waktu untuk setiap tujuan dan hasil yang diharapkan menunjukkan kapan respons yang diharapkan harus terjadi.
6. Faktor mutual.

   Memastikan bahwa klien dan perawat setuju mengenai arah dan batasan waktu dari perawatan. Dapat meningkatkan motivasi dan kerja sama klien.
7. Faktor realistik.

   Dapat dengan cepat memberikan klien dan perawat suatu rasa pencapaian.

D. Jalur kritis

Jalur kritis memungkinkan staf dari semua disiplin, seperti kedokteran, keperawatan, dan farmasi, untuk mengembangkan rencana keperawatan yang telah terintegrasi untuk lama perawatan klien yang telah ditetapkan dengan tipe kasus spesifik. Sebagai contoh , jalur ini adalah untuk evaluasi transplant paru, yang merekomendasikan

aktifitas klien sehari-hari, konsultasi, prosedur, rencana pemulangan , dan topik penyuluhan yang diharapkan untuk kemajuan klien melalui proses transplantasi.

BAB IV

IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Apabila rencana keperawatan telah disusun tentulah ada tahap pelaksanaan tindakan keperawatan dengan tujuan untuk memenuhi kebutuhan klien secara optimal. Pelaksanaan adalah pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan.

A. JENIS TINDAKAN

1. Secara mandiri (independen) : adalah tindakan yang diprakarsai sendiri oleh perawat untuk membantu klien dalam mengatasi masalahnya atau menanggapi reaksi karena adanya stressor (penyait), misalnya :

    a. Membantu klien dalam melakuan kegiatan sehari-hari
    b. Memberikan perawatan kulit untuk mencegah decubitus (penyakit yang timbul dirumah sakit / dipunggung sehingga tidak nyaman tidurnya)

c. Memberikan dorongan pada klien untuk mengungkapkan perasaannya secara wajar
d. Menciptakan lingungan terapeutik (asuhan keperawatan)

2. Saling ketergantungan (interdependent/kolaborasi) : adalah tindakan keperawatan atas dasar kerjasama sesama tim perawatan atau dengan tim kesehatan lainnya seperti dokter, fisioterapi, analis kesehatan dan sebagainya, misalnya dalam hal :
   a. Pemberian obat-obatan sesuai dengan instruksi dokter
   b. Pemberian infus
3. Rujukan/ketergantungan (dependen) : adalah tindakan keperawatan atas dasar rujukan dari profesi lain, diantaranya dokter, psikolog, psikiater, ahli gizi, fisioterapi, dan sebagainya, misalnya :
   a. Pemberian makan pada klien sesuai dengan diit yang telah dibuat oleh ahli gizi
   b. Latihan fisik – ahli fisioterapi

B. FOKUS INTERVENSI KEPERAWATAN

1. Mempertahankan daya tahan tubuh
2. Mencegah komplikasi
3. Menemukan perubahan sistem tubuh
4. Memantapkan hubungan klien dengan lingungan
5. Implementasi pesan dokter
6. Mengupayakan rasa aman, nyaman dan keselamatan klien.

C. PRINSIP-PRINSIP INTERVENSI KEPERAWATAN

1. Berdasarkan kepada respon klien
2. Berdasarkan penggunaan sumber yang tersedia
3. Meningkatkan kemampuan merawat diri sendiri dan self reliance
4. Sesuai dengan standart praktik keperawatan
5. Memiliki dasar hukum
6. Sesuai dengan tanggung jawab praktek keperawatan
7. Kerjasama dengan profesi lain
8. Penekanan pada aspek pencegahan dan peningkatan kesehatan

9. Menerapkan metode keperawatan yang paling efektif
10. Mempertimbangkan kebutuhan kesehatan yang esensial
11. Memperhatikan faktor perubahan lingkungan
12. Meningkatkan peran serta klien dalam asuhan keperawatan klien.

D. PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN

1. Langsung : ditangani sendiri oleh perawat yang menemukan masalah kesehatan klien
2. Delegasi : diserahkan kepada orang lain atau perawat lain yang dapat dipercaya untuk melakukan tindakan keperawatan klien.

E. PERTIMBANGAN TINDAKAN KEPERAWATAN

1. Individualitas klien
2. Melibatkan klien dalam intervensi
3. Pencegahan komplikasi
4. Mempertahanan kondisi tubuh sebagai upaya peningkatan kesehatan
5. Rasa aman bagi klien
6. Penampilan perawat yang bijaksana

F. LANGKAH-LANGKAH PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN

1. Tinjau ulang data dan pembaruan data
2. Revisi rencana keperawatan sebagai respon terhadap perubahan respon klien terhadap masalah kesehatan
3. Menentukan kebutuhan dan bantuan keperawatan klien
4. Implementasi tindakan
5. Mempelajari respon klien
6. Komunikasi.

G. DASAR STRATEGI DALAM MELAKSANAKAN TINDAKAN KEPERAWATAN

1. Proses belajar mengajar berkaitan dengan pendidikan kesehatan
2. Komunikasi dua arah antara perawat dan klien

3. Ketrampilan psikomotorik perawat dalam membantu memenuhi kebutuhan klien
4. Kerjasama diantara perawat dan profesi kesehatan lainnya
5. Kepemimpinan keperawatan dalam menglola asuhan keperawatan

H. HAL-HAL YANG PERLU DIPERHATIKAN

1. Tahap Persiapan :
    a. Memahami rencana keperawatan
    b. Memanfaatkan kemampuan dalam melaksanakan tindakan keperawatan
    c. Menguasai ketrampilan teknis keperawatan
    d. Mengetahui sumber daya yang diperlukan
    e. Memahami aspek hukum dan kode etik yang berlaku dalam bidang keperawatan
    f. Mengetahui efek samping dan komplikasi yang mungkin timbul
    g. Mengetahui standart praktik keperawatan untuk menguur keberhasilan
    h. Penampilan perawat dalam melaksanaan tindakan keperawatan harus meyakinkan
2. Tahap Pelaksanaan :
    a. Keselamatan klien
    b. Keamanan dan kenyamanan klien
    c. Pencegahan komplikasi.

Bagaimana menurut pendapat anda? tolong sampaikan demi kemajuan keperawatan indonesia dalam malakukan proses keperawatan

Related Nursing Science

- ASUHAN KEPERAWATAN GAWAT DARURAT PADA KLIEN DENGAN NYERI DADA
- Diagnosa keperawatan Perfusi jaringan tidak efektif
- Ketidakefektifan pola pernapasan, diagnosa keperawatan
- Kerusakan komunikasi verbal, Diagnosa keperawatan
- Evaluasi keperawatan yang perlu di pahami

- ANTE PARTUM BLEEDING-PERDARAHAN ANTE PARTUM – SUSPECT PLACENTA PREVIA ~ PERDARAHAN
- Prosedur keperawatan POSISI DORSAL RECUMBENT
- Diagnosa Keperawatan intoleransi aktivitas

Metodologi Keperawatan

Pelaksanaan dapat diartikan yaitu implementasi atau penerapan .

Metodologi Pelaksanaan Keperawatan yaitu dengan cara :

1. Pengkajian Ulang terhadap klien

Pengkajian merupakan proses kontinu yang terjadi setiap kali Anda berinteraksi dengan klien . Saat anda mengumpulkan dan mengidentifikasi kebutuhan baru, akan memodifikasi renca keperawatan. Selain itu memodifikasi rencana saat menentukan kebutuhan kesehatan klien . Pada fase ini , lakukan pengkajian ulang terhadap klien.Ini merupakan penilaian parsial dan terkadang berfokus pada suatu dimensi , seperti tingkat kenyamanan atau pada satu system , seperti system kardiovaskuler . Langkah ini membantu anda untuk menentukan apakah tindakan keperawatan tersebut masih sesuai dengan kondisi klien. Sebagai contoh , Lisa meluangkan waktu untuk berbicara degan Nn A tentang kekhawtiran klien terhadap operasi . Pada pengkajian ulang ditemukan bahwa NN A masih merasa tidak nyaman dan lelah sehingga Lisa mharus menunda pembicaraan tersebut . Ia memutuskan untuk menggabungkan pembicaraan tersebut saat ia memulai edukasi preoporatif selama 30menit . Saat anda memperoleh data baru atau mengidentifikasi kebutuhan baru , lakukan rencana asuhan keperawatan.

2 Meninjau dan Merevisi Rencana Asuhan Keperawatan yang Ada

Setelah mengaji ulang, lakukan peninjauan pada rencana keperawatan, bandingkan data tersebut agar diagnosis keprawatan menjadi valid, dan tentukan apakah intervensi keperawatan tersebut masih menjadi yang terbaik untuk situasi klinis saat itu. Jika terjadi berubahan status klien, diagnosis keperawatan dan intervensinya, lakukan modifikasi rencana asuhan keperawatan. Rencana yang "ketinggalan zaman" akan menurunkan kualitas asuhan keperawatan. Proses peninjauan dan modifikasi memungkinkan anda menyediakan intervensi keperawatan yang terbaik bagi kebutuhan klien. Modifikasi rencana keperawatan tertulis mencangkup empat langkah sebagi berikut :

a. Lakukan revisi data pada kolom pengkajian untuk menggambarkan status klien terkini. Berikan tanggal pada data baru sehingga anggota tim yang lain mengatahui waktu perubahan tersebut.
b. Lakukan revisi diagnosis keperawatan. Hapus diagnosis keperawatan yang telah kehilangan relevansinya, tambah dan berikan tanggal pada diagnosis yang baru.
c. Lakukan revisi pada intervensi sesuai dengan diagnosis dan tujuan keperawatan yang baru. Revisi yang ini harus menggambarkan status terkini klien.
d. Tentukan metode evaluasi untuk menentukan apakah anda berhasil.

3. Mengorganisasi Sumber daya dan Penyampaian Layanan

Sumber daya atau fasilitas mencakup peralatan dan personel yang memiliki keterampilan . Organisasi peralatan dan personel atau membuat perawatan klien menjadi lebih cepat tepat waktu , efisen dan penuh keterampilan. Persiapan pemberian asuahn juga meliputi persiapan lingkungan dank lien untuk intervensi keperawatan.

4. Antisipasi dan Pencegahan Komplikasi

Risiko pada klien berasal dari penyakit dan terapi. Sebagai perawat, awasi dan kenali risiko tersebut, sesuaikan intervensi anda dengan situasi, evaluasi keuntungan terapi terhadap risiko. Banyak kondisi yang menempatkan klien pada risiko komplikasi. Sebagai contoh, klien yang menderita kelumpuhan sisi kiri akibat stroke 2 tahun yang

lalu akan berisiko mengalami dekubitus setelah operasi ortopedi karena dibutuhkan traksi dan tirah baring. Seseorang klien diabetes dengan obesitas yang baru saja menjalani operasi abdomen akan berisiko mengalami pemulihan luka yang buruk dan komplikasi akibat fistula atau dehisens. Perawat merupakan pihak pertama yang mendeteksi perubahan kondisi klien. Pada penelitiannya, Benner (1948) menunjukkan bahwa perawat ahli belajar mengantisipasi perburukan klien sebelum tanda diagnostik yang mengonfirmasi hal tersebut timbul.

5. Mengenali Area Asistensi

Beberapa situasi tertentu mengharuskan Anda mencari bantuan dengan cara menambah personel, pengetahuan atau keterampilan keperawatan .Sebelum memulai perawatan , tinjaulah rencana untuk menentukan kebutuhan bantuan dan jenis yang dibutuhkan . Sebagai contoh , jika anda melayani klien dengan imobilisasi dan berat dan berat badan berlebihan , Anda akan membutuhkan personel tambahan untuk membantu klien berganti posisi dengan aman .Pastikan jumlah dan waktu bantuan yang dibutuhkan sebelumnya . Diskusikan kebutuhan Anda akan bantuan dengan perawat lainnya atau asisten.

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi kestatus kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan (Gordon, 1994, dalam Potter & Perry, 1997).

Ukuran intervensi keperawatan yang diberikan kepada klien terkait dengan dukungan, pengobatan, tindakan untuk memperbaiki kondisi, pendidikan untuk klien-keluarga, atau tindakan untuk mencegah masalah kesehatan yang muncul dikemudian hari.

Untuk kesuksesan pelaksanaan implementasi keperawatan agar sesuai dengan rencana keperawatan, perawat harus mempunyai kemampuan kognitif (intelektual), kemampuan dalam hubungan interpersonal, dan keterampilan dalam melakukan tindakan. Proses pelaksanaan implementasi harus berpusat kepada kebutuhan klien, faktor-faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan keperawatan, strategi implementasi keperawatan, dan kegiatan komunikasi. (Kozier et al., 1995).

Dalam Implementasi tindakan keperawatan memerlukan beberapa pertimbangan, antara lain: 1)Individualitas klien, dengan mengkomunikasikan makna dasar dari suatu implementasi keperawatan yang akan dilakukan.

2) Melibatkan klien dengan mempertimbangkan energi yang dimiliki, penyakitnya, hakikat stressor, keadaan psiko-sosio-kultural, pengertian terhadap penyakit dan intervensi.

3) Pencegahan terhadap komplikasi yang mungkin terjadi.

4) Mempertahankan kondisi tubuh agar penyakit tidak menjadi lebih parah serta upaya peningkatan kesehatan.

5) Upaya rasa aman dan bantuan kepada klien dalam memenuhi kebutuhannnya.

6) Penampilan perawat yang bijaksana dari segala kegiatan yang dilakukan kepada klien.

Beberapa pedoman dalam pelaksanaan implementasi keperawatan (Kozier et al,. 1995) adalah sebagai berikut:

1) Berdasarkan respons klien.

2)Berdasarkan ilmu pengetahuan, hasil penelitian keperawatan, standar pelayanan professional, hukum dan kode etik keperawatan.

3) Berdasarkan penggunaan sumber-sumber yang tersedia.

4)Sesuai dengan tanggung jawab dan tanggung gugat profesi keperawatan.

5) Mengerti dengan jelas pesanan-pesanan yang ada dalam rencana intervensi keperawatan.

6) Harus dapat menciptakan adaptasi dengan klien sebagai individu dalam upaya meningkatkan peran serta untuk merawat diri sendiri (Self Care).

7) Menekankan pada aspek pencegahan dan upaya peningkatan status kesehatan.

8)Dapat menjaga rasa aman, harga diri dan melindungi klien

9) Memberikan pendidikan, dukungan dan bantuan.

10) Bersifat holistik.

11) Kerjasama dengan profesi lain.

12) Melakukan dokumentasi

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

1. Cognitive implementations, meliputi pengajaran/ pendidikan, menghubungkan tingkat pengetahuan klien dengan kegiatan hidup sehari-hari, membuat strategi untuk klien dengan disfungsi komunikasi, memberikan umpan balik, mengawasi tim keperawatan, mengawasi penampilan klien dan keluarga, serta menciptakan lingkungan sesuai kebutuhan, dan lain lain.

2. Interpersonal implementations, meliputi koordinasi kegiatan-kegiatan, meningkatkan pelayanan, menciptakan komunikasi terapeutik, menetapkan jadwal personal, pengungkapan perasaan, memberikan dukungan spiritual, bertindak sebagai advokasi klien, role model, dan lain lain.

3. Technical implementations, meliputi pemberian perawatan kebersihan kulit, melakukan aktivitas rutin keperawatan, menemukan perubahan dari data dasar klien, mengorganisir respon klien yang abnormal, melakukan tindakan keperawatan mandiri, kolaborasi, dan rujukan, dan lain-lain.

Sedangkan dalam melakukan implementasi keperawatan, perawat dapat melakukannya sesuai dengan rencana keperawatan dan jenis implementasi keperawatan. Dalam pelaksanaannya terdapat tiga jenis implementasi keperawatan, antara lain:

1. Independent implementations, adalah implementasi yang diprakarsai sendiri oleh perawat untuk membantu klien dalam mengatasi masalahnya sesuai dengan kebutuhan, misalnya: membantu dalam memenuhi activity daily living (ADL),

memberikan perawatan diri, mengatur posisi tidur, menciptakan lingkungan yang terapeutik, memberikan dorongan motivasi, pemenuhan kebutuhan psiko-sosio-spiritual, perawatan alat invasive yang dipergunakan klien, melakukan dokumentasi, dan lain-lain.

2. Interdependen/ Collaborative implementations, adalah tindakan keperawatan atas dasar kerjasama sesama tim keperawatan atau dengan tim kesehatan lainnya, seperti dokter. Contohnya dalam hal pemberian obat oral, obat injeksi, infus, kateter urin, naso gastric tube (NGT), dan lain-lain. Keterkaitan dalam tindakan kerjasama ini misalnya dalam pemberian obat injeksi, jenis obat, dosis, dan efek samping merupakan tanggungjawab dokter tetapi benar obat, ketepatan jadwal pemberian, ketepatan cara pemberian, ketepatan dosis pemberian, dan ketepatan klien, serta respon klien setelah pemberian merupakan tanggung jawab dan menjadi perhatian perawat.

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

Secara operasional hal-hal yang perlu diperhatikan perawat dalam pelaksanaan implementasi keperawatan adalah:

1.Pada tahap persiapan.

a. Menggali perasaan, analisis kekuatan dan keterbatasan professional pada diri sendiri.

b. Memahami rencana keperawatan secara baik.

c. Menguasai keterampilan teknis keperawatan.

d. Memahami rasional ilmiah dari tindakan yang akan dilakukan.

e. Mengetahui sumber daya yang diperlukan.

f. Memahami kode etik dan aspek hukum yang berlaku dalam pelayanan keperawatan.

g. Memahami standar praktik klinik keperawatan untuk mengukur keberhasilan.

h. Memahami efek samping dan komplikasi yang mungkin muncul.

i. Penampilan perawat harus menyakinkan.

2. Pada tahap pelaksanaan.

a. Mengkomunikasikan/ menginformasikan kepada klien tentang keputusan tindakan keperawatan yang akan dilakukan oleh perawat.

b. Beri kesempatan kepada klien untuk mengekspresikan perasaannya terhadap penjelasan yang telah diberikan oleh perawat.

c. Menerapkan pengetahuan intelektual, kemampuan hubungan antar manusia dan kemampuan teknis keperawatan dalam pelaksanaan tindakan keperawatan yang diberikan oleh perawat.

d. Hal-hal yang perlu diperhatikan pada saat pelaksanaan tindakan adalah energi klien, pencegahan kecelakaan dan komplikasi, rasa aman, privacy, kondisi klien, respon klien terhadap tindakan yang telah diberikan.

3. Pada tahap terminasi.

a.Terus memperhatikan respons klien terhadap tindakan keperawatan yang telah diberikan.

b.Tinjau kemajuan klien dari tindakan keperawatan yang telah diberikan.

c.Rapikan peralatan dan lingkungan klien dan lakukan terminasi.

d.Lakukan pendokumentasian.

TAHAP PELAKSANAAN

Pelaksanaan tindakan keperawatan terhadap keluarga didasarkan kepada rencana asuhan keperawatan yang telah disusun. Kegagalan dalam pelaksanaan tindakan keperawatan dan kesehatan dalam memecahkan masalah kesehatan keluarga disebabkan oleh banyak faktor, diantaranya adalah :

1. Kurangnya pengetahuan dalam bidang kesehatan
2. Informasi yang diperoleh keluarga tidak menyeluruh
3. Tidak mau menghadapi situasi
4. Mempertahankan suatu pola tingkah laku karena kebiasaan yang melekat
5. Adat istiadat yang berlaku
6. Kegagalan dalam mengkaitkan tindakan dengan sasaran
7. Kurang percaya terhadap tindakan yang diusulkan.

Faktor lain yang bersumber dari perawat adalah :

1. Menggunakan pola pendekatan yang tetap (kaku, kurang luwes)
2. Kurang memberikan penghargaan, perhatian terhadap faktor-faktor sosial budaya
3. Perawat kurang ahli dalam mengambil tindakan.

Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam pelaksanaan tindakan keperawatan terhadap keluarga :

1. Sumber daya keluarga (keuangan)

2. Tingkat pendidikan keluarga

3. Adat istiadat yang berlaku

4. Respon dan penerimaan keluarga

5. Sarana dan prasarana yang ada pada keluarga.

BAB V
EVALUASI

A.Latar Belakang

Tahap evaluasi merupakan perbandingan yang sistematik dan terencana tentang kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan, dilakukan berkesinambungan dengan melibatkan klien dan tenaga kesehatan lainnya. Evaluasi dalam keperawatan merupakan kegiatan dalam menilai tindakan keperawatan yang telah ditentukan, untuk mengetahui pemenuhan kebutuhan klien secara optimal dan mengukur hasil dari proses keperawatan.

Langkah evauasi dari proses keperawatan mengukur respon klien terhadap tindakan keperawtan dan kemajuan klien kearah pencapaian tujuan.data di kumpulkan dengan dasar berkelanjutan untuk mengukur perubahan dalam fungsi,dalam kehidupan sehari-hari dan dalam ketersediaan atau penggunaan sumber eksternal.

Aspek lain dari evaluasi mencakup pengukuran kualitas asuhan keperawatan yang di berikan dalam lingkungan perawat kesehatan.perawat mengevaluasi setiap kemajuan dan pemulihan klien , tetapi hal ini tidak lah tutup. Organisasi keperawatan kesehatan harus bertanggung gugat dan bertanggung jawab untuk megevaluasi dan memperbaiki kualitas keperawatan dan layanan keperawatan klien lainnya yang di berikan pada semua klien.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan umum

Tujuan umum bab ini adalah untuk menjelaskan tentang evaluasi dalam asuhan keperawatan

2. Tujuan khusus

Tujuan khusus bab ini adalah untuk menjabarkan tentang :

a. Pengertian evaluasi

b. Jenis evaluasi

c. Tujuan evaluasi

d. Manfaat evaluasi

e. Kriteria evaluasi

f. Teknik penilaian

g. Langkah evaluasi

h. Proses evaluasi

i. Mengukur pencapaian tujuan

j. Hasil evaluasi

C. Manfaat Penulisan

Diharapkan bab ini bermanfaat untuk:

1. Memperkuat pemahaman ilmu pengetahuan yaitu tentang materi evaluasi dalam asuhan keperawatan

2. Menjadi bahan masukan dan saran untuk meningkatkan efektivitas dan kreatifitas mahasiswa dalam meningkatkan ilmu pengetahuan

D. Ruang Lingkup

Ruang lingkup penulisan bab ini hanya membatasi masalah tentang materi evaluasi dalam asuhan keperawatan

Adapun pembahasannya terdiri dari :

1. Pengertian evaluasi

2. Jenis evaluasi

3. Tujuan evaluasi
4. Manfaat evaluasi
5. Kriteria evaluasi
6. Teknik penilaian
7. Langkah evaluasi
8. Proses evaluasi
9. Mengukur pencapaian tujuan
10. Hasil evaluasi

Evaluasi keperawatan

A. PENGERTIAN EVALUASI

Tahap penilaian atau evaluasi adalah perbandingan yang sistematik dan terencana tentang kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan, dilaukan dengan cara bersinambungan dengan melibatkan klien dan tenaga kesehatan lainnya. Penilaian dalam keperawatan merupakan kegiatan dalam melaksanakan rencana tindakan yang telah ditentukan, untuk mengetahui pemenuhan kebutuhan klien secara optimal dan mengukur hasil dari proses keperawatan. Penilaian keperawatan adalah mungukur keberhasilan dari rencana dan pelaksanaan tindakan keperawatan yang dilakukan dalam memenuhi kebutuhan klien. Tahap evaluasi merupakan perbandingan yang sistematik dan terencana tentang kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan, dilakukan berkesinambungan dengan melibatkan klien dan tenaga kesehatan lainnya. Evaluasi dalam keperawatan merupakan kegiatan dalam menilai tindakan keperawatan yang telah ditentukan, untuk mengetahui pemenuhan kebutuhan klien secara optimal dan mengukur hasil dari proses keperawatan.

- ✓ **Menurut pakar Ziegler, Voughan – Wrobel, & Erlen (1986), dalam Craven & Hirnle (2000), evaluasi terbagi menjadi tiga jenis, yaitu:**

1. Evaluasi struktur. Evaluasi struktur difokuskan pada kelengkapan tata cara atau

keadaan sekeliling tempat pelayanan keperawatan diberikan. Aspek lingkungan secara langsung atau tidak langsung mempengaruhi dalam pemberian pelayanan. Persediaan perlengkapan, fasilitas fisik, ratio perawat-klien, dukungan administrasi, pemeliharaan dan pengembangan kompetensi staf keperawatan dalam area yang diinginkan.

2. Evaluasi proses. Evaluasi proses berfokus pada penampilan kerja perawat dan apakah perawat dalam memberikan pelayanan keperawatan merasa cocok, tanpa tekanan, dan sesuai wewenang. Area yang menjadi perhatian pada evaluasi proses mencakup jenis informasi yang didapat pada saat wawancara dan pemeriksaan fisik, validasi dari perumusan diagnosa keperawatan, dan kemampuan tehnikal perawat.

3. Evaluasi hasil. Evaluasi hasil berfokus pada respons dan fungsi klien. Respons prilaku klien merupakan pengaruh dari intervensi keperawatan dan akan terlihat pada pencapaian tujuan dan kriteria hasil.

B. TUJUAN

Tujuan umum :

1. Menjamin asuhan keperawatan secara optimal
2. Meningkatkan kualitas asuhan keperawatan.

Tujuan khusus :

1. Mengakhiri rencana tindakan keperawatan
2. Menyatakan apakah tujuan keperawatan telah tercapai atau belum
3. Meneruskan rencana tindakan keperawatan
4. Memodifikasi rencana tindakan keperawatan
5. Dapat menentukan penyebab apabila tujuan asuhan keperawatan belum tercapai

C. MANFAAT

1. Untuk menentukan perkembangan kesehatan klien
2. Untuk menilai efektifitas, efisiensi dan produktifitas asuhan keperawatan yang diberikan
3. Untuk menilai pelaksanaan asuhan keperawatan

4. Sebagai umpan balik untuk memperbaiki atau menyusun siklus baru dalam proses keperawatan
5. Menunjang tanggung gugat dan tanggung jawab dalam pelaksanaan keperawatan

D. KRITERIA :

1. Kriteria Proses (evaluasi proses) : menilai jalannya pelaksanaan proses keperawatan sesuai dengan situasi, kondisi dan kebutuhan klien. Evaluasi proses harus dilaksanakan segera setelah perencanaan keperawatan dilaksanakan untuk membantu keefektifan terhadap tindakan.
2. Kriteria keberhasilan (evaluasi hasil/sumatif) : menilai hasil asuhan eperawatan yang diperlihatkan dengan perubahan tingkah laku klien. Evaluasi ini dilaksanakan pada akhir tindakan keperawatan secara paripurna.

E . TEKNIK PENILAIAN :

1. Wawancara
2. Pengamatan
3. Studi dokumentasi

F. LANGKAH-LANGKAH EVALUASI :

1. Menentukan kriteria, standar dan pertanyaan evaluasi
2. Mengumpulkan data baru tentang klien
3. Menafsirkan data baru
4. Membandingkan data baru dengan standar yang berlaku
5. Merangkum hasil dan membuat kesimpulan
6. Melaksanakan tindakan yang sesuai berdasarkan kesimpulan

G. PROSES EVALUASI

1. MENGUKUR PENCAPAIAN TUJUAN :

a. Kognitif : meliputi pengetahuan klien terhadap penyakitnya, mengontrol gejala, pengobatan, diet, aktifitas, persediaan alat, resiko komplikasi, gejala yang harus dilaporkan, pencegahan, pengukuran dan lainnya.

1. Interview : recall knowledge (mengingat), komprehensif (menyatakan informasi dengan kata-kata klien sendiri), dan aplikasi fakta (menanyakan tindakan apa yang akan klien ambil terait dengan status kesehatannya)
2. Kertas dan pensil

b. Affektif : meliputi tukar-menukar perasaan, cemas yang berurang, kemauan berkomunikasi, dsb.

1. Observasi secara langsung
2. Feedback dari staf esehatan yang lainnya

c. Psikomotor : observasi secara langsung apa yang telah dilakukan oleh lien

d. Perubahan fungsi tubuh dan gejala

e. Penentuan keputusan: Pertama, klien telah mencapai hasil yang telah ditentukan dalam tujuan. Kondisi ini dicapai apabila semua data yang ditentukan dalam kriteria hasil sudah terpenuhi. Kedua, klien masih dalam proses mencapai hasil yang ditentukan. Kondisi ini dicapai apabila sebagian saja dari kriteria hasil yang ditentukan terpenuhi. Ketiga, klien tidak dapat mencapai hasil yang telah ditentukan. Kondisi ini ditentukan apabila hanya sebagian kecil atau tidak ada sama sekali kriteria hasil yang dapat dipenuhi. Dapat juga terjadi kondisi klien yang semakin memburuk sehingga timbul masalah baru.

H. HASIL EVALUASI :

1. Tujuan tercapai : jika klien menunjukkan perubahan sesuai dengan standar yang telah ditetapkan
2. Tujuan tercapai sebagian : jika klien menunjukkan perubahan sebagian dari standar dan kriteria yang telah ditetapan
3. Tujuan tidak tercapai : jika klien tidak menunjukkan perubahan dan kemajuan sama sekali dan bahkan timbul masalah baru.

I. BEBERAPA HAL YANG PERLU DIPERTANYAKAN DALAM EVALUASI :

1. Kecukupan informasi
2. Relevansi faktor-faktor yang berkaitan
3. Prioritas masalah yang disusun
4. Kesesuaian rencana dengan masalah
5. Pertimbangan fator-faktor yang unik
6. Perhatian terhadap rencana medis untuk terapi
7. Logika hasil yang diharapkan
8. Penjelasan dari tindakan keperawatan yang dilakukan
9. Keberhasilan rencana yang telah disusun
10. Kualitas penyusunan rencana
11. Timbulnya masalah baru.

J. Tahapan sebelum mengadakan evaluasi

Terdapat urutan atau proses yang mendasari sebelum melakukan evaluasi, yakni:

1. Mengembangkan konsep dan mengadakan penelitian awal. Konsep perlu direncanakan secara matang sebelum diadakan eksekusi pesan dan perlu diadakan uji coba untuk mengecek kesesuaian antara draft yang dibuat dengan eksekusi pesannya.
2. Dengan uji coba yang dilakukan, pengevaluasi mencoba mencari tanggapan dari khalayak. Tanggapan dari khalayak ini penting untuk mengukur efektifitas pesan yang disampaikan.

BAHAN DISKUSI

Pertanyaan-pertanyaan yang bisa di jawab

1. Langkah-langkah menentukan kriteria standar dalam evaluasi ?
2. Hal-hal yang dilakukan perawat agar tercapai hasil yang di harapkan
3. Bagaimana proses dari hasil evaluasi dari tujuan tercapai, tujuan tercapai sebagian, tujuan tidak tercapai ?

Jawaban pertanyaan di atas

1. Kriteria dan standar evaluasi

Kriteria Proses (evaluasi proses): menilai jalannya pelaksanaan proses keperawatan sesuai dengan situasi, kondisi dan kebutuhan klien. Evaluasi proses harus dilaksanakan segera setelah perencanaan keperawatan dilaksanakan untuk membantu keefektifan terhadap tindakan.

Kriteria keberhasilan (evaluasi hasil/sumatif): menilai hasil asuhan eperawatan yang diperlihatkan dengan perubahan tingkah laku klien. Evaluasi ini dilaksanakan pada akhir tindakan keperawatan secara paripurna.

Standar yang di perhatikan dalam evaluasi

Evaluasi bersifat sistematis dan berkesinambungan yang digunakan untuk merevisi diagnosa hasil dan rencana keperawatan yang dibutuhkan berdasarkan respon klien terhadap intervensi yang didokumentasikan. Dalam evaluasi ini klien, keluarga dan petugas kesehatan ikut terlibat.

2. Hal-hal yang perlu di pertanyakan :

    1. Kecukupan informasi

2. Relevansi faktor-faktor yang berkaitan
3. Prioritas masalah yang disusun
4. Kesesuaian rencana dengan masalah
5. Pertimbangan fator-faktor yang unik
6. Perhatian terhadap rencana medis untuk terapi
7. Logika hasil yang diharapkan
8. Penjelasan dari tindakan keperawatan yang dilakukan
9. Keberhasilan rencana yang telah disusun
10. Kualitas penyusunan rencana
11. Timbulnya masalah baru.

3. Untuk penentuan proses tercapai, tercapai sebagian, atau tidak tercapai adalah dengan cara membandingkan antara SOAP dengan tujuan dan kriteria hasil yang telah ditetapkan. Subjective adalah informasi berupa ungkapan yang didapat dari klien setelah tindakan diberikan. Objective adalah informasi yang didapat berupa hasil pengamatan, penilaian, pengukuran yang dilakukan oleh perawat setelah tindakan dilakukan. Analisis adalah membandingkan antara informasi subjective dan objective dengan tujuan dan kriteria hasil, kemudian diambil kesimpulan bahwa tercapai, tercapai sebagian, atau tidak tercapai. Planning adalah rencana keperawatan lanjutan yang akan dilakukan berdasarkan hasil analisa.

KESIMPULAN

Evaluasi adalah perbandingan yang sistematik dan terencana tentang kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan, dilaukan dengan cara bersinambungan dengan melibatkan klien dan tenaga kesehatan lainnya.

Evaluasi terbagi menjadi dua jenis,yaitu evaluasi proses dan evaluasi hasil.tujuan dari evaluasi adalah tujuan umum dan tujuan khusus, teknik penilaian evaluasi menggunakan teknik wawancar,pengamatan dan studi dokumentasi, proses dari evaluasi adalah mengukur pencapaian tujuan meliputi kognitip, afektif, psikomotor dan perubahan fungsi tubuh dan gejala, dan penentuan keputusan meliputi klien telah mencapai hasil yang telah ditentukan dalam tujuann, klien masih dalam proses,klien tidak dapat mencapai hasil yang di tentukan.

SARAN

Mahasiswa di harapkan dapat memahami teori tentang evaluasi dalam metedeologi/asuhan keperawatan agar dapat berhati-hati dalam mengambil sebuah tindakan asuhan keperawatan, agar tidak terjadi kesalahan-kesalahan dalam melaksanakan tindakan keperawatan yang dilakukan dalam memenuhi kebutuhan klien.

BAB VI

PENDOKUMENTASIAN

A. Latar Belakang

Dokumentasi keperawatan merupakan bagian dari pelaksanaan asuhan keperawatan yang menggunakan pendekatan proses keperawatan yang memilliki nilai hukum yang sangat penting . Tanpa dokumentasi keperawatan maka semua implementasi keperawatan yang telah dilaksanakan oleh perawat tidak mempunyai makna dalam hal tanggung jawab dan tanggung gugat. Dokumentasi keperawatan dapat dikatakan sebagai “pegangan” bagi perawat dalam mempertanggung jawabkan dan membuktikan pekerjaannya. Oleh karena itu ada berbagai aturan dan kaidah yang harus ditaati oleh setiap perawat dalam melakukan pendokumentasian keperawatan. Dokumentasi keperawatan merupakan bukti otentik yang dituliskan dalam format yang telah disediakan dan harus disertai dengan pemberian “ tanda tangan” dan nama perawat serta harus menyatu dengan status / rekam medik pasien. Dalam pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien, setiap langkah dari proses keperawtan memerlukan pendokumentasian mulai dari tahap pengkajian, penentuan diagnosa keperawatan, intervensi , implementasi dan evaluasi keperawatan harus didokumentasikan. Dalam bab ini kami hanya akan membahasa tentang pendokumentasian dalam keperawatan.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Untuk mengidentifikasi tentang dokumentasi asuhan- metodologi keperawatan.

2. Tujuan Khusus

a. Untuk mengetahui komponen model dokumentasi keperawatan
b. Untuk mengetahui tujuan utama dokumentasi
c. Untuk mengetahui manfaat dan pentingnya dokumentasi keperawatan
d. Untuk mengetahui metode dokumetasi pengkajian
e. Untuk mengetahui pendokumentasian diagnosa keperawatan
f. Untuk mengetahui dokumentasi rencana tindakan
g. Untuk mengetahui dokumentasi intervensi/ tindakan keperawatan
h. Untuk mengetahui dokumentasi evaluasi perawatan

C. Pembatasan Masalah

Pada bab ini penulis hanya membicarakan tentang konsep, pendokumentasian dalam asuhan keperawatan.

D. Rumusan Masalah

Berdasarkan batasan tersebut masalah yang dapat kita rumuskan adalah :

a. Apa yang dimaksud komponen model dokumentasi keperawatan
b. Apa yang dimaksud tujuan utama dokumentasi
c. Apa yang dimaksud manfaat dan pentingnya dokumentasi keperawatan
d. Apa yang dimaksud metode dokumetasi pengkajian
e. Apa yang dimaksud pendokumentasian diagnosa keperawatan
f. Apa yang dimaksud dokumentasi rencana tindakan
g. Apa yang dimaksud dokumentasi intervensi/ tindakan keperawatan
h. Apa yang dimaksud dokumentasi evaluasi perawatan

E. Metode Penulisan

Dalam penyusunan bab ini, kami memperoleh bahan atau sumber-sumber pembahasan dari berbagai media yang ada, antara lain seperti internet dan beberapa buku cetak yang ada. Kemudian dihubungkan satu sama lain dalam pembahasan sehingga menjadi karangan lengkap, objektif dan akurat.

Pendokumentasian dilakukan setelah pelaksanaan setiap tahap proses keperawatan keluarga dilakukan dan disesuaikan urutan waktu.Adapun manfaat dari pendokumentasian diantaranya sebagai alat komunikasi antar anggota tim kesehatan lainnya, sebagai dokumen resmi dalam sistem pelayanan kesehatan, sebagai alat pertanggung jawaban dan pertanggung gugatan asuhan keperawatan yang diberikan pada pasien (Effendi, 1995). Beberapa hal yang perlu diperhatikan dalam pendokumentasian menurut Potter dan Perry dalam Nur salam (2001), memberikan panduan sebagai petunjuk cara pendokumentasian dengan benar yaitu :

1. Jangan menghapus dengan tipe -x atau mencoret tulisan yang salah. Cara yang benar adalah dengan membuat satu garis pada tulisan yang salah, tulis kata

   "salah" lalu diparaf kemudian tulis catatan yang benar.

2. Jangan menulis komentar yang bersifat mengkritik klien ataupun tenaga kesehatan lain. Tulislah hanya uraian obyektif perilaku klien dan tindakan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan.

3. Koreksi kesalahan sesegera mungkin.

4. Catat hanya fakta catatan harus akurat dan realible.

5. Jangan biarkan pada catatan akhir perawat kosong.

6. Semua catatan harus dapat dibaca, ditulis dengan tinta dan menggunakan bahasa yang lugas.

7. Catat hanya untuk diri sendiri karena perawat bertanggung jawab dan bertanggung gugat atas informasi yang ditulisnya.

8. Hindari penulisan yang bersifat umum. Tulisan harus lengkap, singkat, padat dan obyektif.

9. Mulailah mencatat dokumentasi dengan waktu dan diakhiri dengan tanda tangan. Dengan demikian dokumentasi keperawatan harus bersifat obyektif, akurat dan menggambarkan keadaan klien serta apa yang terjadi pada diri klien. Sehingga apabila diperlukan, dokumentasi ini dapat menunjukkan bahwa perawat telah mencatat dengan

benar dan tidak bertentangan dengan kebijakan atau peraturan institusi pemberi pelayanan kesehatan

Dokumentasi merupakan pernyataan dari kejadian atau aktivitas yang otentik dengan mempertahankan catatan-catatan yang tertulis. Manfaat dokumentasi menurut Allen (1998) antara lain:

- Sebagai wahana komunikasi antar tim keperawatan dan dengan tim kesehatan lain
- Sebagai bagian yang permanen dari rekaman medik.
- Sebagian dokumen yang legal dan dapat diterima di pengadilan. Tueng (1996) menambahkan, dengan:
  - Untuk menghindari pemutarbalikan fakta.
  - Untuk mencegah kehilangan informasi.
- Agar dapat dipelajari perawat lain. Prinsip-prinsip dokumentasi menurut AIlen (1998), yaitu:

  Tersedia format untuk dokumentasi.
- Dokumentasi dilakukan oleh orang yang melakukan tindakan atau mengobservasi langsung.

  Dokumentasi dibuat segera setelah melakukan tindakan.

  Catatan dibuat kronologis.
- Penulisan singkatan dilakukan secara umum.
- Mencantumkan tanggal, waktu tanda tangan, dan inisial penulis.
- Dokumentasi akurat, benar, komplit jelas, dapat dibaca dan ditulis dengan tinta.
- Tidak dibenarkan menghapus tulisan pada catatan menggunakan tip-ex. penghapus tinta atau bahan lainnya. Sistem pencatatan keperawatan dapat mempergunakan bermacam-macam tipe format (Allen, 1998):
- Lembar pengkajian

  Lembar pengkajian dengan jelas menggambarkan data-data yang perlu dikurnpulkan, perawat tinggal mengisi data sesuai dengan yang tercantum dalam lembar pengkajian
- Catatan perawat berbentuk narasi

  Deskripsi informasi klien dalam bentuk naratif.
- Catatan bentuk SOAP

Pancatatan SOAP digunakan dengan catatan medik yang berorientasi pada masalah klien (Problem Oriented Medical Record) yang menggambarkan kemajuan klien yang terus menerus ke arah resolusi masalah. Pencatatan SOAP terdiri dari empat bagian, yaitu data subyektif, data obyektif, analisis data dan rencana. Data subyektif ditulis dalam tanda kutip tentang keluhan klien yang dicatat yaitu data yang dapat dilihat,didengar dan dirasa oleh perawat; analisis dilakukan megintepretasikan data subyektif dan obyektif, kemajuan kearah diagnosa keperawatan yang dicatat. Planning dilakukan dengan mencatat rencana untuk mengatasi masalah yang dianalisa.

- Catatan Fokus

  Perawat mencatat masalah berfokus pada masalah yang spesifik yang terdiri dari komponen diagnosa keperawatan, data subyektif dan obyektif yang mendukung, tindakan keperawatan, respon klien terhadap intervensi keperawatan dan penyuluhan.

- Grafik dan Flow sheet

  Catatan flow sheet dan grafik menggambarkan data berulang klien yang harus senantiasa dipantau oleh perawat, seperti nadi, tekanan darah, obat-obatan, masukan dan pengeluaran. Pelayanan keperawatan merupakan pelayanan profesional dari pelayanan kesehatan yang tersedia selama 24 jam secara berkelanjutan selama masa perawatan pasien. Dengan demikian, pelayanan keperawatan memegang peranan penting dalam upaya menjaga dan meningkatkan kualitas pelayanan di rumah sakit dan puskesmas. Dokumentasi keperawatan tidak hanya merupakan dokumen sah tapi juga instrumen untuk melindungi para pasien, perawat secara sah; oleh karena itu, perawat diharapkan dapat bekerja sesuai dengan standar profesional.

A. Pengertian

Dokumen adalah suatu catatan yang dapat dibuktikan atau dijadikan bukti dalam persoalan hukum“. Sedangkan pendokumentasian adalah pekerjaan mencatat atau merekam peristiwa dan objek maupun aktifitas pemberian jasa (pelayanan) yang dianggap berharga dan penting (Tungpalan ,1983).

Dokumentasi asuhan dalam pelayanan keperawatan adalah bagian dari kegiatan yang harus dikerjakan oleh perawat setelah memberi asuhan kepada pasien. Dokumentasi merupakan suatu informasi lengkap meliputi status kesehatan pasien, kebutuhan

pasien, kegiatan asuhan keperawatan/kebidanan serta respons pasien terhadap asuhan yang diterimanya. Dengan demikian dokumentasi keperawatan mempunyai porsi yang besar dari catatan klinis pasien yang menginformasikan faktor tertentu atau situasi yang terjadi selama asuhan dilaksanakan.Disamping itu catatan juga dapat sebagai wahana komunikasi dan koordinasi antar profesi (Interdisipliner) yang dapat dipergunakan untuk mengungkap suatu fakta aktual untuk dipertanggungjawabkan. Dokumentasi asuhan keperawatan merupakan bagian integral dari asuhan keperawatan yang dilaksanakan sesuai standar.

Dengan demikian pemahaman dan ketrampilan dalam menerapkan standar dengan baik merupakan suatu hal yang mutlak bagi setiap tenaga keperawatan agar mampu membuat dokumentasi keperawatan secara baik dan benar.

B. Pendokumentasian

Catatan pasien merupakan suatu dokumen yang legal, dari status sehat sakit pasien pada saat lampau, sekarang, dalam bentuk tulisan, yang menggambarkan asuhan keperawatan yang diberikan. Umumnya catatan pasien berisi imformasi yang mengidentifikasi masalah, diagnosa keperawatan dan medik, respons pasen terhadap asuhan kerawatan yang diberikan dan respons terhadap pengobatan serta berisi beberapa rencana untuk intervensi lebih lanjutan.Keberadaan dokumentasi baik berbentuk catatan maupun laporan akan sangat membantu komunikasi antara sesama perawat/ bidan maupun disiplin ilmu lain dalam rencana pengobatan.

C. Komponen Model Dokumentasi Keperawatan

Kegiatan konsep pendokumentasian meliputi :

1. Komunikasi

   Keterampilan dokumentasi yang efektif memungkinkan perawat untuk mengkomunikasikan kepada tenaga kesehatan lainnya dan menjelaskan apa yang sudah, sedang, dan yang akan dikerjakan oleh perawat

2. Dokumentasi proses keperawatan

Pencatatan proses keperawatan merupakan metode yang tepat umtuk pengambilan keputusan yang sistematis, problem solving, dan riset lebih lanjut. Dokumentasi proses keperawatan mencakup pengkajian, identifikasi masalah, perencanaan, dan tindakan. Perawat kemudian Mengobservasi dan mengevaluasi respon klien terhadap tindakan yang diberikan, dan mengkomunikasikan informasi tersebut kepada tenaga kesehatan lainnya.

3. Standar dokumentasi

   Perawat memerlukan sesuatu keterampilan untuk memenuhi standar dokumentasi. Standar dokumentasi adalah suatu pernyataan tentang kualitasn dan kwantitas dokumentasi yang dipertimnbangklan secara adekuat dalam suatu situasi tertentu. Standar dokumentasi berguna untuk memperkuat pola pencatatan dan sebagai petunjuk atau pedoman praktik pendokumentasian dalam memberikan tindakan keperawatan.

D. Tujuan Utama Dokumentasi

Tujuan utama dari pendokumentasian adalah :

1. Mengidentifikasi status kesehatan klien dalam rangka mencatat kebutuhan klien, merencanakan, melaksanakan tindakan keperawatan, dan mengevaluasi tindakan.

2. Dokumentasi untuk penelitian, keuangan, hukum dan etika.

E. Manfaat Dan Pentingnya Dokumentasi Keperawatan

Dokumentasi keperawatan mempunyai makna yang penting bila dilihat dari berbagai aspek :

1. Hukum

   Bila terjadi suatu masalah yang berhubungan dengan profesi keperawatan, dimana perawat sebagai pemberi jasa dan klien sebagai pengguna jasa, maka dokumentasi diperlukan sewaktu-waktu. Dokumentasi tersebut dapat dipergunakan sebagai barang bukti di pengadilan.

2. Jaminan mutu (kualitas pelayanan)

   Pencatatan data klien yang lengkap dan akurat, akan memberikan kemudahan bagi perawat dalam membantu menyelesaikan masalah klien. Dan untuk mengetahui

sejauh mana masalah klien dapat teratasi dan seberapa jauh masalah baru dapat diidentifikasi dan dimonitor melalui catatan yang akurat. Hal ini akan membantu meningkatkan mutu yankep.

3. Komunikasi

   Dokumentasi keadaan klien merupakan alat perekam terhadap masalah yang berkaitan dengan klien. Perawat atau tenaga kesehatan lain akan bisa melihat catatan yang ada dan sebagai alat komunikasi yang dijadikan pedoman dalam memberikan asuhan keperawatan.

4. Keuangan

   Semua tindakan keperawatann yang belum, sedang, dan telah diberikan dicatat dengan lengkap dan dapat digunakan sebagai acuan atau pertimbangan dalam biaya keperawatan.

5. Pendidikan

   Isi pendokumentasian menyangkut kronologis dari kegiatan asuhan keperawatan yang dapat dipergunakan sebagai bahan atau referensi pembelajaran bagi siswa atau profesi keperawatan.

6. Penelitian

   Data yang terdapat di dalam dokumentasi keperawatan mengandung informasi yang dapat dijadikan sebagai bahan atau objek riset dan pengembangan profesi keperawatan.

7. Akreditasi

   Melalui dokumentasi keperawatan dapat dilihat sejauh mana peran dan fungsi keperawatan dalam memberikan askep pada jklien. Dengan demikian dapat diambil kesimoulan tingkat keberhasilan pemeberian askep yang diberikan, guna pembinaan lebih lanjut.

F. Metode Dokumetasi Pengkajian

Dokumentasi pengkajian dirtujukan pada data klinik dimana perawat dapat mengumpulkan dan mengorganisisr dalam catatan kesehatan. Format pengkajian

meliputi data dasar, flowsheet dan catatan perkembangan lainnya yang memungkinkan seagai alat komuniksi bagi tenaga keperawatan dan tenaga kesehatan lainnya. Petunjuk penulisan pengkajian:

1. Gunakan format yang sistematis untuk mencatat pengkajian yang meliputi :
    - Riwayat pasien masuk rumah sakit
    - Respon klien yang berhubungan dengan persepsi kesehatan klien
    - Riwayat pengobatan
    - Data pasien rujukan, pulang dan keuangan
2. Gunakan format yang telah tersususn untuk pencatatan pengkajianPendekatan :
    - mayor body system
    - Sistem respirasi
    - Sistem kardiovaskular
    - Sistem persarafan
    - Sistem perkemihan
    - Sistem pencernaan
3. Kelompokkan data-data berdasarkan model pendekatan yang digunakan (seperti tabel diatas)
4. Tulis data objektif tanpa bias (tanpa mengartikan), menilai memasukkan pendapat pribadi.
5. Sertakan pernyataan yang mendukung interpretasi data objektif.
6. Jelaskan oervasi dan temuan secara sistematis, termasuk devinisi karakteristiknya
7. Ikuti aturan atauran atau prosedur yang dipakai dan disepakati instansi
8. Tuliskan ecara jelas dan singkat

G. Pendokumentasian Diagnosa Keperawatan.

Petunjuk untuk penulisan diagnosa keperawatan meliputi :

1. Pemakaian PE dan PES : untuk format diagnosa aktual, kecuali ketika petugas yang berbeda mengambil tindakan segera (untuk contoh, tanda dan gejala pencatatan, sebelum dan sesudah diagnosa)

   a. Yakinkan masalah pengyeab utama dalam diagnosa sejalan dengan etiologi, contoh : perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhuungan dengan mual dan muntah.

   b. Tulis pernyataan supaya permasalahan dan etiologi menunjukkan spesifik dan hasil yang berbeda

   c. Jika penyebab tidak dapat ditentukan menentukan problem dan dokumentasi yang tak dikenal etiologinya maka diagnosa keperawatan bisa dituliskan pernyataan komunikasi verbal untuk pasien yang tidak diketahui etiologinya

2. Catat diagnosa keperawatan potensial dalam sebuah problem/format etiologi

3. Pemakaian terminologi tetap dengan diagosa keperawatan karangan Nanda sehuungan dengan (diantara problem dan etiologi) dan dibanding dengan (diantara etiologi, sign dan sympton) tergantung bahasa, jika masalah tidak selesai menurut nanda

4 . Merujuk pada daftar yang dapat diterima, bentuk diagnosa keperawatan untuk catatan standar dalam saku atau ringkasan

5. Mulai pernyataan diagnosa dengan menguabah redaksinya ke dalam keadaan diagnosa keperawatan

6. Pastikan data mayor dan penunjang data minor karakteristik pendefinisian diperoleh dokumentasi bagian pengkajian pasien untuk menegakkan diagnosa keperawatan

7. Pernyataan awal dalam perencanaan keperawatan didaftar masalah dan nama dokumentasi dalam catatan perawatan. Pemakaian masing-masing diagnosa keperawatan sebagai petunjuk untuk membuat catatan perkembangan.

8. Hubungkan pada tiap-tiapdiagnosa keperawatan bila merujuk dan memberikan laporan perubahan.

9. Setiap pergantian jaga perawat, gunakan dignosa keperawatan sebagai pedoman untuk pengkajian, tindakan dan evaluasi.

10. Catat bahan perawatan adalah dasar untuk pertimbangan darilangkah-langkah proses keperawatan.

11. Pencatatan semua diagnosa keperawtaan harus merefleksikan dimensi dalam masalah yang berosientasi pada pencatatan perawat

12. Suatu agenda atau pencatatan mungkin memerlukan untuk membuat diuagnosa keperawatan dan sisitem pencatatan yang relevan

H. Dokumentasi Rencana Tindakan

Rencana tindakan keperawatan mencakup tiga hal meliputi :

1. Diagnosa keperawatan Diagnosa keperawatan harus merupakan prioritas untuk merawat klien. Hal tersebut harus menyangkut langsung kearah situasi yang mengancam kehidupan klien.

2. Kriteria hasil Setiap diagnosa keperawatan hartus mempunyai sedikitnya satu kriteria hasil. Kriteria hasil dapat diukur dengan tujuan yang diharapkan yang mencerminkan masalah klien

3. Rencana tindakan keperawatan Tindakan keperawatan adalah memperoleh tanggung jawa mandiri, khususnya oleh perawat yang dikerjakan bersama dengan perintah medis berdasarkan maslaah klien dan antuan yang dterima klien adalah hasil yang diharapkan. Masing-masing masalah klien dan hasil yang diharapkan didapatkan paling sedikit dua rencana tindakan.

Petunjuk penulisan rencana tindakan yang efektif:

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

   - Pengkajian sewaktu klien masuk rumah sakit
   - Diagnosa keperawatan sewaktu masuk rumah sakit
   - Keluahan utama klien ataualasan dalam berhuungan dengan pelayanan kesehatan
   - Laboratorium ritme
   - Latar belakang sosial budaya
   - Riwayat kesehatan dan pemeriksaan fisik
   - Observasi dari tim kesehatan lain

2. Daftar dan jenis masalah aktual resiko dan kemungkinan. Berikan prioritas utama pada maslah aktual yang mengancam kesehatan,

3. Untuk mempermudah dan bisa dimengerti dalam memuar rencana tindakan erikanlah ganbaran dan ilustrasi (contoh) bila mungkin diagnosa khususnya sangat membantu ketika teknologi canggih digunakan untuk perawtan klien atau ketika menggambarkan lokasi anatomi.

4. Tuliskan dengan jelas khusus, terukur, kriteria hasil yang diharapkan untuk mentapakan masalah ersama dengan klien tentukan keterampilan kognitif, afektif dan psikomotor yang memerlukan perhatian.

5. Selalu ditanda-tangani dan diberi tanggal rencana tindakan, hal ini perting karena seorang perawat profesionalakan bertanggung jawab dan ertanggung gugat untuk melaksanan rencana tindakan yang telah tertulis.

6. Mulai rencana tindakan dengan menggunakan action verb

   - Catat tanda-tanda vital setiap pergantian dines
   - Timbang B setiap hari
   - Informasikan kepada klien alasan isolasi

7. Alasan prinsip specivity untuk menuliskan diagnosa keperawatan.:

   - Bagaimana prosedur akan dilaksanakan Kapan dan berapa lama
   - Jelaskan secara singkat keperluan apa yang perlu dipenuhi, termasuk tahapan-tahapan tindakan.

8. Tuliskan rasional dari rencana tindakan.

9. Rencana tindakan harus selalu tertulis dan ditanda-tangani

10. Rencana tindakan harus dicatat seagai hal yang permanen

11. Klien dan keluarganaya jika memungkinkan diikutsertakan dalam perencanaan

12. Rencana tindakan harus sesuai dengan waktu yangditentukan dan diusahakan untuk selalu diperbaharuai misalnya setiap pergantian dines, setiap hari, dan atau sewaktu-waktu diperlukan.

I. Dokumentasi Intervensi/ Tindakan Keperawatan

Perencanaan dan tindakan keperawatan adalah tahap dalam proses keperawatan berdasarkan masalah actual dari klien. Maksud dokumentasi adalah menemukan secara tepat sebagai gambaran intervensi keperawatan yang meliputi :

1. Intervensi terapeutik

Tindakan terapeutik adalah askep yang langsung sesuai keadaan klien. Rencana keperawatan yang lebih dari satu harus di kerjakan sungguh-sungguh sesuai prioritas masalah dalam diagnosa keperawatan

2. Intervensi pemantapan/ observasi
   Proses ini membutuhkan ketajaman observasi perawat termasuk keterampilan mengevaluasi yang tepat. Progam yang lebih dari yang sangat menetukan kesehatan klien. Perawat harus lebih melihat perkembangan yang baik dan buruk dari klien seperti:

   - Mengobservasi tanda vital.
   - Diagnosa Keperawatan
   - Tindakan Keperawatan (Terapeutik)
   - Therapi Medicus
   - Ketidak efektifan bersihan jalan nafas
   - Cemas
   - Penurunan Cardiac out put
   - Mengatur posisi untuk pemberian Oksigen
   - Suction bila tidak ada kontra indikasi
   - Mengajarkan tehnik batuk
   - Mengambil sample blood gas arteri
   - Mengajarkan kegiatan untuk mengurangi stress
   - Mengatur lingkungan yang aman
   - Mengalihkan orientasi yang realitas
   - Atur posisi fowler/semi fowler
   - Mengurangi pergerakan
   - Mengatur lingkungan yang merangsang
   - Mengatur pemberian Oksigen
   - Pemberian obat ekspektoran
   - Memeriksa sputum
   - Mengukur blood gas arteri
   - Memberi obat transquilizer sedative
   - Mengurangi diet yang mengandung sodium
   - Infus cairan elektrolit sesuai BB

   Memberikan obat untuk meningkatkan cardiac out put. Dokumentasi intervensi Mengidentifikasi mengapa sesuatu terjadi terhadap klien, apa yang terjadi, kapan, bagaimana, dan siapa yang melakukan intervensi :

   Why : Harus dijelaskan alasan tindakan harus dilaksanakan dan data yang ada dari hasil dokumentasi pengkajian dan diagnosa keperawatan

What : Ditulis secara jelas, ringkas dari pengobatan atau tindkan dalam bentuk action verb

When : Mengandung aspek yang penting dari dokumentasi intervensi. Pencatatan pada waktu pelaksaan intervensi sangat penting dalam hal pertanggung jawaban hukuj dan efektifitas tertentu

How : Tindakan dilaksanakan dalam penambahan pencatatn yang lebih detail.

Misalnya, " miringkanan atau kiri dengan bantuan perawat." Menandakan suatu

prinsip ilmiah dan rasional dari rencana tindakan. Metode ini akan bisa meningkatkan dalam upaya-upaya penggunaan prosedur keperawatan yng tepat.

Who : siapa yang melaksanakan intervensi harus selalu dituliskan pada dokumnetasi serta tanda tangan sebagai pertanggung jawaban Intervensi yang memerlukan suatu dokumnetasi khusus

3. Intervensi mendidik klien Perawat berperan penting dalam mengenal kebutuhan belajar klien dalam rencana mendidik klien dan memelihara laporan kegiatannya. Membutuhkan Pendidikan. Contoh rencana Pendidikan yang berlawan dengan pendikan yang dilaksanakan secara kebetulan sebagai berikut : Rencana pendidikan Pendidikan yang dilaksanakan secara kebetulan

    1. Kebutuhan belajar pasien termasuk seluk beluk belajar objektif dan strategi mengajar
    2. Kegiatan yang dilaksanakan sesuai jadwal
    3. Melaksanakan perawatan secar kontinyu mengenai kebersihan diri setelah kembali kerumah
    4. Meneberikan nasehat dan dorongan secara umum yang berkesinambungan
    5. Memberikan kesempatan selama pertemuan untuk mengenal car belajar
    6. Mengenal pelajaran yang kurang dan membutuhkan rencana belajar secara formal

J. Dokumentasi Evaluasi Perawatan

Pernyataan evaluasi perlu didokumentasikan dalam catatan kemajuan, direvisi dalam rencana perawatan atau dimasukkan dalam ringkasan khusus dan dalam pelaksanaan dan entu perencanaan. Pedoman untuk pendokumentasian evaluasi

1. Sebelum kesimpulan evaluasi dengan data yang mendukung penilaian perawat. Contoh data pendukung (untuk klien dengan myocar infark) : tidak ada dispnea. Penilaian perawatannya : toleransi aktifitas meningkat.

2. Mengikuti dokumentasi intervensi keperawatan dengan pernyataan evaluasi formatif yang menjelaskan respon cepat klien terhadap intervensi keperawatan atau prosedur. Contohnya mengantuk setelah minum obat

3. Menggunakan pernyataan evaluasi sumatif ketika klien dipindahkan ke vasilitas lain atau dipulangkan

4. Catatan evaluasi sumatif untuk setiap hasil yang diharapkan diidentifikasikan pada perencanaan keperawatan klien, bisa berjalan 500 kaki dan menaiki 12 tangga tanpa bantuan. Evaluasi sumatif : dapat berjalan 200 kaki tanpa alat bantu dan dapat naik turun 6 tangga tanpa bantuan.

5. Menulis pernyataan evaluasi yang merefleksikan keadaan perkembangan klien terhadap tujuan, pemasukan yang sesuai dicatat sebagai berikut : kontrol sakit yang tidak efektif setelah medikasi, terus tanpa henti, penghilang rasa sakit dari medikasi berlangsung selama 30 menit.

6. Melalui suatu penilaian atau modifikasi intervensi, mengawali dan mendokumentasikan respon perawat untuk mengubah kondisi klien. Contoh : kesehatan klien memburuk, : jam 09.00 mengeluh salit di pusat seperti ditikam.

PERTANYAAN

1. Apa yang dimaksud dengan data mayor dan data minor?
   Sertakan contohnya!
2. Apa hubungannya dokumentasi dengan hukum?
3. Apa yang dimaksud dokumentasi legal, beserta contohnya?

JAWABAN

1. Data mayor adalah data yang benar-benar mendukung dan harus ada
   Data minor adalah data sebagai pendukung dari data mayor dan tidak harus ada

   Contoh:

   DIAGNOSA KEPERAWATAN : Kerusakan pertukaran gas

   Definisi : Keadaan dimana seorang individu mengalami penurunan jalannya gas (O2 dan CO2) yang aktual atau risiko antara alveoli paru-paru dan sistem vaskular.

TANDA DAN GEJALA

Data mayor :

Dispnea saat melakukan aktivitas

Data minor :

- Bingung/agitasi.
- Kecenderungan untuk mengambil posisi tiga titik (duduk, 1 tangan pada setiap lutut, condong kedepan).
- Bernapas dengan bibir dengan fase ekspirasi yang lama.
- Letargi dan keletihan.
- Peningkatan tahanan vaskular pulmonal.
- Penurunan motilitas lambung.
- Penurunan isi oksigen, penurunan saturasi O2, penurunan PCO2 seperti yang diperlihatkan oleh hasil analisa gas darah.
- Sianosis.

2. Bila terjadi suatu masalah yang berhubungan dengan profesi keperawatan, dimana perawat sebagai pemberi jasa dan klien sebagai pengguna jasa, maka dokumentasi diperlukan sewaktu-waktu. Dokumentasi tersebut dapat dipergunakan sebagai barang bukti di pengadilan.

3. Analisa Data

No.	Data Subjektif dan Objektif	Masalah Keperawatan	Etiologi
1.	DS : DO :	Analisa dari DO dan DS rujuk ke NANDA	Penyebab secara fisiologi/patologi

Rencana keperawatan

Dx Keperawatan	Tujuan	Intervensi	Rasional

Prioritas	SMART	Mandiri Kolaborasi	Alasan ilmiah dari intervensi
Nama & TTD	Nama & TTD	Nama & TTD	Nama & TTD

Daftar Pustaka

Potter dan Perry.2005. Cetakan I. *Fundamental Keperawatan Vol. 1*. Jakarta:Penerbit Buku Kedokteran.

RESUME

I. PENGKAJIAN

A. Pendekatan Berfikir Kritis untuk Pengkajian

Pengkajian keperawatan dalam proses sistematis dari pengumpulan,verifikasi dan komunikasi data tentang klien.

Fase Proses keperawatan mencakup dua langkah :

1. Pengumpulan data dari sumber primer (klien) dan sumber sekunder(keluarga dan tenaga kesehatan).
2. Analisis data sebagai dasar untuk diagnosa keperawatan .

Tujunan dari pengkajian :

1. Menetapkan dasar data tentang kebutuhan.
2. Masalah kesehatan
3. Pengalaman yang berkaitan
4. Tujuan
5. Praktek kesehatan
6. Nilai dan gaya hidup yang dilakukan klien.

Informasi yang terkandung dalam dasar data adalah dasar untuk mengindividualisasikan rencana asuhan keperawatan,mengembangkan dan memperbaiki sepanjang waktu asuhan perawat untuk klien.format ini mencakup pertanyaan keberbagai penjuru tetapi tidak selalu relevan dengan masalah kesehatan spesifik klien.penting artinya bagi perawat untuk belajar berfikir secara kritis tentang apa yang harus dikaji.pengkajian bersifat dinamis dan pengkajian harus memungkinkan perawat untuk secara bebas menggali masalah yang relevan.

Contoh dari pemilihan uraian pertanyaan untuk mengidentifikasi pola dari masalah klien.

Data Klien	Uraian Pertanyaan	Pola klien
Wajah meringis .	Apakah anda mengalami nyeri ?	nyeri (akut atau kronis)
Klien melaporkan durasi 8 bulan.	Ceritakan pada saya sudah berapa lama nyeri tersebut mengganggu anda ?	nyeri kronis dapat menyebabkan perubahan gaya hidup
Klien menggerakkan tangan dan lengan dengan lambat.	Tunjukkan pada saya letak nyeri yang anda rasakan. Apakah pada lengan , pergelangan atau lengan bawah anda ?	masalah mobilitas
Klien menggambarkan rasa perih yang menetap.	Jelaskan nyeri yang anda rasakan?	Masalah perawatan diri
Klien menyebutkan mengalami masalah untuk menangkat lengan diatas ketingian bahu.	Bagaimana nyeri tersebut mengganggu hal-hal yang normalnya anda lakukan?	

Kesulitan mengenakan pakaian dan makan sendiri. Klien menggunakan mandi pancur hangat dan tylenol. Tidak menghilangkan nyeri.	Apakah anda mampu berpakaian dan makan sendiri? Apa yang anda lakukan untuk menghilangkan nyeri? Apakah hal tersebut efektif ?	Penatalaksanaan perawatan kesehatan.

Ada dua pendekatan untuk mengumpulkan data yang komprehensif :

1. Format data dasar komprehensif yang terstruktur.
2. Pendekatan yang berorientasi bermasalah yang di fokuskan pada situasi klien saat ini.

Pendekatan komprehensif beralih dari umum ke yang spesifik sebagai contoh perawat mungin menggunakan alat riwayat yang disusun oleh pola fungsional.data di kumpulkan data di kumpulkan dalam semua kategori dan semua ditelaah untuk melihat apakah pola masalah terlihat.

Masing-masing dari pola perawat mengkaji klien dengan mengorganisasikan pola prilaku dan respon fisiologis yang berkaitan dengan kategori kesehatan fungsi, perawat kemudian membandingkan data pengkajian dengan data dasar klien. Norma ditetapkan berdasarkan usia,jender,tinggi badan,dan berat badan,kultur,sosial,atau norma lainnya, seperti praktik keagamaan,pedomat diet berdasarkan etnik dan praktik perawatan kesehatan. Integrasi biopsikososial adalah pengkajian dari masing-masing kesebelas pola yang menyajikan interaksi dari klien dan lingkungan.tidak ada satu pola kesehatan pun dapat di pahami tanpa pengetahuan pola lainnya.

Pendekatan apapun yang digunakan perawat harus mengelompokkan isyarat tentang informasi dan mulai mengidentifikasi pola yang potensial.mengetahui cara untuk membentuk pertanyaan adalah keterampilan dasar yang selalu diperbaharui sepanjang waktu. Perawat memutuskan pertanyaan mana yang relevan terhadap situasi sementara pada waktu yang sama juga yakin bahwa pengkajian telah di selesaikan. Besarnya kemampuan perawat untuk meraih makna dari semua data yang sedang dikumpulkan dan dianalisis adalah berkaitan dengan pengetahuan dan pengalaman perawat.

✍ Organisasi Data yang Dikumpulkan

Pengkajian membutuhkan suatu tingkat ketelitian untuk memastikan ke akuratan, langkah-langkah dalam fase pengkajian dibuat untuk memberikan arahan yang jelas pada bagaimana perawat memberikan keputusan perawatan klien. Penting pada pengkajian perawat untuk lebih dahulu mempertimbangkan interaksi perawat klien. Faktor- faktor ini mempengaruhi keberhasilan perawat dala mengembangkan hubungan dengan klien yang mengarah pada pengkajian terarah dan bertujuan.sejalan dengan perawat melakukan pengkajian terjadi banyak interaksi (verbal dan non verbal) antara perawat dan klien.

✍ Pengumpulan Data

Perawat mengumpulkan data yang bersifat deskriptif,singkat dan lengkap.pengkajian tidak mencakup kesimpulan atau pernyataan interpretatif yang tidak di dukung oleh data. Data deskriptif berasal dari prespsi klien tentang gejala, presepsi dan penamatan keluarga,pengamatan perawat,atau laporan dari anggota,tim perawatan kesehatan. Data yang ringkas dan singkat istilah medis yang tepat.pengumpulan data lengkap yang dihasilkan dari mengumpulkan semua informasi yang relevan dengan masalah kesehatan aktual dan potensial,selain dari reaksi klien terhadap perawat. Perawat dan klien masing-masing di pengaruhi oleh prilaku satu sama lain.pengkajian harus mempertimbangkan apakah interaksi ini mempengaruhi tingkah klien.pengumpulan data yang tidak akurat,tidak lengkap,atau tidak sesuai menarah pada identifikasi kebutuhan perawatan klien yang tidak tepat dan akibatnya diagnosa keperawatan yang di buat menjadi tidak akurat,tidak lengkap atau tidak sesuai.data yang tidak akurat terjadi bila perawat tidak berhasil untuk mengumpulkan informasi yang relevan dengan are spesifik atau jika perawat tidak teratur dan tidak terampil dalam teknik pengkajian. Data menjadi tidak lengkapjika perawat lalai untuk mengumpulkan semua informasi tentang area

spesifik,mengambil konklusi tentang masalah potensial,atau membuat asumsi tanpa validasi. Data yang tidak sesuai adalah tidak berhubungan dengan area yang sedang dikaji.

B. Tipe Data

Pengkajian mempunyai dua tipe data yaitu subjektif dan objektif. Data subjektif adalah presepsi klien tentng masalah kesehatan mereka. Hanya klien yang dapat memberikan informasi seperti ini contoh adanya rasa nyeri. Data subjektif biasanya mencakup perasaan ansietas,ketidaknyamanan fisik,atau stress mental.

Data objektif adalah pengamatan atau pengukuran yang di buat oleh pengumpul data contohnya perawat mengukur suhu tubuh klien dengan termometer.

C. Sumber-Sumber data

- Klien

  Adalah sumber informasi yang terbaik, klien yang sadar dapat memberikan informasi yang paling akurat tentang kebutuhan perawatan kesehatan pola gaya hidup ,penyakit saat ini dan masa lalu,presepsi tentang gejala penyakit, dan perubahan dalam aktivitas kehidupan sehari-hari.

- Keluarga dan Orang terdekat

  Dapat diwawancarai sebgai sumber primer informasi. Pada penyakit berat atau situasi darurat,keluarga menjadi satu-satunya sumber data yang tersedia tentang pola sehat-sakit klien, medikasi terakhir,alergi,awitan penyakit, dan informasi lain yang di butuhkan oleh perawat dan dokter. Keluarga dan teman dekat tidak saja menyuplai data tentang status kesehatan klien saat ini tetapi mereka juga mampu menunjukkan kapan perubahan status terjadi pada klien dan bagaimana fungsi klien terpengaruhi oleh perubahan tersebut.

- Anggota tim perawatan kesehatan

  Terdiri atas dokter,perawat,profesional kesehatan lain dan petugas non profesional. Anggota tim perawatan kesehatan dapat memberikan data tentang baaimana klien berinteraksi di dalam lingkungan pelayan kesehatan, bereaksi

terhadap informasi tentang pemeriksaan diagnostik,dan berespon terhadap pengunjung. Setiap anggota dari tim perawatan kesehatan adalah sumber informasi yang berpotensi,dan tim dapat mengidentifikasi serta mengkomunikasikan data dan menguatkan informasi dari sumber lain.

- Catatan Medis

  Catatan medis klien saat ini dan masa lalu dapat menguatkan informasi tentang pola kesehatan dan pengobatan masa lalu atau emberikan informasi baru. Dengan menelaah catatan medis perawat dapat mengidentifikasi pola penyakit,respon terhadap pengobatan sebelumnya, dan metode koping masa lalu.

- Catatan Lainnya.

  Seperti pendidikan, wajib militer dan catatan pekerjaan dapat mengandung informasi perawatan kesehatan yang berkaitan. Jika klien mendapat pelayanan di klinik kesehatan komunitas atau klinik rawat jalan,maka perawat harus mendapatkan data dari catatan ini tetapi pertama-tama harus mendapatkan izin tertulis dari klien atau wali klien untuk melihat catatan ini.

- Tinjauan Literatur

  Menelaah literatur krperawatan,medis , dan farmakologis tentang penyakit membantu perawat melenkapi data dasar. Tiinjauan ini meningkatkan pengetahuan mengenai gejala, pengobatan ,dan pronosis dari penyakid spesifik, dan menetapkan standar praktik terapetik.

- Pengalaman Perawat

  Kemampuan perawat untuk melakukan pengkajian akan meningkat karena mengunakan pengalaman masa lalu, menerapkan pengetahuan yang relevan,dan memfokuskan pada pengumpulan data yang menghindari pertimbangan tidak berguna dari informasi yang tidak di perlukan.

D. Metode Pengumpulan Data

Wawancara

Langkah pertama untuk menyusun data dasar adalah dengan mewawancarai klien. Wawancara adalah pola komunikasi yang dilakukan untuk tujuan spsifik dan difokuskan pada area dengan isi yang spesifik. Dalam keperawatan, tujuan utama dari mewawancara adalah mendapat riwayat kesehatan keperawatan, mengidentifikasi kebutuhan kesehatan dan resiko, serta menentukan perubahan spesifik dalam tingkat kesejahteraan dan pola kehidupan. Paling penting, wawancara harus membantu klien menunjukkan interpretasi dan pemahaman klien sendiri tentang kondisi mereka. Ini berarti bahwa perawat dan klien harus menjadi mitra selama wawancara sehingga perawat tidak mendominasi wawancara. Kecuali bahwa wawancara tersebut memungkinkan klien mengekspesikan kebutuhan, maka interaksi tersebut tidak mungkin berhasil.

Pewawancara mengumpulkan informasi tentang kesehatan klien , gaya hidup, sistem pendukung, pola penyakit, mengadaptasi, kekuatan dan keterbatasan, dan sumer-sumber. Dengan perawat mendengarkan dan mempertimbangkan informasi yang dikemukakan, klien mungkin diarahkan untuk memberikan lebih rinci atau mendiskusikan topik yang tampaknya dapat mengungkapkan masalah yang mungkin ada. Sebagai contoh, jika klien melaporkan kesulitan berjalan maka perawat nanti akan mengkaji cara berjalan klien dan kekuatan otot-otot klien.

Jenis Teknik Wawancara

1. Teknik mencari masalah. Wawancara mencari masalah mengidentifikasi masalah potensial klien, dan pengumpulan data selanjutnya difokuskan pada masalah tersebut. Sebagai contoh, perawat menanyakan masalah pada klien tentang perubahan yang dialami dalam pencernaan, seperti kurang nafsu makan, mual, muntah atau diare. Jika klien mengatakan bahwa sebagian dari gejala ini dialaminya, perawat melnjutkan dengan pertanyaan pemecahan masalah yang difokuskan pada perubahan spesifik pada pencernaaan

2. Teknik pemecahan masalah. Teknik wawancara pemecahan masalah difokuskan pada pengumpula data yang lebih mendalam pada masalah spesifik yang diidentfikasi oleh klien atau perawat. Informasi tentang gejala yang berkaitan, faktor pemberat, tindakan pereda yang telah klen coba, dan keefektifan tindakan ini pada akhirnya memandu pemilihan perawat tentang intervensi keperawatan.
3. Teknik pertanyaan langsung. Wawancara pertanyaan langsung adalah format terstruktur yang membutuhkan jawaban. Satu atau dua kata dan seringkali digunakan untuk mengklarifikasi informasi sebelumnya atau memberikan informasi tambahan. Tipe peetanyaan seperti ini sanat berguna dalam mengumpulkan data biografi dan informasi spesifik mengenai masalah kesehatan seperti gejala , faktor pencetus, dan tindakan pereda.
4. Teknik pertanyaan terbuka. Wawancara pertanyaan terbuka ditujukan untuk mendapatkan respon lebih dari satu atau dua kata. Teknik ini mengrah pada diskusi dimana klien secara aktif menguraikan status kesehatan mereka.contoh pertanyaan terbuka adalah sebagai berikut :
    1. “perawatan kesehatan apa yang Anda butuhkan?”
    2. “Bagaimana perasaan Anda?”
    3. “ceritakan pada saya apa makna kedatangan ke rumah sakit bagi anda?”

Fase-Fase Wawancara

1. Fase orientasi. Sebelum di mulai, perawat menelaah tujuan dari wawancara, tipe data yang dikumpulkan, dan metode yang paling sesuai untuk melakukan wawancara. Wawancara membantu menegakkan hubungan perawat klien, yang mempengaruhi kemampuan perawat guna membina rasa saling percaya pada klien.
2. Fase kerja. Dengan berkembangnya wawancara, perawat mengajukn pertanyaan untuk membentuk data dasar yang digunakan sebagai dasar untuk mengembangkan rencana asuhan keperawatan.
3. Fase terminasi. Seperti pada halnya fase lain dalam wawancara, terminasi membutuhkan keterampilan dari pihak wawancara. Idealnya, klien harus diberi isyarat bahwa wawancara akan segera berakhir.

Menetapkan hubungan perawat-klien

Wawancara klien yang paling sulit bagi perawat adalah wawancara yang pertama kali dilakukan.ini adalah waktu yang paling penting bagi perawat untuk menetapkan hubungan dengan memelihara rasa saling percaya dan rasa percaya diri pada klien. Tujuan yang penting untuk wawancara awal adalah untuk meletakan dasar kerja bagi perawat unuk memahami kebutuhan klien dan untuk memulai hubungan yang memungkinkan klien menjadi mitra yang aktif dalam membuat keputusan dalam keperawatan.

Riwayat kesehatan kepewatan

Adalah data yang dikumpulkan tentang tingkat kesejahteraan klien (saat ini dan masa lalu), riwayat keluarga, perubahan pola, kehidupan, riwayat sosial budaya, riwayat kesehatan spiritual,dan reaksi mental serta emosi terhadap penyakit. Riwayat kesehatan dikumpulkan selama wawancara, dan merupakan langkah pertama dalam pengkajian, sasarannya adalah untuk menetapkan pola dari sehat dan sakit. Faktor resiko untuk masalah kesehatan fisik dan prilaku, penyimpangan dari normal dan ketersediaan sumber untuk adaptasi.

Informasi biografi

Informasi biografi adalah data demogratif faktual tentang klien. Usia klien, alamat, pekerjaan dan status pekerjaan, status perkawinan dan tipe asuransi yang di tanggung harus dimasukan.

Alasan untuk mencari keperawatan

Perawat menanyakan mengapa klien mencari perawatan kesehatan, karena informasi yang terkandung dalam format masuk pertama kali dapat sangat berbeda dari alasan subjektif klien untuk mencari perawatan klien.

Harapan klien

Pengkajian harapan klien tidak sama dengan seperti halnya alasan untuk mencari perawatan kesehatan, meskipun kadang hal tersebut sering berkaitan. Ini

menjadi lebih penting bagi perawat untuk mengetahui apa yang lebih penting bagi klien yang mencari perawatan kesehatan. Ketidakberhasilan unuk mengidentifikasi harapan klien tentang pemberi asuhan keehatan dan institusi peraatan kesehatan akan menimbulkan ketidakpuasan klien. Kepuasan klien menjadi ukuran standar dari kualitas bagi semua rumah sakit.

Klien secara khas mempunyai harapan dalam bidang berikut :

1. Informasi yang diperlukan untuk perawatan masalah kesehatan mereka secara mandiri.
2. Keramahan dan kesabaran yang diekspresikan oleh pemberi perawatan.
3. Respon pemberi perawatan yang cepat atas permintaan klien.
4. Peredaan nyeri dan gejala
5. Keterlibatan dalam membuat keputusan
6. Kebersihan dari lingkungan keperawatan

Wawancara awal dapat menegakkan harapan klien ketik memasuki lingkungan pelayanan kesehatan.

Penyakit saat ini

Jika ada suatu penyakit perawat mengumpulkan data yang penting dan berkaitan tentang gejala. Perawat menetukan kapan gejala mulai timbul apakah gejala mulai timbul secara mendadak, atau bertahap, dan apakah gejala selalu timbul atau hilang dan timbul. Perawat juga menanyakan tentang durasi gejala. Pada bagian tentang riwayat penyakit saat ini perawat mencatatkan informasi spesifik seperti letak, intensitas, dan kualitas gejala. Perawat harus mengetahui apakah suatu tindakan mencetuskan gejala membuatnya makin parah atu memberi peredaan. Perawat menentukan apakah klien mengharapkan untuk sembuh terbebas dari nyeri atau mampu merawat diri sendiri.

Riwayat kesehatan masa lalu

Informasi yang dikumpulkan tentang riwayat masa lalu memberikan data dan pengalaman perawatan kesehatan klien.

Riwayat keluarga

Tujuan dari riwayat keluarga adalah untuk mendapatkan data tentang hubungan kekeluargaan langsung dan hubungan darah. Sasaran nya adalah untuk menentukan apakah klien beresiko terhadap penyakit yang bersifat genetik atau familial dan unuk mengidentifikasi area tentang promosi kesehatan dan pencegahan penyakit.

Riwayat lingkungan

Riwayat lingkungan memberikan data tentang lingkungan rumah klien dan segala sistem pendukung yang anggota keluarga atau klien dapat digunakan. Riwyat lingkungan misalnya mengidentifikasi pemanjanan polutan yang dapat mempengaruhi kesehatan, atau tingkat kriminalitas yang tinggi sehingga menghambat klien untuk berjalan – jalan sekitar lingkungan rumah. Dan sumber yang dapat membantu klien dalam kembali ke komunitas.

Riwayat psikososial

Riwayat psikososial yang lengkap menunjukkan siapa sistem pendukung klien termasuk pasangan, anak – anak, anggota keluarga lain, atau teman dekat. Riwayat psikososial termasuk informasi tentang cara cara biasanya klien dan anggota keluarga gunakan untuk mengatasi stres.

Kesehatan spiritual

Pengalaman hidup dan kejadian hidup membentuk spiritualitas seseorang. Dimensi spiritual mewakili totalitas kehidupn seseorang dan sulit untuk dikaji dengan tepat. Ritual dan praktek keagamaan seperti cara mengekspresikan spiritualitas juga dikaji.

Tinjauan sistem

Tinjauan sistem adalah metode sistematis untuk mngumpulkan data pada semua sistem tubuh. Selama tinjauan sistem perawat menanyakan kepada klien tentang fungsi normal dai setiap sistem dan segala perubahan yang diketahui. Perubahan tersebut adalah data subjektif karena digambarkan dengan apa yang

dituturkan klien. Pola kesehatan fungsi dari (Grodon 1994) berguna sebagai salah satu cara untuk mengfokuskan atau mengatur melakukan pendekatan untuk mengumpulkan pengkajian keperawatan. Pengkajian pola kesehatan fungsi dan sistem biomedis dapat dengan mudah dipadukan dan membantu dalam melengkapi data dasar pengkajian fisik dan perilaku klien.

Pengkajian fisik

Pengkajian fisik dan pengumpulan data labortiun dan diagnostik mencakup pengumpuln objektif informasi yang didapat diamati yang tidak dikaburkan oleh persepsi klien. Pemeriksa fisik dilakukan setelah riwayat kesehatan dialkukan sehingga data historis tersebut dapat diperkuat. Selain itu data baru dikumpulkan selama pmeriksaan.

Urutan pemeriksaan

Pemeriksan fisik dilakukan dalam cara sistematis seperti halnya dalam tinjauan sistem dalam riwayat kesehatan. Berikutnya survei umum, yang menckup informasi tentang status mental perkembangan tubuh status nutrisi, jenis kelamin, dan ras, kronologis versus, penampilan usia, perilaku, penampilan dan bicara. Informasi terakhir adalah pemeriksaan sistem tubuh dari ujung kepala sampai ujung kaki.

Tekhnik pemeriksaan fisik

Perawat menggunakan inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi untuk memeriksa klien secara menyeluruh untuk memastikan pengumpulan data yang akurat.

Data diagnostik dan laboratorium

Sumber data dan pengkajian yang terakhir adalah hasil dari pemeriksaan diagnostik dan laboratorium penting artinya bagi perawat untuk menelaah hasil pemeriksaan saat ini untuk memastikan perubahan yang teridentifikasi dalam riwaat kesehatan keperawatan dan pemeriksaan fisik. Pemeriksaan laboratorium dipilih berdasarkan gejala atau penyakit namun demikian pemeriksaan yang umum mungkin digunakan untuk sebagian besar klien.

Merumuskan penilaian keperawatan

Data pengkajian harus mengacu pada tujuan yang dimaksudkan dalam keperawatan dan menunjukkan masalah kesehatan klien (Bandman & Bandman 1995). Konsep yang saling berkaitan dengan ini adalah dasar unyuk penilaian keperawatan. Perawat secara kritis memilih tipe informasi untuk menentukan abnormalitas, melakukan pengamatan untuk mengklarfikasi informasi dan menyebutkan masalah klien dalam format dignosa keperawatan.

Interpretasi data

Perawat mngumpulkan banyak informasi tentang klien melalui proses pertimbangan kesimpulan dan penilaian perawat memustukan informasi apa yang mempunyai makna dalam kaitannya dengan status kesehatan klien. Interpretasi data adalah menyimpulkan data dan memerikan suatu fokus perhatian.

Pengelompokkan data

Setelah mengumpulkan data dan memvalidasi data subjektif dan objektif serta menginterpretasikan data perawat mengorganisasi informasi menjadi kelompok yang bermakna. Selama mengelompokkan data, isyarat tertentu mewaspadakan proses berpikir perawat lebih dari yang lainnya. Isyarat ini membantu untuk menimbulkan diagnosa keperawatan.

Dokumentasi data

Dokumentasi data adalah baian terakhir dari pengkajian yang lengkap. Kelengkapan dan keakuratan diperlukan ketika mencatatkan data. Jika suatu hal tidak dicatat, maka hal tersebut hilng dan tidak tersedia pada data dasar. Peraturan dasarnya adalah untuk mencatat semua hasil pengamatan. Ketika mencatat data, perawat harus mmperhatikan pada fakta dan harus membuat suatu upaya agar menjadi sedeskriptif mungkin. Segala yang didengar, dilihat, diraba atau tercium harus dilaporkan seperti apa adanya. Konklusi tentang data tersebut akn menjadi diagnosa keperawatan. Karena pengkajian mencakup pengumpulan dan pendokumentasian data subjektif dan objektif, maka perawat harus membuat

kepastian bahwa data dasar telah lengkap dan berdasarkan fakta sebelum membuat pengelompokkan data secara dini mengakibatkan diagnosa keperawatan yang tidak akurat. Pada situasi dimana klien baru saja masuk atau ketika status klien berubah dengan cepat, ada baiknya untuk secara kontinu mengumpulkan data dan mendokumentasikan data baru dan menunda pengelompokkan.

II. DIAGNOSA KEPERAWATAN

A. Pengertian Diagnosa Keperawatan

Diagnosis Keperawatan merupakan keputusan klinik tentang respon individu, keluarga dan masyarakat tentang masalah kesehatan aktual atau potensial, dimana berdasarkan pendidikan dan pengalamannya, perawat secara akontabilitas dapat mengidentifikasi dan memberikan intervensi secara pasti untuk menjaga, menurunkan, membatasi, mencegah dan merubah status kesehatan klien (Carpenito, 2000; Gordon, 1976 & NANDA).

Diagnosis keperawatan ditetapkan berdasarkan analisis dan interpretasi data yang diperoleh dari pengkajian keperawatan klien. Diagnosis keperawatan memberikan gambaran tentang masalah atau status kesehatan klien yang nyata (aktual) dan kemungkinan akan terjadi, dimana pemecahannya dapat dilakukan dalam batas wewenang perawat.

B. Perbedaan Diagnosa Medis dan Keperawatan

Diagnosa Medis

- Fokus : Faktor-faktor pengobatan penyakit
- Orientasi : Keadaan patologis
- Cenderung tetap, mulai sakit sampai sembuh
- Mengarah pada tindakan medis yang sebagian dilimpahkan kepada perawat
- Diagnosa medis melengkapi diagnosa keperawatan

Diagnosa Keperawatan

- Fokus : reaksi/respon klien terhadap tindakan keperawatan dan tindakan medis/lainnya
- Orientasi : kebutuhan dasar individu
- Berubah sesuai perubahan respon klien
- Mengarah pada fungsi mandiri perawat dalam melaksanakan tindakan dan evaluasinya
- Diagnosa keperawatan melengkapi diagnosa medis

C. Tujuan Diagnosa keperawatan

Tujuan Diagnosa Keperawatan untuk mengidentifikasi:

1. Masalah dimana adanya respon klien terhadap status kesehatan atau penyakit.
2. Faktor-faktor yang menunjang atau menyebabkan suatu masalah (etiologi)
3. Kemampuan klien untuk mencegah atau menyelesaikan masalah.

D. Kategori Diagnosis Keperawatan

1. Diagnosis keperawatan aktual (NANDA)

Diagnosis keperawatan actual adalah diagnosis yang menyajikan keadaan klinis yang telah divalidasikan melalui batasan karakteristik mayor yang diidentifikasi. Diagnosis keperawatan mempunyai **empat komponen**: label, definisi, batasan karakteristik, dan faktor yang berhubungan.

Label merupakan deskripsi tentang definisi diagnosis dan batasan karakteristik. **Definisi** menekankan pada kejelasan, arti yang tepat untuk diagnosa. **Batasan karakteristik** adalah karakteristik yang mengacu pada petunjuk klinis, tanda subjektif dan objektif. Batasan ini juga mengacu pada gejala yang ada dalam kelompok dan mengacu pada diagnosis keperawatan, yang teridiri dari batasan mayor dan minor. **Faktor yang berhubungan** merupakan etiologi atau faktor penunjang. Faktor ini dapat mempengaruhi perubahan status kesehatan. Faktor yang berhubungan terdiri dari **empat komponen** : patofisiologi, tindakan yang berhubungan, situasional, dan maturasional.

Contoh diagnosis keperawatan aktual : Intoleransi aktivitas berhubungan dengan penurunan transport oksigen, sekunder terhadap tirah baring lama, ditandai dengan nafas pendek, frekuensi nafas 30 x/mnt, nadi 62/mnt-lemah, pucat, sianosis.

2. Diagnosis Keperawatan Resiko

Diagnosis keperawatan resiko adalah keputusan klinis tentang individu, keluarga atau komunitas yang sangat rentan untuk mengalami masalah dibanding individu atau kelompok lain pada situasi yang sama atau hampir sama. Validasi untuk menunjang diagnosis resiko adalah faktor resiko yang memperlihatkan keadaan dimana kerentanan meningkat terhadap klien atau kelompok dan tidak menggunakan batasan karakteristik. Penulisan rumusan diagnosis ini adalah: PE (problem & etiologi).

Contoh : Resiko penularan TB paru berhubungan dengan kurangnya pengetahuan tentang resiko penularan TB Paru, ditandai dengan keluarga klien sering menanyakan penyakit klien itu apa dan tidak ada upaya dari keluarga untuk menghindari resiko penularan (membiarkan klien batuk dihadapannya tanpa menutup mulut dan hidung).

3. Diagnosis Keperawatan Kemungkinan

Merupakan pernyataan tentang masalah yang diduga masih memerlukan data tambahan dengan harapan masih diperlukan untuk memastikan adanya tanda dan gejala utama adanya faktor resiko. **Contoh** : Kemungkinan gangguan konsep diri : gambaran diri berhubungan dengan tindakan mastektomi.

4. Diagnosis Keperawatan Sejahtera

Diagnosis keperawatan sejahtera adalah ketentuan klinis mengenai individu, kelompok, atau masyarakat dalam transisi dari tingkat kesehatan khusus ke tingkat kesehatan yang lebih baik. Cara pembuatan diagnsosis ini adalah dengan menggabungkan pernyataan fungsi positif dalam masing-masing pola kesehatan fungsional sebagai alat pengkajian yang disahkan. Dalam menentukan diagnosis

keperawatan sejahtera, menunjukkan terjadinya peningkatan fungsi kesehatan menjadi fungsi yang positif.

Contoh, pasangan muda yang kemudian menjadi orangtua telah melaporkan fungsi positif dalam peran pola hubungan. Perawat dapat memakai informasi dan lahirnya bayi baru sebagai tambahan dalam unit keluarga, untuk membantu keluarga mempertahankan pola hubungan yang efektif. Contoh : perilaku mencari bantuan kesehatan berhubungan dengan kurang pengetahuan tentang peran sebagai orangtua baru.

5. Diagnosis Keperawatan Sindrom

Diagnosis keperawatan sindrom merupakan diagnosis keperawatan yang terdiri dari sekelompok diagnosis keperawatan aktual atau resiko, yang diduga akan muncul karena suatu kejadian atau situasi tertentu. **Contoh** : sindrom kurang perawatan diri berhubungan dengan kelemahan fisik.

E. Komponen diagnosis keperawatan

Komponen Diagnosis Keperawatan Rumusan diagnosis keperawatan mengandung tiga komponen utama, yaitu :

1. Problem (P/masalah)

Merupakan gambaran keadaan klien dimana tindakan keperawatan dapat diberikan. Masalah adalah kesenjangan atau penyimpangan dari keadaan normal yang seharusnya tidak terjadi. Tujuan: menjelaskan status kesehatan klien atau masalah kesehatan klien secara jelas dan sesingkat mungkin. Diagnosis keperawatan disusun dengan menggunakan standart yang telah disepakati (NANDA, Doengoes, Carpenito, Gordon, dll), supaya :

a. Perawat dapat berkomunikasi dengan istilah yang dimengerti secara umum
b. Memfasilitasi dan mengakses diagnosa keperawatan
c. Sebagai metode untuk mengidentifikasi perbedaan masalah keperawatan dengan masalah medis

d. Meningkatkan kerjasama perawat dalam mendefinisikan diagnosis dari data pengkajian dan intervensi keperawatan, sehingga dapat meningkatkan mutu asuhan keperawatan.

2. Etiologi (E/penyebab)

Keadaan ini menunjukkan penyebab keadaan atau masalah kesehatan yang memberikan arah terhadap terapi keperawatan. Penyebabnya meliputi: perilaku, lingkungan, interaksi antara perilaku dan lingkungan. Unsur-unsur dalam identifikasi etiologi :

a. Patofisiologi penyakit: adalah semua proses penyakit, akut atau kronis yang dapat menyebabka / mendukung masalah.
b. Situasional: personal dan lingkungan (kurang pengetahuan, isolasi sosial, dll).
c. Medikasi (berhubungan dengan program pengobatan/perawatan): keterbatasan institusi atau rumah sakit, sehingga tidak mampu memberikan perawatan.
d. Maturasional :

- Adolesent : ketergantungan dalam kelompok
- Young Adult : menikah, hamil, menjadi orang tua
- Dewasa : tekanan karier, tanda-tanda pubertas.

3. Sign & Symptom (S/tanda & gejala)

Adalah ciri, tanda atau gejala, yang merupakan informasi yang diperlukan untuk merumuskan diagnosis keperawatan. Jadi rumus diagnosis keperawatan adalah: PE/ PES.

Persyaratan Penyusunan Diagnosis Keperawatan Perumusan harus jelas dan singkat dari respon klien terhadap situasi atau keadaan yang dihadapi.

a. Spesifi dan akurat (pasti)
b. Dapat merupakan pernyataan dari penyebab
c. Memberikan arahan pada asuhan keperawatan
d. Dapat dilaksanakan oleh perawat
e. Mencerminan keadaan kesehatan klien.

Informasi yang ditampilkan pada setiap diagnosa keperawatan mencakup hal-hal berikut :

1. Defenisi. Merujuk kepada defenisi NANDA yang digunakan pada diagnosa – diagnose keperawatan yang telah ditetapkan tersebut.

2. Kemungkinan Etiologi (yang berhubungan dengan). Bagian ini menyatakan penyebab-penyebab yang mungkin untuk masalah yang telah diidentifikasi. Yang tidak dinyakatakan oleh NANDA diberi tanda kurung. Faktor yang berhubungan/ Risiko diberikan untuk diagnosa yang beresiko tinggi.

3. Batasan karakteristik (dibuktikan oleh). Bagian ini mencakup tanda dan gejala yang cukup jelas untuk mengindikasi keberadaan suatu masalah. Sekali lagi seperti pada defenisi dan etiologi. Yang tidak dinyatakan oleh NANDA diberi tanda kurung.

4. Sasaran/ Tujuan. Pernyataan –pernyataan ini ditulis sesuai dengan objektif perilaku pasien. Sasaran/ tujuan ini harus dapat diukur, merupakan tujuan jangka panjang dan pendek, untuk digunakan dalam mengevaluasi keefektifan intervensi keperawatan dalam mengatasi masalah yang telah diidentifikasi. Mungkin akan ada lebih dari satu tujuan jangka pendek, dan mungkin merupakan batu loncatan untuk memenuhi tujuan jangka panjang.

5. Intervensi dengan Rasional Tertentu. Hanya intervensi-intervensi yang sesuai untuk bagian diagnosa yang ditampilkan Rasional-rasional yang digunakan untuk intervensi mencakup memberikan klarifikasi pengetahuan keperawatan dasar dan untuk membantu dalam menseleksi intervensi-intervensi yang sesuai untuk diri pasien.

6. Hasil Pasien yang Diharapkan/ Kriteria Pulang. Perubahan perilaku sesuai dengan kesiapan pasien untuk pulang yang mungkin untuk dievaluasi.

7. Informasi Obat–obatan. Informasi ini mencakup implikasi keperawatan, menyertai bab-bab yang mana tiap klarifikasinya sesuai.

F. Faktor-faktor dan Penentuan Resiko/ Sifat Diagnosa Keperawatan

Pemberian asuhan keperawatan merupakan proses terapeutik yang melibatkan hubungan kerja sama antara pasien dengan perawat, keluarga dan atau masyarakat untuk mencapai tingkat kesehatan yang optimal (Carpenito, 1989, dikutip oleh keliat, 1991). Ada beberapa masalah yang nyata atau resiko yang mungkin terjadi akibat komplikasi dari penyakit atau dari pemeriksaan atau akibat pengobatan, yang mana masalah tersebut hanya bisa dicegah, diatasi, atau dikurangi dengan tindakan keperawatan yang bersifat kolaboratif. Label yang digunakan adalah: Potensial Komplikasi (PK). Dibawah ini merupakan contoh Faktor-faktor disertai dengan penentuan resiko/ sifat diagnosa keperawatan:

a. Gangguan mobilitas fisik

Suatu keadaan dimana individu mengalami keterbatasan kemampuan dalam ketidak tergantungan pergerakan fisik. Faktor-faktor yang berhubungan antara lain: Intoleransi aktivitas: menurunnya kekuatan dan ketahanan, Nyeri dan rasa tidak nyaman, gangguan perseptual atau kognitif, gangguan neuromuskular, gangguan muskuloskeletal dan Defresi; kecemasan berat.

Penentuan sifat/ karakteristik, ketidakmampuan untuk bergerak dengan bertujuan dalam lingkungan fisik, termasuk pergerakan ditempat tidur, berpindah dan ambulansi, segan untuk mencoba bergerak, keterbatasan rentang gerak range of motion, menurunnya kekuatan otot, kontrol dan atau massa otot, dibebani pembatasan pergerakan ; mencakup mekanik; protokol medis, gangguan koordinasi

b. Gangguan Perlindungan

Suatu keadaan dimana individu mengalami penurunan dalam kemampuannya untuk melindungi diri dari ancaman internal atau eksternal seperti penyakit atau cidera. Faktor-faktor yang berhubungan¸ Usia lanjut, tidak adekuatnya nutrisi, penyalah gunaan alkohol, abnormalitas gambaran darah, penanganan/ pengobatan (operasi, radiasi), penyakit seperti kanker dan kelainan daya kekebalan. Penentuan

sifat/ karakteristik, defisiensi kekebalan/ daya imun, gangguan penyembuhan, gangguan dalam proses pembekuan, respon maladatif terhadap stres, perubahan neurosensoris, ketakutan, berkeringat, dispnea, batuk, gatal-gatal, gelisah, sulit tidur, letih, anoreksia, lemah, imobilitas, disorientasi dan nyeri tekan.

c. Gangguan harga diri rendah situsional

Evaluasi/ perasaan negatif tentang diri yang berkembang sebagai respon terhadap kehilangan atau perubahan pada individu yang dulunya memiliki evaluasi diri yang positif. Faktor-faktor yang berhubungan, akan menjadi berkembang. Penentuan sifat/ karakteristik, kejadian secara episodik tentang penampilan diri yang negatif dalam merespon dengan kejadian hidup sehari-hari pada orang yang dulunya mempuanyai evaluasi diri yang positif, mengatakan perasaan negatif tentang dirinya (putus asa, tidak berguna, mengatakan dirinya negatif, mengekspresikan rasa malu/ bersalah dan kesulitan dalam membuat keputusan.

G. Proses Penyusunan Diagnosis Keperawatan

1. Klasifikasi & Analisis Data

Pengelompokkan data adalah mengelompokkan data-data klien atau keadaan tertentu dimana klien mengalami permasalahan kesehatan atau keperawatan berdasarkan kriteria permasalahannya. Pengelmpkkan data dapat disusun berdasarkan pola respon manusia (taksonomi NANDA) dan/atau pola fungsi kesehatan (Gordon, 1982);

Respon Manusia (Taksonomi NANDA II) :

a. Pertukaran
b. Komunikasi
c. Berhubungan
d. Nilai-nilai
e. Pilihan

f. Bergerak
g. Penafsiran
h. Pengetahuan
i. Perasaan

Pola Fungsi Kesehatan (Gordon, 1982) :

a. Persepsi kesehatan : pola penatalaksanaan kesehatan
b. Nutrisi : pola metabolisme
c. Pola eliminasi
d. Aktivitas : pola latihan
e. Tidur : pola istirahat
f. Kognitif : pola perseptual
g. Persepsi diri : pola konsep diri
h. Peran : pola hubungan
i. Seksualitas : pola reproduktif
j. Koping : pola toleransi stress
k. Nilai : pola keyakinan

2. Mengindentifikasi 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.

a. Menentukan kelebihan klien

Apabila klien memenuhi standar kriteria kesehatan, perawat kemudian menyimpulkan bahwa klien memiliki kelebihan dalam hal tertentu. Kelebihan tersebut

dapat digunakan untuk meningkatkan atau membantu memecahkan masalah yang klien hadapi.

b. Menentukan masalah klien

Jika klien tidak memenuhi standar kriteria, maka klien tersebut mengalami keterbatasan dalam aspek kesehatannya dan memerlukan pertolongan.

c. Menentukan masalah yang pernah dialami oleh klien

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

d. Penentuan keputusan

- **Tidak ada masalah**: tetapi perlu peningkatan status dan fungsi (kesejahteraan) : tidak ada indikasi respon keperawatan, meningkatnya status kesehatan dan kebiasaan, serta danya inisiatif promosi kesehatan untuk memastikan ada atau tidaknya masalah yang diduga.
- **Masalah kemungkinan (possible problem)**: pola mengumpulkan data yang lengkap untuk memastikan ada atau tidaknya masalah yang diduga
- **Masalah aktual, resiko, atau sindrom**: tidak mampu merawat karena klien menolak masalah dan pengobatan, mulai untuk mendesain perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi untuk mencegah, menurunkan, atau menyelesaikan masalah.
- **Masalah kolaboratif**: konsultasikan dengan tenaga kesehatan profesional yang ompeten dan bekerja secara kolaboratif pada masalah tersebut. Masalah kolaboratif adalah komplikasi fisiologis yang diakibatkan dari patofisiologi, berhubungan dengan pengobatan dan situasi yang lain. Tugas perawat adalah memonitor, untuk mendeteksi status klien dan kolaboratif dengan tenaga medis guna pengobatan yang tepat.

3. Memvalidasi diagnosis 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 diagnosis 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 diagnosis keperawatan hendaknya diurutkan menurut kebutuhan yang berlandaskabn hirarki Maslow (kecuali untuk kasus kegawat daruratan menggunakan prioritas berdasarkan “yang mengancam jiwa”):

a. Berdasarkan Hirarki Maslow: fisiologis, aman-nyaman-keselamatan, mencintai dan memiliki, harga diri dan aktualisasi diri
b. Griffith-Kenney Christensen: ancaman kehidupan dan kesehatan, sumber daya dan dana yang tersedia, peran serta klien, dan prinsip ilmiah dan praktik keperawatan.

III. PERENCANAAN

A. Pengertian Perencanaan

Perencanaan adalah kategori dari perilaku keperawatan dimana tujuan yang berpusat pada klien dengan hasil yang diperkirakan, ditetapkan dan intervensi keperawatan dipilih untuk mencapai tujuan tersebut. Selama perencanaan dibuat prioritas. Prioritas ditegakkan untuk mengidentifikasi urutan intervensi keperawatan ketika klien mempunyai masalah atau perubahan multiple.

Menetapkan prioritas bukan semata-mata memberikan nomer pada diagnose keperawatan dengan dasar keparahan atau kepentingan fisiologis. Sebaliknya, prioritas pemilihan adalah metode yang digunakan perawat dank lien untuk secara mutualisme membuat peringkat diagnose dalam urutan kepentingan yang didasarkan pada keinginan , kebutuhan dan keselamatan klien.

Prioritas diklasifikasikan sebagai tinggi, menengah, atau rendah. Prioritas bergantung pada urgensi dari masalah, sifat dari pengobatan yang diberikan, dan interaksi diantara diagnose keperawatan. Prioritas yang tinggi dapat terjadi baik dalam dimensi psikologis maupun fisiologis dan perawat harus menghindari mengklasifikasi hanya diagnose keperawatan fisiologis sebagai prioritas yang tinggi. Diagnose keperawatan prioritas menengah mencakup kebutuhan klien non emergency , tidak mengancam kehidupan. Diagnose keperawatan prioritas rendah adalah kebutuhan klien yang mungkin tidak secara langsung berhubungan dengan penyakit spesifik atau prognosis spesifik.

Untuk mengarahkan dan mengevaluasi asuhan keperawatan, rencana asuhan harus mencakup elemen sebagai berikut :

5. Pernyataan diagnostik (masalah kolaboratif, diagnosa keperawatan).

6. Kriteria hasil (tujuan klien) atau tujuan keperawatan.
7. Tindakan keperawatan atau intervensi.
8. Evaluasi (status rencana).

B. Tujuan Rencana Keperawatan

Rencana asuhan keperawatan adalah pedoman tertulis untuk perawatan klien. Rencana perawatan tertulis mendokumentasikan kebutuhan perawatan kesehatan klien, yang ditentukan oleh pengkajian dan diagnose keperawatan, tujuan, dan hasil yang diharapkan yang dirumuskan selama perencanaan. Selain itu, rencana perawatan tertulis mengomunikasikan kepada perawat lain dan professional perawatan kesehatan lain tentang data pengkajian yang berkaitan yang didapat dari klien, daftar masalah dan terapi.rencana perawatan tertulis mengurangi resiko perawatan yang tidak lengkap, tidak tepat, atau tidak akurat.

Tujuan umum :

4. Sebagai alat komunikasi antara sesama anggota perawatan dan antar tim kesehatan lainnya.
5. Untuk meningkatkan kesinambungan asuhan keperawatan terhadap klien.
6. Mendokumentasikan proses dan kriteria hasil asuhan keperawatan yang akan dicapai.

Tujuan Administratif :

5. Mengidentifikasi fokus keperawatan kepada klien atau kelompok.
6. Membedakan tanggung jawab perawat dengan profesi kesehatan lainnya.
7. Menyediakan suatu kriteria guna pengulangan dan evaluasi keperawatan.
8. Menyediakan kriteria klasifikasi klien.

Tujuan Klinik :

5. Menyediakan suatu pedoman dalam penulisan.

6. Mengomunikasikan dengan staf perawat, apa yang diajarkan, apa yang diobservasi dan apa yang dilaksanakan.
7. Menyediakan kriteria hasil (outcomes) sebagai pengulangan dan evaluasi keperawatan.
8. Rencana tindakan yang spesifik secara langsung bagi individu, keluarga dan tenaga kesehatan lainnya untuk melaksanakan tindakan.

Rencana asuhan keperawatan yang dirumuskan dengan tepat memfasilitasi kontinuitas asuhan keperawatan dari satu perawat ke perawat lainnya. Sebagai hasil, semua perawat mempunyai kesempatan untuk memberikan asuhan yang berkualitas tinggi dan konsisten.. Rencana asuhan keperawatan tertulis mengatur pertukaran informasi oleh perawat dalam laporan pertukaean dinas. Perawat memfokuskan laporan ini pada rencana keperawatan dan tindakan yang dijabarkan dalam rencana keperawatan. Pada akhir dinas jaga, perawat mendiskusikan rencana perawatan dengan pemberian perawatan berikutnya. Dengan demikian semua perawat mampu mendiskusikan informasi terbaru yang berkaitan mengenai rencana perawatan klien.

Rencana perawatan tertulis juga mencakup kebutuhan klien jangka penjang. Memadukan tujuan dari rencana perawatan ke dalam perencanaan pulang terutama sekali penting bagi klien yang akan menjalani rehabilitasi jangka panjang di komunitas. Rencana perawatan yang lengkap meningkatkan kontinuitas asuhan keperawatan diantara perawat di rumah sakit dan komunitas.

Hal terakhir yang didokumentasikan pada rencana asuhan keperawatan adalah criteria hasil yang diperkirakan yang digunakan dalam mengevaluasi asuhan

Rencana Perawatan di Berbagai Lingkungan

4. **Rencana Perawatan Institusional**

   Rencana perawatan institusional (staf) adalah dokumen ringkas yang menjadi bagian dari catatan medis klien. Banyak rumah sakit menggunakan kardex rencana asuhan keperawatan. Kardex adalah nama dagang untuk sistem pengisian lembar catatan yang memungkinkan rujukan cepat untuk kebutuhan tertentu klien untuk aspek asuhan keperawatan tertentu.
5. **Rencana Perawatan Dikomputerisasi**

Rencana asuhan keperawatan yang dikomputerisasi/distandardisasi adalah suatu metode untuk mempersingkat dan memperjelas rencana perawatan, dan memberikan dokumentasi untuk pembayar pihak ketiga.

Penggunaan computer dan kebutuhan pengaturan waktu perawat secara efektif telah menghasilkan rencana perawatan yang baku, yang merupakan format yang dirancang untuk diagnose keperawatan spesifik atau bidang klinis spesifik (sebagai contoh, unit perawatan koroner, bedah abdomen, post partum, dan unit bedah sehari).

6. Rencana Perawatan untuk Lingkungan Komunitas

Merencanakan asuhan bagi klien di lingkungan komunitas, sebagai contoh , klinik, pusat komunitas, atau rumah klien, mencakup penggunaan prinsip yang sama dari praktek keperawatan. Dalam lingkungan ini, klien/unit keluarga berada dalam kemitraan yang sebanding dengan professional perawatan kesehatan. Perawat menyusun rencana untuk :

e. Mendidik klien atau keluarganya tentang teknik perawatan yang diperlukan.
f. Mengajarkan cara mengintegrasikan perawatan dalam aktivitas keluarga.
g. Memungkinkan klien/keluarga untuk menanggung perawatan dalam presentasi yang lebih banyak dalam peningkatan secara bertahap.
h. Perencanaan dirancang untuk memasukan evaluasi perawat dan klien/keluarga tentang hasil yang diharapkan.

Hasil yang diharapkan adalah sasaran spesifik, langkah demi langkah yang mengarah pada pencapaian tujuan dan penghilangan etiologi untuk diagnosa keperawatan. Suatu hasil adalah perubahan dalam status klien yang dapat diukur dan berespons terhadap asuhan keperawatan. Serta respon yang diinginkan dari kondisi klien dalam dimensi fisiologis, sosial, emosional, perkembangan atau spiritual.

C. Pedoman untuk Menulis Tujuan dan Hasil yang Diharapkan

1. Faktor yang berpusat pada klien.

   Karena asuhan keperawatan diarahkan dari diagnosa keperawatan. Maka tujuan dan hasil yang diperkirakan difokuskan pada klien.
2. Faktor tunggal

Setiap pernyataan tujuan atau hasil yang diperkirakan harus menunjukkan hanya satu respons perilaku. Kemanunggalan ini memberikan metode yang lebih tepat untuk mengevaliasi respons klien terhadap tindakan keperawatan.

3. Faktor yang dapat diamati.

   Hasil yang diharapkan dari asuhan keperawatan harus dapat diamati. Melalui pengamatan perawat mencatat bahwa telah terjadi perubahan.

4. Faktor yang dapat diukur.

   Tujuan hasil yang diharapkan ditulis untuk memberi perawat standar yang dapat digunakan untuk mengukur respons klien terhadap asuhan keperawatan.

5. Faktor batasan waktu.

   Batasan waktu untuk setiap tujuan dan hasil yang diharapkan menunjukkan kapan respons yang diharapkan harus terjadi.

6. Faktor mutual.

   Memastikan bahwa klien dan perawat setuju mengenai arah dan batasan waktu dari perawatan. Dapat meningkatkan motivasi dan kerja sama klien.

7. Faktor realistik.

   Dapat dengan cepat memberikan klien dan perawat suatu rasa pencapaian.

D. Jalur kritis

Jalur kritis memungkinkan staf dari semua disiplin, seperti kedokteran, keperawatan, dan farmasi, untuk mengembangkan rencana keperawatan yang telah terintegrasi untuk lama perawatan klien yang telah ditetapkan dengan tipe kasus spesifik. Sebagai contoh , jalur ini adalah untuk evaluasi transplant paru, yang merekomendasikan aktifitas klien sehari-hari, konsultasi, prosedur, rencana pemulangan , dan topik penyuluhan yang diharapkan untuk kemajuan klien melalui proses transplantasi.

IV. IMPLEMENTASI

A. Pengertian Implementasi

Implementasi, merupakan komponen dari proses keperawatan, adalah kategori dari perilaku keperawatan dimana tindakan yang diperlukan untuk mencapai tujuan dan hasil

yang diperkirakan dari asuhan keperawatan dilakukan dan diselesaikan. Implementasi mencakup melakukan, membantu, atau mengarahkan kinerja aktivitas kehidupan sehari-hari, memberikan arahan perawatan untuk mencapai tujuan yang berpusat pada klien, menyelia dan mengevaluasi kerja anggota staf dan mencatat serta melakukan pertukaran informasi yang relevan dengan perawatan kesehatan berkelanjutan dari klien.

Untuk implementasi yang efektif, perawat harus berpengetahuan banyak tentang tipe-tipe *intervensi*, *proses implementasi* dan *metoda implementasi spesifik.*

INTERVENSI KEPERAWATAN

Adalah semua tindakan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien beralih dari status kesehatan saat ini ke status kesehatan yang diuraikan dalam hasil yang diharapkan. (Gordon, 1994)

Implementasi menuangkan rencana asuhan ke dalam tindakan. Setelah rencana dikembangkan, sesuai dengan kebutuhan dan prioritas klien, perawat melakukan intervensi keperawatan spesifik, yang mencakup tindakan perawat dan tindakan dokter. Intervensi keperawatan mungkin secara keseluruhan didasarkan pada *protokol* atau *standing orders.*

- *Protokol* adalah rencana tertulis yang menguraikan prosedur yang harus diikuti selama perawatan klien dengan kondisi atau situasi klinis tertentu.
- *Standing orders* adalah dokumen yang mengandung instruksi untuk melakukan terapi rutin, pedoman pemantauan, dan atau prosedur diagnostik untuk klien spesifik dengan masalah klinis yang telah diidentifikasi. Standing orders ini disahkan dan ditanda tangani oleh dokter yang bertanggung jawab dalam perawatan sebelum perawatan tersebut diimplementasikan.

Dengan demikian *standing orders* dan *protokol* memberikan perlindungan hukum bagi perawat untuk melakukan intervensi secara tepat untuk kebutuhan klien terbaik. Sebelum menerapkan terapi, termasuk semua yang tercakup dalam protokol dan standing orders, perawat harus menggunakan penilaian yang masuk akal dalam menentukan apakah intervensi yang dilakukan tepat dan sesuai. Kedua, perawat yang menerapkan intervensi mempunyai tanggung jawab untuk mendapatkan pengetahuan

teoritis yang tepat dan mengembangkan kompetensi klinis yang diperlukan untuk melakukan intervensi.

- **KETERAMPILAN BERPIKIR KRITIS DAN PENGIMPLEMENTASIAN INTERVENSI KEPERAWATAN**

Perawat membuat dua jenis keputusan yang besar dalam proses keperawatan. Proses diagnostik menentukan kekuatan dan masalah klien saat pembuatan konklusi pengkajian dan sepanjang fase diagnostik. Perawat kemudian menggunakan pendekatan metodis, sistematis, yang didasarkan pada riset untuk merencanakan dan memilih intervensi yang sesuai. Dengan model pemrosesan-informasi, perawat menggunakan komponen pembuatan keputusan berikut ketika menentukan intervensi keperawatan :

1. Rangkaian dari semua tindakan keperawatan yang mungkin. Contohnya, tindakan kontrol nyeri yang mencakup analgesia, relaksasi, dan pengubahan posisi.
2. Penyusunan semua kemungkinan konsekuensi yang berkaitan dengan setiap tindakan keperawatan yang mungkin, seperti nyeri reda, nyeri tak reda, dan reaksi analgesia yang merugikan.
3. Penentuan probabilitas untuk setiap konsekuensi yang akan terjadi. Contohnya, nyeri klien menurun dengan analgesia sebelumnya dan perubahan posisi, oleh karenanya tidak terjadi reaksi yang merugikan.
4. Penilaian yang didasarkan pada nilai terhadap konsekuesi tersebut pada klien. Sebagai contoh, nyeri klien akan paling mungkin menurun dengan analgesia dan perubahan posisi.

B. PROSES IMPLEMENTASI

Proses implementasi ini terdiri dari lima tahap:

1. Mengkaji ulang klien
2. Menelaah dan memodifikasi rencana asuhan yang sudah ada
3. Mengidentifikasi area bantuan
4. Mengimplementasikan interpensi keperawatan
5. Mengomunikasikan interpensi

1. Mengkaji ulang klien

Pengkajian merupakan suatu proses yang berkelanjutan yang mungkin dipokuskan hanya pada satu sistem. setiap kali perawat berinteraksi dengan klien, data tmbahan dikumpulkan untuk kebutuhan fisik, perkembangan, intelektual, emosional, sosial dan spiritual klien. Setelah data baru didapatkan dan kebutuhan baru di identifikasi, maka perawat memodifikasi asuhan keperawatan.

fase pengkajian ulang terhadap komponen implementasi bertujuan untuk menentukan apakah tindakan keperawatan yang di usulkan masih sesuai.

2. Menelaah dan memodifikasi rencana asuhan yang sudah ada

Modifikasi rencana asuhan yang sudah ada ini terdiri dari beberapa langkah :

- Data dalam kolom pengkajian direvisi sehingga mencerminkan status kesehatan terbaru klien. Data baru dalam rencana asuhan harus diberi tanggal untuk menginformasikan anggota tim perawat kesehatan tentang waktu dimana terjadinya perubahan.
- Diagnosa keperawatan direvisi. Diagnosa keperawatan yang tidak relevan dihapuskan, dan Diagnosa keperawatan baru ditambahkan dan diberi tanggal. Karena status klien dan kebutuhan perawatan berubah maka prioritas, tujuan dan hasil yang diharapkan harus direvisi.
- Metode implementasi spesipik direfisi untuk menghubungkan dengan diagnosa keperawatan yang baru dan tujuan klien yang baru. Revisi ini mencerminkan status klien yang saat ini.

3. Mengidentifikasi Area Bantuan

Bantuan dapat berupa tambahan tenaga, pengetahuan, atau keterampilan keperawatan. situasi yang memebutuhkan tambahan tenaga beragam. Contoh, perawat yang ditugasakan untuk merawat klien imobilisasi mungkin

membutuhkan tambahan tenaga untuk memebantu membalik, memindahkan dan mengubah posisi klien karena kerja fisik yang terlibat. Perawata juga harus menentukan kapan tambahan tenaga dibutuhkan. Setelah itu perawat juga harus menentukan jumlah tenaga yang diperlukan dan harus mendiskusikan kebutuhan bantuan dengan sumber potensial.Tenaga tambahan juga dibutuhkan ketika status kesehatan klien menurun atau ketika jumlah klien meningkat.

4. Mengimplementasikan intervensi keperawatan

Beberapa metode untuk mencapai tujuan asuhan keperawatan antara lain :

- Membantu dalam melakukan aktifitas kehidupan sehari hari
- Mengonsulkan dan menyuluh klien dan keluarganya
- Memberi asuhan keperawatan langsung
- Mengawasi dan mengevaluasi kerja anggota staf lainnya

Praktek keperawatan terdiri atas keterampilan kognitif, interpersonal, dan psikomotor(teknis).

- **Keterampilan kognitif**

  Yaitu keterampilaan yang mencakup pengetahuan keperawatan. Perawat harus mengetaahui alasan setiap intervensi terapeutik, memahaami respon fisiologis dan fsikologis normal dan abnormal, mampu mengidentifikasi kebutuhan pembelajaran dan pemulangan klien,serta mengenali promosi kesehatan klien dan kebutuhan pencegahan penyakit.

- **Keterampilan interpersonal**

  Ketermpilan ini sangat penting untuk tindakan keperawatan yang epektif. Perawat harus berkomunikasi dengan jelas kepada klien, keluarganya, dan anggota tim keperawatan yang lain.

- **Keterampilan psikomotor**

  Keterampilan psikomotor mencakup kebutuhan langsung kebutuhan klien seperti : penggantian balutan, memberikan suntikan. Perawat mempunyai tanggung jawab propesional untuk mendapatkan keterampilan ini.

5. Mengkomunikasikan intervensi keperawatan

Intervensi keperawatan dituliskan atau dikomunikasikaan secara verbal. Ketika ditulis, intervensi keperawatan dipadukan kedalam rencana asuhan keperwatan dan catatan medis klien. Setelah intervensi diterapkan, respon klien terhadap pengobatan dicatatkan pada lembar catatan yang sesuai. Informasi ini biasanya mencakup deskrifsi singkat tentang pengkajian keperawatan, prosedur spesifik dan respon klien. Dengan menuliskan waktu dan rincian tentang intervensi mendokumentasikan bahwa prosedur telah diselesaikan.

Perawat umumnya berkomunikasi secara verbal ketika pergantian tugas, memindahkan klien ke unit perawatan lain atau memulangkaan klien kelembaga perawatan lainnya. Apakah intervensi keperawatan tertulis atau dikomunikasikan secara verbal, bahasa yang digunakan harus jelas, ringkas dan tidak berbelit – belit.

C. METODA IMPLEMENTASI

Perawat menjalankan rencana asuhan keperawatan dengan menggunakan metoda implementasi. Sebagai contoh, klien dengan diagnosa keperawatan, hambatan mobilitas fisik yang berhubungan dengan gips lengan bilateral, mungkin membutuhkan bantuan dengan melakukan aktifitas sehari-hari. Klien imobilisasi total atau disorientasi membutuhkan interfensi keperawatan yang memberikan perawatan total klien. Metoda implementasi lainnya mencakup supervisi dan evaluasi dari anggota tim perawatan kesehatan lainnya.

- **Membantu dalam aktifitas sehari-hari**

  Aktifitas kehidupan sehari-hari (AKS) adalah aktivitas yang biasanya dilakukan sepanjang hari normal aktivitas tersebut mencakup ambulansi, makan, berpakaian, mandi, menggosok gigi dan berhias. Kondisi yang mengakibatkan untuk bantuan dalam AKS dapat bersifat akut, kronis, temporar, permanen atau rehabilitatif.

  Kebutuhan klien akan bantuan dalam AKS mungkin bersifat sementara permanen atau rehabilitatif. Dalam kasus bantuan sementara dalam AKS, klien membutuhkan bantuan selama periode spesifik. Klien dengan kerusakan mobilitas akibat gips lengan bilateral mempunyai kebutuhan-kebutuhan yang bersifat

sementara. Setelah gips di lepaskan, klien akan secara bertahap kembali menjalani tanggung jawab untuk AKS. Namun demikian, klien dengan kurang perawatan diri dengan cidera irrefersibel tingkat tinggi pada medula spinalis mempunyai kebutuhan permanen terhadap bantuan.

Melalui pengkajian,perawat mengumpulkan data yang menguatkan kebutuhan bantuan dalam AKS. Dengan perawat menganalisis data ini, diagnosa keperawatan di buat dalam hubungannya dengan bantuan yang dibutuhkan.

- **Konseling**

Adalah metoda implementasi yang membantu klien yang menggunakan proses pemecahan masalah untuk mengenali dan menangani stres dan memudahkan hubungan interpersonal di antara klien, keluarganya dan tim perawatan kesehatan. Perawat memberikan konseling untuk membantu klien menerima perubahan aktual atau yang akan terjadi yang diakibatkan oleh stres.

Konseling adalah dukungan emosional, intelektual, spritual dan psikologis. Klien dan keluarga membutuhkan konseling keperawatan mempunyai kesulitan penyesuaian dan dalam keadaan marah dan frustasi, tetapi bukan berarti tidak mampu secara psikologis. Banyak tehnik konseling digunakan untuk memelihara pertumbuhan kognitif perilaku, perkembangan, eksperimental dan emosional dalam klien.

Contoh strategi konseling yang digunakan oleh perawat :

- Modifikasi prilaku
- Konseling untuk kematian
- Umpan balik biologi
- Pelatihan relaksasi
- Orientasi realitas
- Intervensi krisis
- Imajinasi terbimbing
- Terapi bermain

- **Penyuluhan**

Konseling berkaitan erat dengan penyuluhan. Keduanya mencakup keterampilan berkomunikasi untuk menimbulkan perubahan pada klien.

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

Proses belajar mengajar adalah suatu interaksi antara pengajar dan pembelajar di mana sasaran pembelajaran spesifik di sajikan. Proses belajar mengajar lebih seperti proses keperawatan dasar.

Selama pengkajian, perawat menentukan kebutuhan pembelajaran klien dan kesiapan klien untuk belajar. Selama merencanakan perawat dan klien menetapkan tujuan untuk pembelajaran.

Implementasi adalah penerapan strategi penyuluhan yang di rancang untuk mencapai tujuan pembelajaran. Tujuan proses belajar mengajar adalah untuk mengembangkan dan mengimplementasikan rencana penyuluhan yang khususkan pada kebutuhan, tingkat pengetahuan dan sumber pembelajaran klien.

- **Memberikan asuhan keperawatan langsung**

  Untuk mencapai tujuan terapeutik bagi klien, perawat melakukan intervensi untuk mengompensasi yang merugikan dengan menggunakan tindakan pencegahan dan preventif dalam memberikan asuhan, menerapkan tehnik yang tepat, menyiapkan klien untuk prosedur dan melakukan tindakan yang menyelamatkan jiwa dalam situasi darurat.

  ✓ **Kompensasi untuk reaksi yang merugikan**

  Suatu reaksi yang merugikan adalah efek membahayakan atau efek yang tidak diinginkan dari medikasi, pemeriksaan diagnostik atau intervensi terapeutik. Reaksi yang merugikan membutuhkan interfensi keperawatan independen, dependen atau interdependen.

  Untuk melakukan tindakan keperawatan perawat harus mempunyai pengetahuan tentang potensian efek yang tidak di inginkan.

  Contoh, ketika memberikan medikasi perawat memahami efek samping yang telah di kenal yang potensial dari obat. Ketika merawat klien yang

akan menjalani atau harus menjalani pemeriksaan diaknostik tertentu, perawat hatus memahami pemeriksaan dan segala ptensial efek yang merugikan.

Contoh, klien tidak defekasi dalam 24 jam setelah mendapat enema barium. Karena pengerasan feses adalah potensial efek samping dari enema barium, perawat meningkatkan masukan cairan dan menginstruksikan klien untuk memberitahukan tenaga keperawatan kapan terjadi defekasi.

- ✓ **Tindakan preventif**

Tindakan keperawatan preventif di arahkan pada promosi kesehatan dan pencegahan penyakit untuk menghindari perlunya perawatan rehabilitatif akut atau kronis. Dalam kasus klien yang mempunyai hipersensitifitas terhadap penisilin,perawat dapat menerapkan tindakan preventif. Tindakan keperawatan preventif digunakan untuk memenuhi tujuan teraupetik klien.

- ✓ **Teknik tepat dalam memberikan perawatan dan menyiapakan klien untuk prosedur**

Pemberian asuhan keperawatan mengharuskan perawat untuk berpengalaman dalam banyak teknik yang merupakan metoda yang harus diikuti seperti memberikan medikasi. Perawat klien terutama di rumah dan di rumah sakit melibatkan banyak teknik. Untuk menjalankan prosedur,perawat harus mempunyai pengetahuan tentang prosedur itu sendiri,prekuensim,langkah-langkah dan hasil yang di laksanakan.

- ✓ **Tindakan menyelamatkan jiwa**

Di terapkan ketika keadaan fisiologis dan psikologis terancam. Tujuan dari penyelamatan jiwa adalah untuk memulihkan keseimbangan fisiologois dan psikologis. Tindakan seperti ini termasuk memberikan medikasi darurat.

Melakukan penyelamatan jiwa adalah komponen penting dari praktek keperawatan. Seperti halnya pada prosedur lain, perawat harus mempunyai pengetahuan tentang prosedur penyelamatan jiwa, langkahnya dan hasil yang di harapkan.

- ✓ **Mencapai tujuan perawatan**

Tujuan perawatan klien dapat dicapai dengan memberikan suatu lingkungan yang kondusif untuk memenuhi tujuan tersebut, menyesuaikan perawat berdasarkan kebutuhan klien yang di ekspresikan atau yang ditujukan menstimulasi dan memotivasi klien, ini dapat memampukan mereka mencapai perawatan diri dan kemandirian dan mendorong klien untuk menerima perawatan atau mematuhi program perawatan.

Asuhan keperawatan dan tindakan teraupetik lainnya dirancang untuk memenuhi kebutuhan klien sebagai bantuan lebih lanjut dalam pencapaian tujuan keperawatan kesehatan, rencana asuhan keperawatan harus fleksibel sehingga klien tidak ditempatkan pada rutinitas yang sifatnya mengikat.

Penanaman waktu, uang dan sumberpersonal untuk waktu yang lama sangat melelahkan. Pasien yang putus semangat dapat mengabaikan program pengobatan. Setelah klien mulai mengurangi kepatuhan terhadap pengobatan, tingkat kesejahteraan dapat menurun. Perawat mampu menangani dan membantu klien dalam mematuhi rencana pengobatan. Perencanaan pemulangan yang adekuat dan adukasi klien dan keluarganya membantu meningkatkan transisi yang lancar dari satu lingkungan perawatan kesehatan ke lingkungan lain atau ke rumah.

- **Mengawasi dan mengevaluasi kerja dari anggota staf lain**

Perawat yang mengembangkan rencana perawatan seringkali tidak melakukan semua interfensi keperawatan beberapa interfensi mungkin didelegasikan kepada anggota tim perawatan lainya.

Contoh, intervensi non-invasif seperti perawatan kulit, latihan rentang gerak, ambulansi, berhias, dan tindakan higiene dapat ditugaskan pada asisten keperawatan.

Perawat yang memberikan tugas bertanggung jawab untuk memastikan bahwa setiap tugas di tugaskan secara sesuai dan diselesaikan sesuai dengan standar yang di sesuaikan.

V. EVALUASI

Evaluasi merupakan bagian dari proses keperawatan, dimana proses keperawatan tersebut diawali dengan pengkajian, diagnose keperawatan, perencanaan, implementasi, evaluasi serta dokumentasi dan pelaporan. Evaluasi merupakan suatu langkah untuk mengetahui atau mengukur respons klien terhadap tindakan keperawatan dan kemajuan klien ke arah pencapaian tujuan. Perawat mengevaluasi apakah prilaku atau respons klien mencerminkan suatu kemunduran atau kemajuan dalam diagnose. Perawat mengevaluasi setiap kemajuan dan pemulihan klien, tetapi hal ini tidaklah cukup.

Organisasi perawatan kesehatan harus bertanggung gugat dan bertanggung jawab untuk mengevaluasi dan memperbaiki kualitas perawatan dan layanan perawatan klien yang diberikan kepada semua klien. Kualitas perawatan kesehatan merupakan focus dari *the joint Commisions on Acreditation of Healthcare Organizations (JCAHO)* dan ***professional standards revew organizations*** *(organisasi peninjau standar professional [PSRO])*. Jadi, proses evaluasi tidaklah untuk mengetahui perkembangan dari klien tetapi juga untuk perawatnya sendiri, dimana tujuannya adalah untuk meningkatakan pelayanan keperawatan yang lebih baik lagi.

A. DINAMIKA MENGEVALUASI PROSES KEPERAWATAN

Saat merawat klien, perawat membandingkan data subjektif dan objektif yang dikumpulkan dari klien, perawat lain atau pemberi asuhan lainnya serta keluarga klien untuk memenuhi tingkat kerehasilan dalam memenuhi hasil yang diharapkan yang ditetapkan selama perencanaan. Perawat menerapkan pengetahuan tentang kondisi klien,

mempertimbangkan pengalaman sebelumnya dengan klien yang serupa, dan menelaah data dari nilai dasar yang dikaji untuk secara kritis menganalisis apakah kondisi klien telah berubah. Berpikir kritis mengarahkan perawat perawat untuk menganalisis temuan – temuan dari evaluasi, apakah kondisi klien membaik atau memburuk serta mengkaji factor – factor lain yang bisa mempengaruhi kondisi klien.

Evaluasi positif terjadi jika hasil yang diinginkan terpenuhi, memampukan perawat untuk menyimpulkan bahwa dosis medikasi dan intervensi keperawatan secara evektif memenuhi tujuan klien untuk meningkatkan kenyamanan. Evaluasi negative atau evaluasi yang tidak diinginkanmenandakan bahwa masalah tidak terpecahkan atau terdapat masalah potensial yang belum diketahui. Sehingga perawatt harus mengubah rencana asuhan dan mencoba terapi atau pendekatan yang berbeda dalam memberikan terapi yang sedang diberikan. Perawat harus menyadari bahwa evaluasi adalah dinamis dan dapat berubah terus menerus, bergantung pada diagnose keperawatan dan kondisi klien. Klien yang status kesehatannya terus berubah membutuhkan evaluasi lebih sering. Selain itu, perawat mengevaluasi nyeri akut klien sebelum mengevaluasi keadaan kurang pengetahuan.

- **TUJUAN**

Dalam proses mengevaluasi, tujuan merupakan suatu perilaku atau respons yang menandakan resolusi diagnose keperawatan atau pemeliharaan status yang sehat. Tujuan adalah pernyataan ringkas tentang apa yang harus diselesaikan ketika semua hasil yang diharapkan telah terpenuhi. Ketika tujuan telah terpenuhi, perawat mengetahui bahwa intervensi telah berhasil dan bahwa klien telah mengalami kemajuan.

Jika dalam suatu situasi, dimana klien dipulangkan sebelum semua tujuan terpenuhi dan semua diagnosa keperawatan terselesaikan. Ketika menyiapkan klien untuk dipulangkan, perawat mengevaluasi status setiap doagnosa keperawatan dan menuliskan pernyataan evaluative yang menunjukkan kemajuan klien ke arah pencapaian tujuan dan menyelesaikan masalah. Revisi yang sesuai untuk rencana asuhan dibuat untuk perawatan rumah atau perawatan tindak lanjut. Perawat juga harus dengan jelas membedakan antara tujuan yang telah terpenuhi dan tujuan yang membutuhkan interfensi berkelanjutan.

HASIL YANG DIHARAPKAN

Hasil yang diharapkan adalah pernyataan tentang prilaku atau respons progresif, tahap demi tahap yang harus diselesaikan klien untuk mencapai tujuan perawatan yang diberikan. Ketika hasil telah tercapai, tidak terdapat lagi factor – factor yang berhubungan untuk diagnosa keperawatan. Sebagai contohnya, untuk diagnosa keperawatan kerusakan integritas kuliat yang berhubungan dengan tekanan akibat imobilitas fisik, klien harus mencapai tujuan terhadap pencapaian kulit utuh pada area cedera. Hal ini akan terlaksana dengan memenuhi hasil dari *" lesi kulit akan bersih tanpa drainase dalam 3 hari"* dan menunjukkan bukti penyembuhan melalui *"penurunan ukuran lesi hingga 1cm dan penurunan inflamasi dalam 1 minggu"*. Jika hasil dari tujuan terpenuhi maka perawat telah berhasil menyingkirkan tekanan pada kulit dan menggunakan terapi yang dapat menyembuhkan lesi kulit. Untuk mendapatkan hasil yang objektif, hasil harus dapat diukur, dinyatakan dalam pernyataan perilaku, dan mempunyai batasan waktu untuk mengevaluasi.

Jika klien mencapai hasil yang diharapkan, perawat dapat melanjutkan rencana asuhan atau menghentikan intervensi karena tujuan dari asuhan telah terpenuhi. Jika evaluasi menentukan bahwa hasil yang diharapkan tidak terpenuhi atau hanya terpenuhi sebagian, maka perawat mengkaji kembali dan merevisi rencana asuhan.

Tabel 1.1 Contoh Tindakan Evaluasi untuk Menentukan Keberhasilan Tujuan dan Hasil yang Diharapkan.

TUJUAN	TINDAKAN EVALUASI	HASIL YANG DIPERKIRAKAN
Luka dekubitus klien akan menyembuh dalam 7 hari	Inspeksi warna, kondisi, dan lokasi luka dekubitus. Ukur diameter dekubitus setiap hari. Catat baud an warna drainase dari luka dekubitus	Eritema akan berkurang selama 2hari. Diameter luka dekubitus akan berkurang dalam 5hari. Luka dekubitus tidak mengeluarkan drainase dalam 2hari. Kulit dibawah luka dekubitus akan tertutup dalam 7hari.
Klien akan mentoleransi ambulasi sampai diujung aula per	Palpasi nadi radialis klien sebelum melakukan latihan. Palpasi nadi radialis klien	Nadi akan tetap dibawah 110kali/mnt. Frekuensi nadi akan kembali ke nilai awal

20/11	selama 10 menit setelah melakukan latihan. Kaji frekuensi pernapasan selama latihan. Amati klien terhadap disphea atau sesak napas selama latihan.	dalam 10mnt setelah latihan. Frekuensi pernapasan akan tetap dalam dua kali pernapasan dari frekuensi dasar klien. Klien akan menyangkal perasaan sesak napas.

- EVALUASI DARI PENCAPAIAN TUJUAN.

Tujuan asuhan keperawatan adalah untuk membantu klien menyelesaikan masalah kesehatan actual, mencegah kekambuhan dari masalah potensial, dan mempertahankan status sehat. Evaluasi terhadap tujuan asuhan yang diberikan adalah untuk mengetahui apakah tujuan ini telah terlaksana. Perawat mencocokkan perilaku klien atau respons fisiologis dengan perilaku atau respons yang telah ditetapkan dalam tujuan. Sebagai contoh, klien mengeluh nyeri abdomen akut. Untuk mengetahui seberapa nyeri yang dirasakan klien pada saat pengkajian awal. Maka perawat membuat peringkat nyeri 8 pada skala nyeri 0 sampai dengan 10, dan meringis atau memegangi abdomen selama bergerak ditempat tidur. Nilai dasar ini digunakan perawat untuk mengidentifikasi diagnosa keperawatan terhadap nyeri yang dirasakan klien. Dari hasil pengkajian tersebut maka dapat menetapkan tujuan *"klien akan merasakan peredaan nyeri dalam 48 jam"*. Evaluasi perawat dapat menentukan apakah hasil yang mencerminkan pencapaian tujuan telah terpenuhi. Apakah intervensi mengubah posisi, pemberian analgesic tepat waktu dan tepat guna, dan penggunaan relaksasi telah secara berhasil mengurangi nyeri klien? Hasil dapat mencangkup *"klien akan mengungkapkan nyeri 3 pada skala nyeri 0 sampai 10 dalam 24 jam"* dan *" klien akan memposisikan dirinya tanpa tanda ketidaknyamanan non verbal"*. Setelah memberikan tindakan kenyamanan yang sesuai, perawat mengkaji kembali klien dengan mengukur laporan subjektif nyeri, mengamati, dan mengubah posisi.

Untuk mengevaluasi secara objektif tingkat keberhasilan daam mencapai tujuan, perawat harus menggunakan langkah berikut :

1. Meniliti pernyataan tujuan untuk mengidentifikasi prilaku atau respon klien yang benar – benar diinginkan.
2. Kaji klien terhadap adanya prilaku atau respon tersebut.
3. Bandingkat krteria hasil yang telah ditetapkan dengan prilaku atau respons yang ditemukan.
4. Nilai tingkat kesamaan antara criteria hasil dan prilaku atau respons.
5. Jika terdapat ketidaksamaan (atau hanya sebagian sama) antara criteria hasil dan prilaku atau respons apakan hambatannya ? Mengapa terjadi ketidaksamaan.

Terdapat tingkatan yang berbeda dalam pencapaian tujuan. Jika respon klien sesuai atau melebihi kriterian hasil, maka tujuan terpenuhi. Jika perilaku mulai menunjukkan perubahan tetapi belum memenuhi kriteria yang ditetapkan, maka tujuan sebagian terrpenuhi. Jika tidak terdapat kemajuan, maka tujuan tidak terpenuhi.

- TINDAKAN EVALUATIF DAN SUMBER-SUMBER

Tindakan evaluative adalah keterampilan dan teknik pengkajian yang digunakan untuk mengumpulkan data untuk evaluasi. Contoh, auskultasi bunyi paru, pengamatan kerja ketrampilan klien, infeksi kulit, dan pemeriksaan mengenai keparahan nyeri adalah tindakan evaluative. Tindakan evaluative sama dengan tindakan pengkajian tetapi dilakukan pada saat perawatan dimana keputusan tentang status dan kemajuan klien dibuat. Maksud dari pengkajian adalah untuk mengidentifikasi apa yang harus dilakukan jika terdapat suatu masalah, baik itu masalah yang telah teratasi, memburuk, atau sebaliknya telah mengalami perubahan.

Data baru yang dikumpulkan dari tindakan evaluative secara kritis dianalisis dan dibandingkan dengan hasil yang diharapkan untuk menentukan apakah telah terjadi perubahan. Catatan kemajuan keperawatan tertulis, gambar pengkajian, dan pertukaran informasi diantara perawat selama pelaporan tugas jaga harus mengomunikasikan kemajuan klien yang mengarah pada pemenuhan hasil yang diharapkan dan tujuan untuk rencana asuhan keperawatan. Semua anggota tim perawatan kesehatan harus merasakan kemajuan klien. Setiap perawat meringkaskan data dengan dasar berkelanjutan untuk

memastikan bahwa klien sedang mengalami kemajuan ke tingkat kesehatan yang lebih tinggi.

B. REVISI PERENCANAAN KEPERAWATAN DAN BERPIKIR KRITIS

Tujuan yang tidak terpenuhi dan tujuan yang sebagian terpenuhi mengharuskan perawat untuk mengaktifkan kembali urutan dari proses keperawatan. Setelah perawat mengkaji klien kembali, diagnosa keperawatan dapat dimodifikasi atau ditambahkan, dengan tujuan hasil yang diharapkan dan intervensi ditegakkan. Perawat juga menetapkan kembali prioritas. Hal ini merupakan langkah penting dalam berpikir kritis, mengetahui bagaimana klien mengalami kemajuan dan bagaimana masalah dapat teratasi atau memburuk.

- PENGHENTIAN RENCANA ASUHAN

Setelah menentukan bahwa hasil yang diharapkan dan tujuan telah dicapai, perawat menguatkan evaluasi ini dengan klien. Jika perawat dan klien setuju bahwa hasil yang diharapkan telah terpenuhi, perawat menghentikan rencana asuhan tersebut. Sebagai contoh, klien mempunyai diagnosa keperawatan kurang pengetahuan mengenai terapi insulin yang berhubungan dengan tidak berpengalamannya klien. Untuk mencapai tujuan akhir tentang pemberian yang akurat insulin dari klien, perawat menetapkan hasil, yaitu : *“ klien akan menguraikan pengertian dari insulin pada tanggal 20/9”.” Klien akan dengan benar menyiapkan insulin secara mandiri pada tanggal 22/9”*, dan *“klien akan memberikan suntikan insulin secara mandiri pada tanggal 22/9”.* Perawat mendiskusikan masalah ini kepada klien, dan meneliti apakah klien memahami penjelasan dan merasa nyaman dengan informasi yang diberikan. Bila tujuan telah terpenuhi secara berhasil, maka tidak perlu memberikan penyuluhan informasi tambahan tentang pemberian insulin. Rencana asuhan dapat didokumentasikan bahwa rencana asuhan telah dihentikan. Hal ini memastikan bahwa perawat lain tidak akan melanjutkan rencana asuhan tersebut.

- MEMODIFIKASI RENCANA ASUHAN

Ketika tujuan tidak terpenuhi, perawat mengidentifikasi variable atau factor – factor yang mengganggu pencapaian tujuan. Biasanya perubahan dalam kondisi, kebutuhan, atau kemampuan klien memerlukan perubahan rencana asuhan. Sebagai contoh, ketika menyuluh pemberian materi tentang Keluarga Berencana (KB), perawat menemukan bahwa klien mempunyai masalah buta huruf atau kerusakan visual yang menghambatnya untuk memahami materi yang disampaikan saat penyuluhan. Maka hasil awal tidak dapat terpenuhi, sehinggaperawat enggunakan intervensi baru dan merevisi hasil untuk memenuhi tujuan asuhan.

Kurangnya pencapaian tujuan dapat juga sebagai akibat dai kesalahan dalam penilaian keperawatan atau ketidak berhasilan untuk mengikuti setiap langkah dari proses keperawatan. Klien seringkali mempunyai masalah yang sangat kompleks. Perawat harus selalu mengingat kemungkinan darikelalaian atau kesalahan penilaian tentang sesuatu. Ketika ada kegagalan dalam mencapai tujuan, apapun alasannya keseluruhan urutan proses keperawatan diulang untuk menemukan perubahan yang harus dibuat untuk meningkatkan, mempertahankan atau memulihkan kesehatan klien.

PENGKAJIAN ULANG

Pengkajian ulang tentang semua factor klien yang menghubungkan dengan diagnosa keperawatan dan etiologi adalah langkah pertama dalam mengaktifkan kembali proses keperawatan. Pengkajian ulang membutuhkan berfikir kritis ketika perawat membandingkan data baru tentang kondisi klien dengan informasi yang telah dikaji sebelumnya.

Sepanjang waktu berhadapan dengan klien dan keluarganya yang mempunyai masalah kesehatan serupa memberi perawat latar belakang yang kuat tentang pengetahuan yang dapat digunakan untuk mengantisipasi kebutuhnakaan klien dan merencanakan asuhan. Sebagai contoh, pikiran Tn. Landis yang mempunyai diagnosa keperawatan nyeri yang berhubungan dengan trauma insisi bedah. Dua hari setelah pembedahan klien terus mengalami nafsu makan yang buruk, meski kenyataannya tidak mengalami komplikasi yang jelas akibat pembedahan. Jika klien terus terus mengalami nyeri, maka perawat mungkin secara automatis mengaitkan kehilangan kehilangan nafsu makan dengan ketidaknyamanan.

Namun demikian, perawat yang berpengalaman mungkin mengingat klien sebelumnya yang hampir depresi. Setelah menggali lebih jauh, perawat mengetahui bahwa keluarga Tn. Landis tidak menjenguknya, klien sangat ketakutan dengan kehilangan pekerjaannya, dan selain kehilangan nafsu makan, klien tidak tidur dengan nyenyak. Meski klien harus mengalami nyeri, prioritas diagnosis yang baru mungkin berduka yang diantisipasiyang berhubungan dengan kehilangan berkaitan dengan penyakit. Memfokuskan kembali diagnosis ini dapat meningkatkan nafsu makan klien. Seperti pada pengkajian awalnya data dikumpulkan dari semua sumber yang ada.

Pengkajian ulang dapat menemukan mata rantai yang hilang, yaitu sebuah informasi penting baru yang erabaikan dan yang mengganggu mencapai tujuan. Semua data baru disimpan, divalidasi, dan dikelompokkan untuk menganalisis dan menginterpretasikan perbedaan dari data dasar awal. Perawat mendokumentasikan data pengkajian ulang untuk mewaspadai staf keperawatan lainnya terhadap status klien.

DIAGNOSA KEPERAWATAN

Setelah pengkajian, perawat mengevaluasi semua diagnosa keperawatan dan menentukan apakah pernyataan diagnostic telah secara akurat dirumuskan untuk situasi yang ada. Daftar masalah harus direvisi untuk mencerminkan perubahan status klien. Diagnosa yang baru dapat dibuat. Jika diagnosa sebelumnya tidak lagi akurat mencerminkan masalah, maka diagnosa tersebut harus dihentikan dan harus dibuat pernyataan yang dimodifikasi.

Sebagai contoh, jika perawat menemukan bahwa klien dengan diabetes mengalami kerusakan visual yang serius, maka tidak mungkin bagi klien untuk memberikan insulin secara mandiri. Penkajian perawat menunjukkan bahwa ada anggota perawat sebagai sumbernya. Untuk mengembangkan rencana yang dirancang untuk menyuluh pemberi asuhan pengganti dalam hal pemberian insulin, perawat kemudian menentukan diagnosa baru, perubahan pemeliharaan kesehatan yang berhubungan dengan kerusakan vital.

TUJUAN DAN HASIL YANG DIHARAPKAN

Ketika rencana asuhan direvisi, maka perawat menelaah tujuan dan hasil yang diharapkan terhadap diperlukannya suatu perubahan. Hasil yang diharapkan dan kerangka waktu yang tidak realistis membuat pencapaian tujuan menjadi sulit.

Perawat dengan jelas mendokumentasikan tujuan dan hasil yang diharapkan untuk rencana perawatan baru atau direvisi. Ketika tujuan masih sesuai tetapi tetapi belum terpenuhi, perawat mungkin mengubah tanggal evaluasi untuk memungkinkan lebih banyak waktu . Semua tujuan dan hasil yang diharapkan harus berpusat pada klien, dengan harapan realistis untuk pencapaian kesehatan klien.

- INTERVENSI

Evaluasi terhadap intervensi menelaah dua factor yaitu kesesuaian intervensi yang dipilih serta kebenaran penerapan proses implementasi. Kesesuaian suatu intervensi didasarkan pada standar asuhan untuk masalah kesehatan klien. Jika klien yang dioprasi untuk bedah abdomen mempunyai diagnosa keperawatan spesifik, seperti bersihkan jalan nafas tidak efekti[, standar asuhan yang ditetapkan oleh bagian keperawatan untuk masalah ini mungkin mencangkup tindakan pengendalian nyeri dengan latihan batuk atau napas dalam untuk membantuklien bernafas lebih mudah dengan jalan nafas yang bersih. Perawat menelaah standar asuhan untuk menentukan apakah intervensi yang benar telah dipilih atau diperlukan suatu interfensi tambahan.

Selama implementasi, perawat mengefaluasi respons klien selama dan segera setelah interfensi. Hal ini merupakan awal dari proses evaluasi. Evaluasi harus terintegrasi dengan aktifitas keperawatan yang berkelanjutan. Jika respons klien sudah seperti yang diharapkan, maka implementasi dilanjutkan. Evaluasi ulang terjadi jika intervensi menunjukkan ketidak berhasilan. Perawat kemuadian menelaah komponen lain dari implementasi seperti klien dan persiapan lingkungan, atau penggunaan keterampilan teknik atau personalia dalam pemberian asuhan.

Kadang – kadang kesalahan selama merencanakan perawatan dan pemberian perawatan ditemui selama evaluasi. Hal ini harus diantisipasi. Proses keperawatan dirancang untuk pendekatan sistematik dan pemecahan masalah terhadap perawatan klien yang bersifat individual, tetapi banyak variable pada setiap klien dengan masalah kesehatannya. Klien dengan masalah kesehatan yang sama tidak ditangani dengan cara yang sama, sebagai akibatnya perawat kadang membuat kesalahan dalam

menilai. Penggunaan evaluasi secara secara sistematis memberikan cara bagi perawat untuk mencegah kesalahan dalam menilai ini. Perawat secara konsisten memadukan evaluasi ke dalam praktik untuk meinimalkan kesalahan dan memastikan bhwa interfensi yang diterapkan yang paling sesuai.

DOKUMENTASI

Dokumentasi penting dalam perawatan kesehatan saat ini. Dokumentasi didefinisikan sebagai segala sesuatu yang tertulis atau tercetak yabg dapat diandalkan sebagai catatan tentang bukti bagi individu yang berwenang. Catatan medis harus mendeskripsikan tentang status dan kebutuhan klien yang komprehensif, juga layanan yang diberikan untuk perawatan klien. Dokumentasi yang baik mencerminkan tidak hanya kualitas perawatan tetapi juga membuktikan pertanggunggugatan setiap anggota, tim perawatan dalam memberikan perawatan.

Beberapa tipe pencatatan digunakan untuk mengomunikasikan informasi tentang klien.yang mengandung informasi sebagai berikut:

1. Identifikasi klien dan data demografi klien
2. Surat ijin dan pengobatan dan prosedur
3. Riwayat keperawatan saat masuk
4. Diagnosa keperawatan atau masalah keperawatan
5. Rencana asuhan keperwatan/multi disiplin
6. Catatan tentang tindakan asuhan keperawatan dan evaluasi keperawatan
7. Riwayat medis
8. Diagnosis medis
9. Pesanan terapeutik
10. Catatan perkembangan medis dan disiplin kesehatan
11. Laporan tentang pemeriksaan fisik
12. Laporan tentang pemeriksaan diagnostic
13. Ringkasan tentang prosedur operatif

14. Rencana pemulangan dan ringkasan tentang pemulangan

A. TUJUAN DOKUMENTASI

1. KOMUNIKASI

Pencatatan adalah cara yang digunakan anggota tim kesehatan untuk mengomunikasan kontribusinya terhadap perawatan klien,termasuk terapi individual,edukasi klien,dan pengguna rujukan untuk perencanaan pemulangan.

2. TAGIHAN FINANSIAL

Tagihan klien adalah suatu dokumen yang memperlihatkan sejauh mana lembaga perawatan kesehatan harus di-reimburse untuk pelayanan yang di berikan. dokumentasi keperawatan dapat mengakibatkan hal yang berbeda dalam memastikan standar tertinggi kualitas perawatan dan reimbursement maksimal bagi lembaga perawatan kesehatan.kontribusi perawat terhadap dokumentasi dapat membantu mengintervretasikan tipe tindakan yang diterima klien.*diagonsis realitied group* (DRG) menjadi dasar untuk menetapkan reimbursement untuk perawatan klien, jika waktu pemulangan klien melebihi lama rawat yang diperolehkan untuk DRG tertentu,dokoumentasi dapat menggunakan tambahan waktu.

3. EDUKASI

Merupakan catatan klien mengandung berbagai informasi,termasuk diagnose medis dan keperewatan,tanda dan gejala penyakit,terapi yang berhasil dan yang tidak berhasil,temuan diagnostic,dan prilaku klien.peserta didik dan keperawatan dan kedokteran,dan disiplin lain yang berkaitan dengan kesehatan menggunakan catatan

ini sebagai sumber edukasi.dengan informasi ini peserta didik belajar tentang pola yang harus ditemui dalam berbagai masalah kesehatan dan menjadi lebih baik untuk mengantisifasi tipe perawatan yang dibutuhkan klien.

4. PENGKAJIAN

Catatan memberikan data yang digunakan perawat untuk mengidentifikasi dan mendukung diagnose keperawatan dan merencanakan intervensi yang sesuai untuk asuhan.sebelum merawat klien,perawat merujuk pada catatan medis untuk temuan pengkajian yang terbaru dan relevan.

5. RISET

Catatan klien yang berisi data statistik frekuensi gangguan klinik, komplikasi, penggunaan terapi keperawatan atau medis tertentu, kematian dan pemulihan dari penyakit. Catatan merupakan sumber berharga untuk menjabarkan karakteristik populasi klien dalam lembaga perawatan kesehatan.Perawat dapat menggunakan catatan klien selama study riset untuk mengumpulkan informasi tenteng faktor – faktor tertentu.

6. AUDIT DAN PEMANTAUAN

Tinjauan teratur tentang informasi catatan klien memberikan dasar untuk evaluasi tentang kualitas dan ketepatan perawatan yang di berikan dalam suati institusi. Perawat memantau atau meninjau catatan klien untuk menentukan tingkat sampai sejauh mana standar kualitas terpenuhi. Kekurangan yang teridentifikasi selama pemantauan diberitakan kepada semua staf keperawatan sehingga kebaikan dalam kebijakan atau praktik dapat dilakukan. Program perbaikan kualitas membuat perawat terus mengetahui standar tentang praktek keperawatan untuk mempertahankan mutu yang baik dalam asuhan keperawatan.

Catatan medis juga audit untuk meninjau biaya perawatan klien. Melalui dokumentasi tentang logistic dan peralatan yang telah digunakan memastikan bahwa biaya tertutupi dank lien menerima perwatan yang mereka butuhkan.

7. DOKUMENTASI LEGAL

Catatan medis harus akurat karena catatan tersebut merupakan dokumen legal. Catatan berfungsi bagai deskripsi tentang apa yang sebenarnya terjadi pada klien. Untuk melindungi diri sendiri akibat klien mengabaikan instruksi keperawatan, perawat harus menunjukkan setiap instruksi dalam catatan medis. Klien sering sekali minta salinan dari catatan medis meraka, dan mereka mempunyai hak untuk membaca catatan tersebut. Setiap institusi mempunyai kebijakan untuk mengontrol cara bagaimana catatan disebar luaskan.

Dokumentasi yang baik harus dilakukan tepat waktu dengan pmikiran yang cermat. Empat area masalah komunikasi yang umum dalam mal praktik disebabkan oleh tidak kuatnya dokumentasi, yaitu :

1) Tidak mencatat waktu yang tepat pada pristiwa terjadi.
2) Lalai untuk mencatat pesanan lisan atau lalai untuk mendapat tanda tanagn dari instruksi lisan tersebut
3) Mencatatkan tindakan sebelum dilakukuan untuk menghemat waktu.
4) Mendokumentasikan data yang tidak tepat.

B. PEDOMAN UNTUK DOKUMENTASI DAN PELAPORAN KUALITAS

Dokumentasi dan pedoman untuk dokumentasi dan pelaporan kualitas penting untuk meningkatkan efisiensi, perawatan klien secara individual. Enam pedoman penting harus di ikuti untuk dokumentasi dan pelaporan kualitas :

1. Dasar Faktual

   Informasi tentang klien dan perawatan mereka harus berdasarkan fakta dari pengamatan dan pengukuran langsung. Penggunaan kata – kata seperti tampak, terlihat, atau sepertinya tidak dapat diterima karena kata – kata tersebut mengarahkan pada konklusi yang tidak dapat dikuatkan.
2. Keakuratan

Catatan klien harus akurat sehingga dokumentasi yang tepat dapat dipertahankan. Penggunaan pengukuran, singkatan, symbol, system pengukuran, pengejaan yang tepat memastikan bahwa catatan adalah akurat.

3. Kelengkapan

   Informasi di dalam catatan atau laporan harus lengkap, mengandung informasi singkat, lengkap tentang perawatan klien.

4. Keterkinian

   Mengentri data secara tepat waktu. Menuliskan catatan segera setelah perawatan di lakukan menjamin bahwa entri yang di masukkan kemudian dalam catatan akan menjadi akurat.

5. Organisasi

   Perawat mengomunikasikan untuk menghsili informasi dalam format atau urutan yang logis. Anggota tim keperawatan memahami informasi lebih baik bila informasi tersebut disajikan sesuai ketika informasi tersebut terjadi. Sebagai contoh, suatu catatan teratur menggambarkan nyeri klien, pengkajian dan interfensi perawat, pesanan dokter dalam urutan yang logis.

6. Kerahasiaan

   Komunikasi yang terjaga adalah informasi yang diberikan oleh seseorang ke orang lain dengan kepercayaan dan keyakinanbahwa inormasi tersebut tidak akan dibocorkan. Hokum melindungi informasi tentang klien yang dikumpulkan melalui pemeriksaan, pengamatan, percakapan, atau pengobatan.

   Perawat tidak diperbolehkan mendiskusikan tentang status klien dengan yang lainnya atau dengan staf yang tidak terlibat dalam perawatan klien. Perawat secara hukum dan etis berkewajiban menjaga informasi tentang kerahasiaan penyakit dan pengobatan klien. Tuntutan hukum dapat di kenakan kepada perawat yang membocorkan informasi tentang klien tanpa seizing klien.

C. METODE PENCATATAN

1. Dokumentasi Naratif

Menggunakan format cerita untuk mendokumentasikan informasi sfesifik tentang kondisi klien dan asuhan keperawatan pencatatan naratif telah digantikan dengan format yang lain (mis.SOAF,PIE dan focus). Kerugian gaya naratif adalah subjektif,kurangnya struktur yang terorganisasi dan kurang analisis.

2. Pencatatan dengan Pengecualian

Suatu pendekatan inivatif yang digunakan untuk meringkas dokumentasi. Metode pencatatan ini adalah metode singkat untuk mengdokumentasikan temuan normal dan perawatan rutin yang di dasarkan pada standar praktik yang ditetapkan dengan jelas dan criteria pengkajian perawatan serta intervensi yang telah di tetapkan sebelumnya.

Perawat menuliskan catatan panjang bila pernyataan yang telah menjadi standar dalam format yang tidak terpenuhi. Asumsi dalam pencatatan dengan pengecualian adalah semua standar memenuhi respon normal ata yang diharapkan kecuali di dokumentasikan lain.

3. Pencatatan Fokus

Pencatatan fokus mengidentifikasi kekhawatiran klien dan tidak menjadikan kekhawatiran tersebut sebagai masalah. Pencatatan focus membentuk struktur catatan kemajuan berdasarkan focus dari catatan : tanda atau gejala, kondisi, diagnose keperawatan, perilaku, kejadian signifikan, atau suatu perubahan akut dalam kondisi klien.

Keuntungan pencatatan focus adalah strukturnya dibuat untuk catatan perkembangan, dokumentasi dituliskan berdasarkan pada proses perawatan, perawat terdorong untuk meluaskan pemikiran mereka sehingga mereka dapat mengungkapkan kekhawatiran klien tidak hanya bidang masalah dan bahwa pemikiran kritis lebih di dorong lagi.

4. Manajemen Kasus dan Jalur Kritis

Model manajement kasus dari pemberian perawatan memadukan pendekatan multidisiplin ilmu untuk mendokumentasikan perawatan klien.jalur krisis merupakan rencana perawatan multi disiplin terpadu untuk masalah,interpensi penting,hasil yang diharapkan dari klien dengan penyakit atau kondisi spesifik.

Jalur kritis yang dipadukan kedalam alat dokumentasi dapat di kembangkan untuk menghilangkan bentuk format keperawatan lain dan dengan demikian mengurangi duplikasi dan jumlah pencatatan.secara umum daftar periksa cenderung untuk menghilangkan penulisan catatan yang tidak perlu memfokuskan perawat pada informasi yang didokumentasikan.

Jalur krisis digunakan pada setiap giliran jaga perawatan untuk mengarahkan dan memantau alur perawatan klien.varian fositif terjadi ketika kemajuan klien lebih cepat dari yang di perkirakan.varian negative terjadi ketika aktifitas terjadi pada jalur kritis tidak terselesaikan seperti yang di perkirakan atau klien tidak memenuhi hasil yang di harapkan.

Contoh dari varian negative adalah penambahan terapi oksigen dan oksimetri untuk klien paskah operatif dengan masalah pulmonary.selain itu,varian dapat berakibat penyebab tunggal atau dapat terjadi akibat perubahan kesehatan klien,atau dapat terjadi sebagai akibat dari komplikasi kesehatan lain yang tidak berkaitan dengan alasan utama dimana klien membutuhkan perawatan.

5. Catatan Medis Berorientasi Masalah

Memberikan penekanan pada masalah klien yang berhubungan dengan proses keperawatan dan memudahkan komunikasi tentang kebutuhan klien.data di atur berdasarkan masalah atau diagnosis.

POMR mempunyai bagian utama sebagai berikut: data dasar, daftar masalah, rencana keperawatan dan catatan perkembangan, mengandung semua informasi pengkajian yang berkaitan dengan klien.mengidentifikasi maslah klien dan merencanakan keperawatan harus tetap aktif dan terbaru, dan refisi harus dibuat ketika terdapat data baru.

Setelah data di analsis masalah di identifikasi dan di buat satu daftar masalah.di urut secara kronologis dan di catat di depan catatan klien yang berfungsi sebagai pedoman pengorganisasian perawatan klien.masalah mencakup kebutuhan fisiologi, psikologis, kulturan, spiritual, perkembengan dan lingkungan klkien.mencakup diagnose keperawatan hasil yang di harapkan dan interpensi.

SOAP adalah akronim dari metoda pendokumentasian yang berorientasi masalah:

S-data subjektif (yang di ungkapkan oleh klien

O-data objektif (yang di ukur dan di amati)

A-analisa (diagnosis berdasarkan pada data)

P-rencana(apa yang direncanakan pemberian asuhan untuk dilakukan)

6. Catatan Sumber

Setiap tim medis memiliki catatan sendiri mengenai kondisi klien.keuntungan dari catatan sumber adalah dimana pemberi perawatan dapat dengan mudah menemukan bagian yang sesuai dari catatan untuk memasukan entri data. Kerugian adalah bahwa informasi yang terpecah-pecah.

DAFTAR PUSTAKA

Carpenito, (2003). *Nursing Care Plane*. Jakarta:EGC

George, J. B. (1995). *Nursing Theorists The Base for Proffesional Nursing Practice*. Third Edition. Appletton & Lange; California

Orem, D.E., (2001), *Nursing concept of Practice*, St Louis: C.V. Mosby Company.

Parissopoulos,S.Kotzabassaki (2004). *Orem's Self-Care Theory, Transactional Analysis and the Management of Elderly Rehabilitation***.** Diambil dari http/www. ICUSNURSWEBJ. Tanggal 20 Nopember 2009

Potter & Perry (2005) Fundamental *keperawatan* . Cetakan I. *Vol. 1.* Jakarta*:*Penerbit Buku Kedokteran.

Tomey, A. M. (2006). ***Nursing Theorists and Their Work***. Six Edition. Mosby ; St. Louis. Missouri.

Wilkins & William (2003). *Nclex.* Philadelphia: Lippincot