

# **MODUL PRAKTIKUM APLIKASI RISET I**



**PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN  
STIKes KUSUMA HUSADA SURAKARTA  
2018**

Modul Praktikum Aplikasi Riset I ini merupakan Modul Praktikum Keperawatan yang memuat naskah konsep praktikum di bidang Ilmu Keperawatan, yang disusun oleh dosen Prodi D3 Keperawatan STIKes Kusuma Husada Surakarta.

- Pelindung : Ketua STIKes  
Wahyu Rima Agustin, S.Kep.,Ns,M.Kep
- Penanggung Jawab : Ketua Lembaga Penjamin Mutu  
Tresia Umarianti, SST.,M.Kes
- Pemimpin Umum : Meri Oktariani, S.Kep.,Ns,M.Kep
- Pemimpin Redaksi : Erlina Windyastuti, S.Kep.,Ns, M.Kep
- Sekretaris Redaksi : Mellia Silvy Irdianty, S.Kep.,Ns, MPH
- Sidang Redaksi : Maula Mar'atus, S.Kep.,Ns, M.Kep  
Nur Rahmawati, S.Kep.,Ns, M.Kep  
Siti Mardiyah, S.Kep.,Ns, M.Kep  
Fakhrudin Nasrul Sani, S.Kep.,Ns, M.Kep  
Febriana Sartika Sari, S.Kep.,Ns, M.Kep  
Nurul Devi Ardiani, S.Kep.,Ns, M.Kep  
Erlina Windyastuti, S.Kep.,Ns, M.Kep
- Penyusun : Mellia Silvy Irdianty, S.Kep, Ns, M.PH
- 
- Penerbit : Prodi D3 Keperawatan STIKes Kusuma Husada Surakarta
- Alamat Redaksi : Jl. Jaya Wijaya No. 11 Kadipiro, Bnajarsari, Surakarta,  
Telp. 0271-857724

## KATA PENGANTAR

Puji Syukur Kami panjatkan kepada ALLAH SWT karena dengan karuniaNya, Modul praktika etika keperawatan ini dapat disusun dengan baik. Modul ini disusun untuk memberikan gambaran dan panduan pada mahasiswa sebagai gambaran dalam mempelajari mata kuliah etika keperawatan.

Modul ini menjelaskan tentang proses pembelajaran mata kuliah Etika Keperawatan yang ada pada Kurikulum Pendidikan D3 Keperawatan tahun 2017, sebagai pegangan bagi dosen dan mahasiswa dalam melaksanakan proses pembelajaran baik di kelas sesuai dengan capaian pembelajaran yang telah ditetapkan, sehingga diharapkan konten pembelajaran yang dibahas selama proses belajar terstandar untuk semua dosen pada program studi D3 Keperawatan.

Dengan adanya modul etika keperawatan ini diharapkan metode pembelajaran dengan pendekatan “*Student Center Learning*” (SCL) dapat berjalan dengan baik. Dosen dapat melaksanakan pembelajaran dengan terarah, mudah, dan berorientasi pada pendekatan SCL sehingga kualitas pembelajaran mahasiswa bisa meningkat.

Terima kasih kepada semua pihak yang telah berkontribusi sampai terbitnya modul etika keperawatan ini. Semoga modul ini dapat bermanfaat bagi dosen maupun mahasiswa program D3 Keperawatan.

Surakarta, Oktober 2018  
Penyusun,

## **KEGIATAN BELAJAR 1**

### **KONSEP PENGKAJIAN KEPERAWATAN**

#### **A. Pengertian Pengkajian Keperawatan**

Pengkajian adalah pemikiran dasar dari proses keperawatan yang bertujuan untuk mengumpulkan informasi atau data tentang klien, agar dapat mengidentifikasi, mengenali masalah-masalah, kebutuhan kesehatan dan keperawatan klien, baik fisik, mental, sosial dan lingkungan.

Pengkajian merupakan langkah pertama dari proses keperawatan dengan mengumpulkan data-data yang akurat dari klien sehingga akan diketahui berbagai permasalahan yang ada.

#### **B. Tujuan Pengkajian Keperawatan**

Tujuan Umum :

Tujuan umum dari pengkajian yaitu mengumpulkan data yang berhubungan dengan pasien untuk menegakan diagnosa keperawatan, kekuatan (kemampuan) pasien dan rencana yang efektif dalam perawatan pasien.

Tujuan Khusus :

1. Informasi utama (inti) bagi pasien dan keluarga
2. Dasar menentukan diagnosa keperawatan
3. Sumber informasi yang dapat membantu mendiagnosa masalah yang baru muncul
4. Mendukung keputusan klinis agar tercapai tujuan dan tindakan yang sesuai
5. Dasar menentukan kebutuhan pasien, keluarga dan pengasuh pasien
6. Dasar menentukan kebutuhan pasien jika pulang

7. Dasar pemilihan perawatan dan penentuan biaya perawatan
8. Memproteksi hak-hak legal
9. Komponen sistem pelayanan pasien ( dapat untuk menentukan kebutuhan staf perawatan, biaya perawatan pasien, dll)
10. Untuk mengidentifikasi kebutuhan dan respons klien yang unik terhadap masalah-masalah dan akan ditegakkan menjadi diagnosis keperawatan yang mempengaruhi rencana intervensi keperawatan yang diperlukan
11. Untuk menggabungkan dan mengorganisasi data dan beberapa sumber yang dikumpulkan menjadi satu sehingga masalah kesehatan klien dapat dianalisis dan diidentifikasi
12. Untuk mengidentifikasi karakteristik sesuai respons dan kondisi kesehatan klien yang akan mempengaruhi rencana dan pemberian intervensi keperawatan.
13. Untuk menyuplai data yang cukup guna memberikan intervensi keperawatan yang sesuai dengan kebutuhan klien.
14. Untuk memberikan dasar guna penulisan rencana asuhan keperawatan yang efektif.

### **C. Macam-macam Data**

#### **1. Data Objektif**

Data Objektif adalah pengamatan atau pengukuran yang dibuat oleh pengumpul data atau merupakan data yang diperoleh melalui suatu pengukuran dan pemeriksaan dengan menggunakan standart yang diakui (berlaku), seperti : warna kulit, tanda-tanda vital, tingkat kesadaran, dll. Data-data tersebut diperoleh melalui `senses` : Sight, smell, hearing, touch dan taste.

#### **2. Data Subjektif**

Data subjektif adalah persepsi klien tentang masalah kesehatan mereka, hanya klien yang dapat memberikan informasi tersebut atau merupakan data yang

diperoleh dari keluhan-keluhan yang disampaikan oleh klien, misalnya rasa nyeri, pusing, mual, ketakutan, kecemasan, ketidaktahuan, dll.

#### **D. Teknik Pengumpulan Data**

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

Cara yang biasa digunakan untuk mengumpulkan data tentang klien antara lain : wawancara (interview), pengamatan (observasi), pemeriksaan fisik (physical assessment) dan studi dokumentasi.

##### **1. Wawancara**

Wawancara adalah menanyakan atau membuat tanya-jawab yang berkaitan dengan masalah yang dihadapi oleh klien, biasa juga disebut dengan anamnesa. Wawancara berlangsung untuk menanyakan hal-hal yang berhubungan dengan masalah yang dihadapi klien dan merupakan suatu komunikasi yang direncanakan.

Tujuan dari wawancara adalah untuk memperoleh data tentang masalah kesehatan dan masalah keperawatan klien, serta untuk menjalin hubungan antara perawat dengan klien. Selain itu wawancara juga bertujuan untuk membantu klien memperoleh informasi dan berpartisipasi dalam identifikasi masalah dan tujuan keperawatan, serta membantu perawat untuk menentukan investigasi lebih lanjut selama tahap pengajian.

Semua interaksi perawat dengan klien adalah berdasarkan komunikasi. Komunikasi keperawatan adalah suatu proses yang kompleks dan memerlukan kemampuan skill komunikasi dan interaksi. Komunikasi keperawatan biasanya digunakan untuk memperoleh riwayat keperawatan. Istilah komunikasi terapeutik adalah suatu teknik yang berusaha untuk mengajak klien dan keluarga untuk bertukar pikiran dan perasaan. Teknik

tersebut mencakup ketrampilan secara verbal maupun non verbal, empati dan rasa kepedulian yang tinggi.

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

Tahapan wawancara / komunikasi :

a. Persiapan.

Sebelum melakukan 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.

b. 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.

c. 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 terapeutik, bila diperlukan dan memungkinkan.

d. Terminasi

Perawat mempersiapkan untuk 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.

Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam melakukan wawancara dengan klien adalah :

- a. Menerima keberadaan klien sebagaimana adanya
- b. Memberikan kesempatan kepada klien untuk menyampaikan keluhan-keluhannya / pendapatnya secara bebas
- c. Dalam melakukan wawancara harus dapat menjamin rasa aman dan nyaman bagi klien
- d. Perawat harus bersikap tenang, sopan dan penuh perhatian
- e. Menggunakan bahasa yang mudah dimengerti
- f. Tidak bersifat menggurui
- g. Memperhatikan pesan yang disampaikan
- h. Mengurangi hambatan-hambatan
- i. Posisi duduk yang sesuai (berhadapan, jarak tepat/sesuai, cara duduk)
- j. Menghindari adanya interupsi



- k. Mendengarkan penuh dengan perasaan
- l. Memberikan kesempatan istirahat kepada klien

Macam wawancara :

- a. Auto anamnese : wawancara dengan klien langsung
- b. Allo anamnese : wawancara dengan keluarga / orang terdekat.

## 2. Pengamatan atau Observasi

Observasi adalah mengamati perilaku dan keadaan klien untuk memperoleh data tentang masalah kesehatan dan keperawatan klien. Observasi dilakukan dengan menggunakan penglihatan dan alat indra lainnya, melalui rabaan, sentuhan dan pendengaran. Tujuan dari observasi adalah mengumpulkan data tentang masalah yang dihadapi klien melalui kepekaan alat panca indra.\

Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam melakukan observasi adalah :

- a. Tidak selalu pemeriksaan yang akan kita lakukan dijelaskan secara terinci kepada klien (meskipun komunikasi terapeutik tetap harus dilakukan), karena terkadang hal ini dapat meningkatkan kecemasan klien atau mengaburkan data (data yang diperoleh menjadi tidak murni). Misalnya : `Pak, saya akan menghitung nafas bapak dalam satu menit` — kemungkinan besar data yang diperoleh menjadi tidak valid, karena kemungkinan klien akan berusaha untuk mengatur nafasnya.
- b. Menyangkut aspek fisik, mental, sosial dan spiritual klien
- c. Hasilnya dicatat dalam catatan keperawatan, sehingga dapat dibaca dan dimengerti oleh perawat yang lain.

## 3. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik adalah melakukan pemeriksaan fisik klien untuk menentukan masalah kesehatan klien. Pemeriksaan fisik dapat dilakukan dengan berbagai cara, diantaranya adalah

- a. Inspeksi

Adalah pemeriksaan yang dilakukan dengan cara melihat bagian tubuh yang diperiksa melalui pengamatan. Hasilnya seperti : Mata kuning (icteric), terdapat struma di leher, kulit kebiruan (sianosis), dll

b. Palpasi

Adalah pemeriksaan fisik yang dilakukan melalui perabaan terhadap bagian-bagian tubuh yang mengalami kelainan. Misalnya adanya tumor, oedema, krepitasi (patah/retak tulang), dll.

c. Auskultasi

Adalah pemeriksaan fisik yang dilakukan melalui pendengaran. Biasanya menggunakan alat yang disebut dengan stetoskop. Hal-hal yang didengarkan adalah : bunyi jantung, suara nafas, dan bising usus.

d. Perkusi

Adalah pemeriksaan fisik yang dilakukan dengan mengetuk bagian tubuh menggunakan tangan atau alat bantu seperti reflek hammer untuk mengetahui reflek seseorang (dibicarakan khusus). Juga dilakukan pemeriksaan lain yang berkaitan dengan kesehatan fisik klien. Misalnya : kembang, batas-batas jantung, batas hepar-paru (mengetahui pengembangan paru), dll

**E. Aspek pengkajian dapat menggunakan 3 cara, yaitu**

1. Pengkajian Pola Fungsi Gordon

Pengkajian pola fungsi gordon mempunyai aplikasi luas untuk para perawat dengan latar belakang praktek yang beragam model pola fungsional kesehatan yang terbentuk dari hubungan antara klien dan lingkungan dan dapat digunakan untuk perseorangan, keluarga, dan komunitas. Setiap pola merupakan suatu rangkaian perilaku yang mmbantu perawat mengumpulkan, mengorganisasikan dan memilah-milah data.

Berikut ini adalah pengkajian keperawatan berdasarkan 11 pola fungsi Gordon:

a) Persepsi sehat – manajemen kesehatan

Menggambarkan penjelasan pribadi klien mengenai kesehatan dan kesejahteraan, bagaimana klien mengelola kesehatannya dan pengetahuan tentang praktik pencegahan. Komponen pengkajiannya meliputi :

- 1) Pola kesehatan dan kesejahteraan yang dirasakan
- 2) Pengetahuan tentang gaya hidup dan hubungannya dengan kesehatan
- 3) Pengetahuan tentang tindakan pencegahan
- 4) Kepatuhan pada program keperawatan dan medis
- 5) Frekuensi kunjungan ke penyedia layanan kesehatan dan kepatuhan terapi di rumah.

b) Pola nutrisi – metabolik

Menggambarkan pola makan dan minum klien sehari-hari atau dalam jangka waktu seminggu. Komponen pengkajiannya meliputi :

- 1) Pola kebiasaan asupan makanan dan minuman (frekuensi, waktu, porsi)
- 2) Jenis asupan makanan dan minuman
- 3) Berat badan saat ini, peningkatan atau penurunan berat badan, IMT (Indeks Massa Tubuh)
- 4) Selera makan, jenis makanan dan minuman yang disukai, jenis makanan atau minuman yang tidak disukai

c) Pola eliminasi

Menggambarkan pola ekskresi (usus, kandung kemih dan kulit). Komponen pengkajiannya meliputi :

- 1) Pola defekasi, perubahan (adanya gangguan atau tidak, frekuensi, jumlah, konsistensi, warna, waktu)
- 2) Pola eliminasi urine, perubahan (adanya gangguan atau tidak, frekuensi, jumlah, warna, bau, waktu)
- 3) Penggunaan alat bantu saat eliminasi
- 4) Penggunaan obat-obatan

d) Pola aktivitas – latihan

Menggambarkan pola latihan, aktivitas, liburan dan rekreasi, kemampuan untuk dapat menjalankan aktivitas sehari-hari. Komponen pengkajiannya meliputi :

- 1) Pola latihan fisik (sebutkan jenisnya, frekuensi, durasi)
- 2) Kemampuan dalam aktivitas yang dilakukan sehari-hari
- 3) Waktu luang untuk rekreasi (sebutkan jenisnya, waktu)
- 4) Kemampuan perawatan diri:

Aktivitas	0	1	2	3	4
Mandi					
Berpakaian					
Eliminasi					
Mobilisasi ditempat tidur					
Pindah					
Ambulasi					
Naik Tangga					

Keterangan:

Mandiri	= 0
Alat bantu	= 1
Bantuan orang lain	= 2
Bantuan orang lain dan alat	= 3
Tergantung/tidak mampu	= 4

e) Pola tidur istirahat

Menggambarkan pola tidur, istirahat dan relaksasi. Komponen pengkajiannya meliputi :

- 1) Pola tidur dalam sehari (frekuensi, durasi, waktu, ada atau tidak gangguan yang dialami)
- 2) Aktivitas istirahat yang dilakukan (sebutkan jenisnya, waktu, durasi)

f) Pola kognitif persepsi

Menggambarkan pola persepsi sensorik, kemampuan berbahasa, ingatan dan pembuatan keputusan. Komponen pengkajiannya meliputi :

- 1) Penglihatan, pendengaran, pengecap, perasa, penghidu
- 2) Kecakapan bahasa dan bahasa yang digunakan sehari-hari
- 3) Kemampuan ingatan
- 4) Kemampuan mengambil keputusan

g) Pola persepsi – konsep diri

Menggambarkan pola konsep dan persepsi diri klien. Komponen pengkajiannya meliputi:

- 1) Sikap terhadap diri sendiri, perasaan berharga
- 2) Persepsi terhadap kemampuan
- 3) Pola emosional
- 4) Citra tubuh, identitas diri

h) Pola peran-hubungan

Menggambarkan pola klien yang berhubungan dengan ikatan atau hubungan. Komponen pengkajiannya meliputi :

- 1) Pola hubungan dengan keluarga atau teman
- 2) Tanggung jawab dalam melaksanakan perannya
- 3) Kepuasan terhadap hubungan dan tanggungjawab

i) Pola seksualitas – reproduksi

Menggambarkan pola kepuasan dan ketidakpuasan seksual klien, pola reproduksi klien, masalah *pre* dan *post menopause*. Komponen pengkajiannya meliputi:

- 1) Pola menstruasi (awal mendapat menstruasi, waktu menstruasi, lama menstruasi, jumlah, gangguan yang dialami selama menstruasi)
- 2) Masalah pramenstruasi dan *pasca* menstruasi
- 3) Reproduksi (status pernikahan, jumlah anak, pernah mengikuti KB atau tidak)

4) Kepuasan terhadap hubungan seksual dan identitas seksual

5) Pola dan masalah menopause

j) Pola coping- toleransi stress

Menggambarkan pola coping klien dalam menangani stres, sumber dukungan, efektifitas pola coping yang klien miliki dalam menoleransi stres. Komponen pengkajiannya meliputi:

1) Kemampuan mengatasi stres

2) Pengetahuan tentang toleransi stress

3) Sumber pendukung klien

4) Jumlah peristiwa hidup yang penuh dengan stress dalam satu tahun terakhir

k) Pola nilai – keyakinan

Menggambarkan pola nilai, kepercayaan (termasuk aktivitas keagamaan), dan tujuan yang mempengaruhi pilihan dan keputusan klien. Komponen pengkajiannya meliputi :

1) Nilai, tujuan dan keyakinan (ungkapkan persepsi dari klien)

2) Aktivitas spiritual (agama, kegiatan ibadah yang dilakukan)

3) Konflik nilai yang dirasakan

2. Pengkajian *Head To Toe*

Setelah mempelajari sub BAB sebelumnya tentang pengkajian pola fungsi gordon, pada sub BAB ini masih berkelanjutan untuk mempelajari pengkajian keperawatan. Pengkajian keperawatan II ini mempelajari tentang bagaimana mengkaji pasien dengan metode *Head To Toe*. Pengkajian keperawatan *Head To Toe* merupakan suatu proses untuk mendapatkan data dari klien dengan cara melakukan pemeriksaan fisik pada klien dari kepala hingga kaki baik dengan cara observasi, wawancara, inspeksi, palpasi, auskultasi, dan perkusi yang kemudian dituangkan dalam dokumentasi pengkajian *Head To Toe*.

Berikut adalah cara pendokumentasian pengkajian keperawatan dengan metode *Head To Toe* :

1) Kepala

- a) Secara umum : ukuran lingkaran kepala (makrosefali, normal atau mikrosefali), keadaan ubun-ubun (ubun-ubun datar, menonjol atau cekung), ada perlukaan atau tidak.
- b) wajah : wajah simetris atau tidak, ada pembengkakan atau tidak
- c) Rambut : kebersihan rambut dan kulit kepala, warna rambut (berwarna hitam, coklat, beruban, pirang, atau diberi warna buatan), kelembatan rambut (gundul, rambut lebat atau rambut sedikit), distribusi rambut (rambut jarang atau rambut merata), dan kekuatan rambut (rambut rapuh/mudah rontoh, rambut kuat)
- d) Mata : ketajaman mata atau nilai visus, palpebra simetris atau tidak, keadaan konjunktiva (anemis atau tidak), warna sklera (ikterik atau tidak), kejernihan kornea (kornea jernih atau keruh), keadaan pupil (bentuk bulat atau tidak, simetris atau tidak, refleksi terhadap cahaya mengecil atau tidak), kejernihan lensa (lensa jernih atau keruh, kondisi bola mata (bola mata menonjol atau tidak), gerakan bola mata (nistagmus atau tidak)
- e) mulut : bau atau tidak, bibir simetris atau tidak, kondisi gusi (ada edema atau tidak, ada radang atau tidak), bibir kering atau bibir lembab, keadaan gigi (gigi berlubang atau tidak, gigi ompong atau tidak, ada karies gigi atau tidak, gigi utuh, gigi bersih, pemakaian kawat gigi), kondisi lidah (bentuk besar, normal atau kecil serta ada tremor pada lidah atau tidak)
- f) Hidung : bersih atau tidak, ada sekret atau tidak, ada epistaksis atau tidak
- g) Telinga : bentuk daun telinga, besar daun telinga, posisi daun telinga (simetris atau tidak), bersih atau tidak, tes pendengaran (normal atau tidak), ada perforasi atau tidak

2) Leher : ada peningkatan JVP atau tidak, ada pembesaran tiroid/ getah bening atau tidak, ada massa atau tidak

3) Dada

a) Secara umum : bentuk (*funnel chest-sternum* bagian bawah serta iga masuk kedalam terutama saat inspirasi, *pigeon chest-sternum* menonjol ke arah luar atau barrel chest-dada berbentuk bulat seperti tong yaitu sternum terdorong ke arah depan dengan iga horisontal), simetris atau tidak, ada deformitas atau tidak, ada pembengkakan atau tidak.

b) Jantung

- Inspeksi dan palpasi = *Ictus cordis*nya tampak atau tidak, detak pulmonal teraba atau tidak, *ictus cordis* teraba di area mana
- Perkusi = bagaimana suara perkusi
- Auskultasi = bagaimana bunyi jantung (normal atau tidak)

c) Paru

- Inspeksi = pengembangan paru (sama atau tidak antara kanan dan kiri), ada retraksi dada atau tidak
- Perkusi = bagaimana suara perkusi (sonor, redup/pekak, atau hipersonor)
- Palpasi = simetri atau tidak, fremitus suara antara dada kanan dan kiri sama atau tidak,
- Auskultasi = bagaimana bunyi napas (vesikuler, ronki basah, ronki kering, *wheezing*, krepitasi atau pleural *friction rub*)

4) Abdomen

a) Inspeksi = bentuk perut simetris atau tidak, ukuran lingkar perut, gerakan dinding perut (cepat, normal, lambat)

b) Auskultasi = suara peristaltik usus permenit

c) Perkusi = bagaimana suara perkusi (timpani atau redup)



- d) Palpasi = ada nyeri tekan atau tidak, ada pembesaran atau tidak, ada ketegangan perut atau tidak
- 5) Genitalia : bersiah atau tidak, ada *discharge* atau tidak (jika ada, kemukakan jumlah dan warna)
- 6) Ekstremitas
  - a) Pemeriksaan kuku : warna kuku (sianosis atau tidak), bentuk (cembung, datar atau cekung)
  - b) Tangan dan kaki : ada edema atau tidak, bagaimana *capiler refill*, keadaan akralnya (dingin atau tidak, pucat atau tidak), ada nyeri tekan atau tidak, gaya berjalan, ada paralisis atau tidak, pengukuran kekuatan otot (1-5), ada kontraktur atau tidak.
- 7) Integumen : inspeksi warna kulit, sianosis, ikterus, ekzema, pucat, purpura (gatal), eritema, makula (massa rata ukuran kecil kurang dari 1 cm), papula (massa padat menonjol ukuran kecil kurang dari 1 cm), vesikula (massa berisi cairan kurang dari 1 cm dan menonjol), pustula (vesikel berisi eksudat purulens), ulkus (kehilangan permukaan kulit yang dalam dapat meluas sampai ke dermis dan jaringan subkutan), turgor kulit (kurang dari 3 detik atau lebih), kelembapan kulit (kering atau lembab), tekstur kulit (kasar atau halus) dan edema (pembengkakan).

### 3. Pola Pengkajian *Sistem Tubuh*

Setelah mempelajari sub BAB sebelumnya tentang pengkajian pola fungsi gordon, pada sub BAB ini masih berkelanjutan untuk mempelajari pengkajian keperawatan. Pengkajian keperawatan III ini mempelajari tentang bagaimana mengkaji pasien dengan pengkajian sistem tubuh secara keseluruhan. Pengkajian keperawatan sistem tubuh merupakan pengkajian sesuai model medis. Pengkajian melakukan pemeriksaan organ tubuh dengan pendekatan pengkajian fungsi sistem organ. Adapun lingkup mayor body sistem meliputi:

<b>PENGAJIAN FISIK</b>	
<b>Batas Normal</b>	<b>Hasil Pemeriksaan</b>
<p><b>Tanda-tanda vital:</b>            Suhu 36-37°C, Nadi 60-100 x/menit,            Tekanan Darah rata-rata 130/80 mmHg,            Respirasi Rate 16-24 x/menit.</p>	<p><b>Tanda-tanda vital:</b>            a. Suhu : .....°C            b. Nadi : ..... x/menit            c. Tekanan Darah: ..... mmHg            d. Respirasi Rate : ..... x/menit            e. Berat Badan : ..... Kg            f. Tinggi Badan : ..... cm</p>

**Pernafasan (Respiratory):**

<p>Bentuk ada simetris, sputum sedikit dan jernih, pola nafas reguler, vokal fremitus lapang paru tidak meningkat dan tidak menurun, suara perkusi sonor, auskultasi suara nafas vesikuler, suara tambahan tidak ada.</p>	<p><b>Inspeksi:</b>            1. Bentuk dada : .....            2. Sekresi dan batuk:                a. Batuk : .....                b. Sputum: .....                c. Warna : .....            3. Pola nafas : .....</p> <p><b>Palpasi:</b>            Fremitus Vocal            1. Meningkat Lokasi: .....            2. Menurun Lokasi: .....            3. Lain-lain:</p> <p><b>Perkusi:</b>            Suara perkusi ditimbulkan : .....            Lainnya: .....</p> <p><b>Auskultasi:</b>            1. Auskultasi suara nafas</p>
---	--

	<p>a. Vesikuler di : .....</p> <p>b. Broncho vesikuler di: .....</p> <p>c. Brochial di : .....</p> <p>2. Vocal resonansi: .....</p> <p>3. Suara tambahan:</p> <p>a. Rales, Lokasi: .....</p> <p>b. Ronchi, Lokasi: .....</p> <p>c. Pleural friction Rub, Lokasi: .....</p>
--	--

### Cadiovaskuler

<p>Iktus cordis berada di ICS 5 lebar 1 cm, heart rate = nadi dan irama reguler, auskultasi bunyi jantung normal, tidak ada suara tambahan.</p>	<p><b>Inspeksi:</b> Iktus cordis : .....</p> <p><b>Palpasi:</b> 1. Iktus cordis teraba pada: .....</p> <p>2. Frekuensi Heart Rate: .....</p> <p><b>Perkusi:</b> 1. Pembesaran jantung : .....</p> <p>2. Nyeri dada: .....</p> <p><b>Auskultasi:</b> ( ) Normal ( ) Tambahan: .....</p> <p>Jenis : .....</p>
---	---

### Persyarafan (Neurological)

<p>Kesadaran compos mentis dengan GCS 15, Reflek (bisept, tricept dan achilles): + dan babinsky:-, koordinasi gerak baik, tidak kesemutan dan tiadak kejang.</p>	<p>1. Tingkat kesadaran: .....</p> <p>2. GCS : Mata:.....,Bicara: ...., Gerakan: .....</p> <p>3. Reflek:</p>
--	--

	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Bisep : .....</li> <li>b. Tricep : .....</li> <li>c. Achilles : .....</li> <li>d. Babinsky : .....</li> <li>e. Lainnya : .....</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>4. Koordinasi gerak: .....</li> <li>5. Kejang: .....</li> <li>6. perasa: .....</li> </ul>
--	--

**Gastrointestinal:**

<p>Abdomen datar, tepi perut dan umbilicus tidak menonjol, bendungan pembuluh darah dikulit abdomen tiadak ada, peristaltik usus 5-35 x/menit, tidak nyeri dan tidak acites.</p>	<p><b>Inspeksi:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Bentuk: .....</li> <li>2. Tepi perut: .....</li> <li>3. Bendungan pembuluh darah dikulit abdomen: .....</li> </ul> <p><b>Auskultasi:</b></p> <p>Bunyi peristaltik usus: .....</p> <p><b>Palpasi:</b></p> <p>Nyeri : ..... Lokasi: .....</p> <p>Massa: ..... Lokasi: .....</p> <p>Pembesaran Hepar: .....</p> <p>Pembesaran Lien: .....</p> <p>Titik Mc. Burney: .....</p> <p><b>Perkusi:</b></p> <p>Acites: .....</p>
--	---

**Otot, Tulang (Musculoskeletal):**

<p>Pergerakan bebas, kemampuan kekuatan otot, tidak fraktur</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Pergerakan sendi (ROM): .....</li> <li>2. Kemampuan kekuatan otot: .....</li> </ul>
---	---

	3. Kemampuan menggenggam: ..... 4. Fraktur: ..... Lokasi: .....
--	--

**Kulit (Integumen):**

Warna kulit tidak ada pigmentasi/ kemerahan, akral hangat, turgor elastik, krepitasi dan oedema tidak ada	Warna kulit: ..... Akral: ..... Turgor: ..... Krepitasi: ..... Oedema: .....
---	--

**Pengindraan:**

<p><b>Mata</b></p> <p>Bentuk normal, konjungtiva normal, pupil bulat sama besar, gerak bola matadan medan penglihatan normal, visus 6/6, tidak buta warna.</p>	<p><b>Mata (penglihatan)</b></p> <p>Inspeksi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Bentuk mata:  <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> eksoptalmus  <input type="checkbox"/> eksop <input type="checkbox"/> lainnya</li> <li>Konjungtiva:  <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anemis</li> <li>Pupil: <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> menyempit</li> <li>Gerak bola mata:  <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> menyempit</li> <li>Visus/ ketajaman penglihatan</li> <li>Medan penglihatan:  <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> menyempit</li> <li>Buta warna: .....            Jenis: .....</li> </ol> <p>Palpasi:</p> <p>Tekanan intra okuler: .....</p>
<p><b>Hidung</b></p>	<p><b>Hidung</b></p>

<p>Septum hidung ditengah, sekret dan polip tidak ada, serta tidak ada gangguan penciuman</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Septum hidung: .....</li> <li>2. Sekret hidung : .....</li> <li>3. Polip : .....</li> <li>4. Gangguan penciuman: .....</li> </ol>
<p><b>Telinga</b> Lubang telinga bersih, membran timpani terang, tidak ada gangguan pendengaran.</p>	<p><b>Telinga</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lubang telinga: .....</li> <li>2. Membran Tympani: .....</li> <li>3. Gangguan pendengaran: .....</li> </ol>
<p><b>Mulut dan Leher</b> Bibir normal, gigi lengkap dan bersih, mukosa bibir lembab, lidah normal dan bersih, tidak ada kesulitan menelan, kelenjar thyroid tidak teraba.</p>	<p><b>Mulut dan Leher</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bibir: .....</li> <li>2. Gigi: .....</li> <li>3. Selaput lendir dan mulut: .....</li> <li>4. Lidah: .....</li> <li>5. Tenggorokan waktu menelan: .....</li> <li>6. Kelenjar thyroid: .....</li> </ol>

## Evaluasi Kegiatan Belajar I

### Kasus :

Seorang laki-laki berusia 43 tahun, dirawat di ruang penyakit paru dengan keluhan sesak napas yang semakin memberat. Hasil pengkajian didapatkan pasien batuk disertai produksi sputum berwarna putih dan kental, penggunaan otot bantu pernapasan (+), retraksi dinding dada (+), bagian apeks kanan dan kiri paru fremitus menurun, ronkhi (+), RR 30x/menit.

Dua tahun SMRS, hasil pemeriksaan BTA (+), pada tiga kali pemeriksaan. Pasien memiliki kebiasaan merokok 12 batang/hari. Berat badan satu tahun yang lalu 70 Kg, turun menjadi 44 Kg dengan tinggi badan 165 cm. Pasien mengeluhkan mual dan nafsu makan menurun. Diet yang diberikan makanan biasa 2.500 KKal.

Hasil pemeriksaan laboratorium: Hb 8,9gr/dl, Leukosit  $5,63 \times 10^3/\mu\text{L}$ , Eritrosit  $2,83 \times 10^6/\mu\text{L}$ , Trombosit  $250.000/\mu\text{L}$ , Hematokrit 27 %, pH 7,30, PO<sub>2</sub> 90 mmHg, PCO<sub>2</sub> 39 mmHg, HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> 17,8 mEq/L, BE -6, Natrium 135 mEq/L, Kalium 4,20 mEq/L, Clorida 102,0 mEq/L, ureum 23 mg/dL, kreatinin 0,9 mg/dL, GDS 76 mg/dL. Hasil foto thoraks kesan infiltrat di kedua lapang paru.

Pasien bekerja sebagai buruh pabrik, memiliki satu orang istri dan 4 orang anak. Istri pasien bekerja sebagai buruh cuci. 3 orang anak pasien masih duduk di bangku sekolah. Sejak mengalami sakit, pasien tidak mampu lagi bekerja dengan maksimal. Pasien juga mengurangi berkumpul dengan tetangga karena batuk-batuk.

1. Lakukan Pengkajian pada kasus tersebut dengan format berikut!

**ASUHAN KEPERAWATAN  
PADA Ny/Tn... DENGAN GANGGUAN PEMENUHAN KEBUTUHAN .....  
DI RUANG ..... RS .....**

Tgl/Jam MRS : .....  
Tanggal/Jam Pengkajian : .....  
Metode Pengkajian : .....  
Diagnosa Medis : .....  
No. Registrasi : .....

**I. BIODATA**

**1. IDENTITAS KLIEN**

Nama Klien : .....  
Alamat : .....  
Umur : .....  
Agama : .....  
Status Perkawinan : .....  
Pendidikan : .....  
Pekerjaan : .....

**2. Identitas Penanggung jawab**

Nama : .....  
Umur : .....  
Pendidikan : .....  
Pekerjaan : .....  
Alamat : .....  
Hubungan dengan Klien: .....



**II. RIWAYAT KEPERAWATAN**

**1. Keluhan Utama**

.....  
.....

**2. Riwayat Penyakit Sekarang**

.....  
.....

**3. Riwayat Penyakit Dahulu**

.....  
.....

**4. Riwayat Kesehatan Keluarga**

.....  
.....

Genogram:

**5. Riwayat Kesehatan Lingkungan:**

.....  
.....

**III. PENGKAJIAN POLA KESEHATAN FUNGSIONAL**

**1. Pola Persepsi dan Pemeliharaan Kesehatan**

.....  
.....

**2. Pola Nutrisi/Metabolik**

a. Sebelum Sakit

- Frekuensi :

.....

- Jenis :

.....

- Porsi :

.....

- Keluhan :

.....

b. Selama Sakit

- Frekuensi :

.....

- Jenis :

.....

- Porsi :

.....

- Keluhan :

.....

**2. Pola Eliminasi**

**a. BAB**

1) Sebelum Sakit

- Frekuensi BAB :

.....

- Konsistensi :

.....

- Warna :

.....

- Keluhan :

.....

2) Selama Sakit

- Frekuensi BAB :

.....

- Konsistensi :

.....

- Warna :  
.....
- Keluhan :  
.....

**b. BAK**

1) Sebelum Sakit

- Frekuensi BAB :  
.....
- Jumlah Urine :  
.....
- Warna :  
.....
- Keluhan :  
.....

2) Selama Sakit

- Frekuensi BAB :  
.....
- Jumlah urine :  
.....
- Warna :  
.....
- Keluhan :  
.....

**ANALISA KESEIMBANGAN CAIRAN SELAMA PERAWATAN**

Intake	Output	Analisa
- Minuman .....cc	- Urine .....cc	Intake : .....cc
- Makanan .....cc	- Feses .....cc	Output: ..... cc
	- IWL	

	.....cc	
Total .....cc	Total .....cc	Balance: .....cc

**3. Pola Aktifitas dan Latihan (Sebelum dan Selama Sakit)**

Kemampuan perawatan diri	0	1	2	3	4
Makan/minum					
Mandi					
Toileting					
Berpakaian					
Mobilitas ditempat tidur					
Berpindah					
Ambulasi/ROM					

Ket:

0: Mandiri, 1: dengan alat bantu, 2: dibantu orang lain, 3: dibantu orang lain dan alat; 4: tergantung total

**3. Pola Istirahat Tidur**

a. Sebelum Sakit :

.....

b. Selama Sakit :

.....

**4. Pola Kognitif – Perseptual**

a. Sebelum Sakit :

.....

b. Selama Sakit :

.....

**5. Pola Persepsi Konsep Diri**

a. Sebelum Sakit :

.....

b. Selama Sakit :

.....

**6. Pola Hubungan Peran**

a. Sebelum Sakit :  
.....

b. Selama Sakit :  
.....

**7. Pola Seksualitas Reproduksi**

a. Sebelum Sakit :  
.....

b. Selama Sakit :  
.....

**8. Pola Mekanisme Koping**

a. Sebelum Sakit :  
.....

b. Selama Sakit :  
.....

**9. Pola Nilai dan Keyakinan**

a. Sebelum Sakit :  
.....

b. Selama Sakit :  
.....

**IV. PEMERIKSAAN FISIK**

**1. Keadaan/Penampilan Umum**

a. Kesadaran : .....

b. Tanda-Tanda Vital

• Tekanan Darah : .....

• Nadi

- Frekuensi: .....

- Irama : .....

- Kekuatan : .....

- Pernafasan

- Frekuensi: .....

- Irama : .....

- Suhu : .....

## 2. Kepala

- Bentuk Kepala : .....

- Kulit Kepala : .....

- Rambut : .....

## 3. Muka

### a. Mata

- Palpebra : .....

- Konjungtiva : .....

- Sclera : .....

- Pupil : .....

- Diameter ki/ka : .....

- Reflek Terhadap Cahaya :

.....

- Penggunaan alat bantu penglihatan :

.....

b. Hidung : .....

c. Mulut : .....

d. Gigi : .....

e. Telinga : .....

## 4. Leher :

.....

## 5. Dada (Thorax)

- Paru-paru

Inspeksi : .....  
Palpasi : .....  
Perkusi : .....  
Auskultasi : .....

• **Jantung**

Inspeksi : .....  
Palpasi : .....  
Perkusi : .....  
Auskultasi : .....

**6. Abdomen**

Inspeksi : .....  
Auskultasi : .....  
Perkusi : .....  
Palpasi : .....

**7. Genetalia** : .....

**8. Rektum** : .....

**9. Ekstremitas**

a. Atas

- Kekuatan otot kanan dan kiri: .....
- ROM kanan dan kiri : .....
- Perubahan bentuk tulang : .....
- Perabaan Akral : .....
- Pitting edema : .....

b. Bawah

- Kekuatan otot kanan dan kiri: .....
- ROM kanan dan kiri : .....
- Perubahan bentuk tulang : .....
- Perabaan Akral : .....

- Pitting edema : .....

**V. PEMERIKSAAN PENUNJANG**

Jenis Pemeriksaan	Nilai Normal	Satuan	Hasil	Keterangan Hasil

**VI. TERAPI MEDIS**

Hari/Tanggal	Jenis Terapi	Dosis	Golongan & Kandungan	Fungsi & Farmakologi
	<b>Cairan IV:</b>  <b>Obat Peroral:</b>  <b>Obat Parenteral:</b>  <b>Obat Topikal:</b>			



**DIAGNOSA KEPERAWATAN**

**1. Pengertian**

Diagnosa keperawatan adalah suatu fungsi keperawatan yang mandiri. Suatu evaluasi tentang respon personal klien terhadap pengalaman kemanusiaannya sepanjang siklus kehidupan, apakah respon merupakan krisis perkembangan atau kecelakaan, penyakit, kesukaran, atau stres lainnya.

Diagnosa keperawatan adalah penilaian klinis tentang respon individu, keluarga, atau komunitas terhadap masalah kesehatan dan proses kehidupan aktual atau potensial. Diagnosa keperawatan memberikan dasar pemilihan intervensi keperawatan untuk mencapai hasil dimana perawat bertanggung gugat.

**2. Tipe-tipe dan persyaratan diagnosa keperawatan**

Diagnosa keperawatan menurut Carpenito (2001) dapat dibedakan menjadi 5 kategori:

- 1) Aktual : suatu diagnosa keperawatan aktual menggambarkan penilaian klinik yang harus divalidasi perawat karena adanya batasan karakteristik mayor.

Syarat :Menegakkan diagnosa keperawatan aktual harus ada unsur PES. Symptom (S) harus memenuhi kriteria mayor (80%-100%) dan sebagian kriteria minor dari pedoman diagnosa NANDA. Misalnya, ada data : muntah, diare, dan turgor jelek selama 5 hari.

Diagnosa : Kekurangan volume cairan tubuh berhubungan dengan kehilangan cairan secara abnormal.

Jika masalah semakin jelek dan mengganggu kesehatan “perineal”, klien tersebut akan terjadi resiko kerusakan kulit, dan disebut sebagai “resiko diagnosa”

2) Resiko :diagnosa keperawatan resiko menggambarkan penilaian klinis dimana in dividu atau kelompok lebih rentan mengalami masalah di banding orang lain dalam situasi yang sama atau serupa.

Syarat:Menegakkan resiko diagnosa keperawatan ada unsur PE (problem and etiologi) penggunaan istilah “resiko dan resiko tinggi” tergantung dari tingkat keparahan/kerentanan terhadap masalah.

Diagnosa : “resiko gangguan integritas kulit berhubungan dengan diare yang terus menerus”.

Jika perawat menduga adanya gangguan self-concept, tetepi kurang data yang cukup mendukung (defenisi karakteristik/tanda dan gejala) untuk memastikan permasalahan, maka dapat dicantumkan sebagai : “kemungkinan diagnosa”.

3) Kemungkinan:Diagnosis keperawatan yang mungkin adalah pernyataan yang menjelaskan masalah yang diduga memerlukan data tambahan. itu adalah un beruntung bahwa banyak perawat telah disosialisasikan untuk menghindari muncul tentatif. dalam pengambilan keputusan ilmiah, pendekatan tentatif bukanlah tanda kelemahan atau keraguan, tetapi merupakan bagian penting dari proses. perawat harus menunda diagnosis akhir sampai ia atau dia telah mengumpulkan dan menganalisis semua informasi yang diperlukan untuk tiba pada suatu conclusion.physicians ilmiah menunjukkan kesementaraan dengan aturan pernyataan keluar (R / O). Perawat juga harus mengadopsi posisi tentatif sampai mereka telah menyelesaikan pengumpulan data dan evaluasi dan dapat mengkonfirmasi atau menyingkirkan.

Syarat: menegakkan kemungkinan diagnosa keperawatan adanya unsur respon (problem) dan faktor yang mungkin dapat menimbulkan masalah tetapi belum ada. Diagnosa: kemungkinan gangguan konsep diri: rendah diri/terilosasi berhubungan dengan diare. Keperawatan dituntut untuk berfikir lebih kritis dan mengumpulkan data tambahan yang berhubungan dengan konbsep diri.

4) Diagnosa Keperawatan “Wellness”

Diagnosa keperawatan kesejahteraan adalah penilaian klinis tentang keadaan individu, keluarga, atau masyarakat dalam transisi dari tingkat sejahtera tertentu ke tingkat sejahtera yang lebih tinggi (NANDA).

Ada 2 kunci yang harus ada:

- a) Sesuatu yang menyenangkan pada tingkat kesejahteraan yang lebih tinggi.
- b) Ada status dan fungsi yang efektif.

Pernyataan diagnosa keperawatan yang dituliskan adalah “potensi untuk peningkatan..”. perlu dicatat bahwa diagnosa keperawatan kategori ini mengandung unsur “faktor yang berhubungan”.

Contoh : Potensial peningkatan hubungan dalam keluarga

Hasil yang diharapkan meliputi :

- a) Makan pagi bersama selama lima hari / minggu
- b) Melibatkan anak dalam pengambilan keputusan keluarga
- c) Menjaga kerahasiaan setiap anggota keluarga

### **3. Komponen Diagnosa Keperawatan**

#### **a. Problem (masalah)**

Tujuan penulisan pernyataan masalah adalah menjelaskan status kesehatan atau masalah kesehatan klien secara jelas dan sesingkat mungkin. Karena pada bagian ini dari diagnose keperawatan mengidentifikasi apa yang tidak sehat tentang klien dan apa yang harus diubah tentang status kesehatan klien dan juga memberikan pedoman terhadap tujuan dari asuhan keperawatan. Dengan menggunakan standar diagnose keperawatan dari NANDA mempunyai keuntungan yang signifikan.

- 1) Membantu perawat untuk berkomunikasi satu dengan yang lainnya dengan menggunakan istilah yang dimengerti secara umum.
- 2) Memfasilitasi penggunaan computer dalam keperawatan, Karena perawat akan mampu mengakses diagnose keperawatan.

- 3) Sebagai metode untuk mengidentifikasi perbedaan masalah keperawatan yang ada dengan masalah medis.
- 4) Semua perawat dapat bekerja sama dalam menguji dan mendefinisikan kategori diagnose dalam mengidentifikasi criteria pengkajian dan intervensi keperawatan dalam meningkatkan asuhan keperawatan.

b. Etiologi (penyebab)

Etiologi (penyebab) adalah factor klinik dan personal yang dapat merubah status kesehatan atau mempengaruhi perkembangan masalah. Etiologi mengidentifikasi fisiologis, psikologis, sosiologis, spiritual dan factor-faktor lingkungan yang dipercaya berhubungan dengan masalah baik sebagai penyebab ataupun factor resiko. Karena etiologi mengidentifikasi factor yang mendukung terhadap masalah kesehatan klien, maka etiologi sebagai pedoman atau sasaran langsung dari intervensi keperawatan. Jika terjadi kesalahan dalam menentukan penyebab maka tindakan keperawatan menjadi tidak efektif dan efisien.

Misalnya, klien dengan diabetes mellitus masuk RS biasanya dengan hiperglikemi dan mempunyai riwayat yang tidak baik tentang pola makan dan pengobatan (insulin) didiagnosa dengan “ ketidaktaatan”. Katakana lah ketidaktaatan tersebut berhubungan dengan kuramngnya pengetahuan kien dan tindakan keperawatan diprioritaskan mengajarkan klien cara mengatasi diabetes melitus dan tidak berhasil, jika penyebab ketidaktaatan tersebut karena klien putus asa untuk hidup.

Penulisan etiologi dari diagnose keperawatan meliputi unsure PSMM

P = Patofisiologi dari penyakit

S = Situational (keadaan lingkungan perawatan)

M = Medication ( pengobatan yang diberikan)

M = Maturasi (tingkat kematangan/kedewasaan klien)

Etiologi, factor penunjang dan resiko, meliputi:

1) Pathofisiologi: Semua proses penyakit, akut dan kronis, yang dapat menyebabkan atau mendukung masalah, misalnya masalah “powerlessness”

Penyebab yang umum:

- a) ketidakmampuan berkomunikasi ( CV A, intubation)
- b) ketidakmampuan melakukan aktifitas sehari-hari (CV A, trauma servical, nyeri, IMA)
- c) ketidakmampuan memenuhi tanggungjawabnya (pembedahan, trauma, dan arthritis)

2) Situasional (personal, environment)

Kurangnya pengetahuan, isolasi social, kurangnya penjelasan dari petugas kesehatan, kurangnya partisipasi klien dalam mengambil keputusan, relokasi, kekurangmampuan biaya, pelecehan sexual, pemindahan status social, dan perubahan personal teritori.

3) Medication (treatment-related)

Keterbatasan institusi atau RS: tidak sanggup memberikan perawatan dan tidak ada kerahasiaan.

4) Maturational

Adolescent: ketergantungan dalam kelompok, independen dari keluarga

- a) Young adult: menikah, hamil, orangtua
- b) Dewasa: tekanan karir, dan tanda-tanda pubertas
- c) Elderly: kurangnya sensori, motor, kehilangan (uang, factor lain)

c. Sign/symptom (tanda/gejala)

Identifikasi data subjektif dan objektif sebagai tanda dari masalah keperawatan. Memerlukan kriteria evaluasi, misalnya : bau “pesing”, rambut tidak pernah di keramas. “saya takut jalan di kamar mandi dan memecahkan barang”.

#### **4. Penentuan Prioritas Diagnosis**

Dengan menentukan diagnosis keperawatan, maka dapat diketahui diagnosis mana yang akan dilakukan atau diatasi pertama kali atau yang segera dilakukan dalam menentukan prioritas terdapat beberapa pendapat urutan prioritas, diantaranya :

##### **a. Berdasarkan tingkat kegawatan (mengancam jiwa)**

Penentuan prioritas berdasarkan tingkat kegawatan atau mengancam jiwa yang dilatar belakangi dari prinsip pertolongan pertama yaitu dengan membagi beberapa prioritas diantaranya prioritas tinggi, prioritas sedang , dan prioritas rendah.

- 1) Prioritas tinggi : mencerminkan situasi yang mengancam kehidupan (nyawa seseorang) sehingga perlu dilakukan tindakan terlebih dahulu seperti masalah bersihan jalan nafas.
- 2) Prioritas sedang : menggambarkan situasi yang tidak gawat dan tidak mengancam hidup klien seperti masalah higiene perseorangan.
- 3) Prioritas rendah : menggambarkan situasi yang tidak berhubungan langsung prognosis dari suatu penyakit yang secara spesifik seperti masalah keuangan atau lainnya.

##### **b. Berdasarkan kebutuhan maslow**

Maslow mentukan prioritas diagnosis yang akan direncanakan berdasarkan kebutuhan diantaranya kebutuhan fisiologis keselamatan dan keamanan, mencintai dan memiliki, harga diri dan aktualisasi diri, yang dapat digambarkan sebagai berikut:

Untuk prioritas diagnosis yang akan direncanakan maslow membagi urutan tersebut berdasarkan urutan kebutuhan dasar manusia di antaranya :

- 1) Kebutuhan fisiologis, meliputi masalah respirasi, sirkulasi, suhu, nutrisi, nyeri, cairan, perawatan kulit, mobilitas, eliminasi.

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

#### ANALISA DATA

No	Hari/Tanggal/ Jam	Data Fokus	Masalah	Etiologi
1.	Rabu, 3-7- 2018 08.00 WIB	DS: Pasien mengatakan sesak nafas yang semakin memberat DO: 1.pasien batuk,disertai produksi sputum berwarna putih dan kental, 2.adanyapenggunaan otot bantu pernapasan(+), 3.retraksi dindin gdada(+), 4.bagian apeks kanan dan kiri paru fremitus menurun,ronkhi(+),5. RR30x/menit. 6.Pasien memiliki kebiasaan merokok12batang/hari 7.Hb8,9gr/dl,8.Hematokrit27%,pH7,30,PO2 90mmHg,PCO239mm Hg,HCO3-	Gangguan Pertukaran Gas	Prubahan membran alvelus - kapiler

		17,8mEq/L, BE-6,9. ureum 23mg/dL, 10.kreatinin 0,9mg/dL, 11.Hasil foto thoraks kesan infiltrate di kedua lapang paru		
--	--	--	--	--

## Evaluasi Kegiatan Belajar 2

### Kasus :

Seorang laki-laki berusia 43 tahun, dirawat di ruang penyakit paru dengan keluhan sesak napas yang semakin memberat. Hasil pengkajian didapatkan pasien batuk disertai produksi sputum berwarna putih dan kental, penggunaan otot bantu pernapasan (+), retraksi dinding dada (+), bagian apeks kanan dan kiri paru fremitus menurun, ronkhi (+), RR 30x/menit.

Dua tahun SMRS, hasil pemeriksaan BTA (+), pada tiga kali pemeriksaan. Pasien memiliki kebiasaan merokok 12 batang/hari. Berat badan satu tahun yang lalu 70 Kg, turun menjadi 44 Kg dengan tinggi badan 165 cm. Pasien mengeluhkan mual dan nafsu makan menurun. Diet yang diberikan makanan biasa 2.500 Kkal.

Hasil pemeriksaan laboratorium: Hb 8,9gr/dl, Leukosit  $5,63 \times 10^3/\mu\text{L}$ , Eritrosit  $2,83 \times 10^6/\mu\text{L}$ , Trombosit  $250.000/\mu\text{L}$ , Hematokrit 27 %, pH 7,30, PO<sub>2</sub> 90 mmHg, PCO<sub>2</sub> 39 mmHg, HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> 17,8 mEq/L, BE -6, Natrium 135 mEq/L, Kalium 4,20 mEq/L, Clorida 102,0 mEq/L, ureum 23 mg/dL, kreatinin 0,9 mg/dL, GDS 76 mg/dL. Hasil foto thoraks kesan infiltrat di kedua lapang paru.

Pasien bekerja sebagai buruh pabrik, memiliki satu orang istri dan 4 orang anak. Istri pasien bekerja sebagai buruh cuci. 3 orang anak pasien masih duduk di bangku sekolah. Sejak mengalami sakit, pasien tidak mampu lagi bekerja dengan maksimal. Pasien juga mengurangi berkumpul dengan tetangga karena batuk-batuk.

1. Lakukan Diagnosa keperawatan pada kasus tersebut dengan format analisa data!



### KEGIATAN BELAJAR 3

#### INTERVENSI KEPERAWATAN

**a. Menentukan rencana tindakan**

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

1) Tipe intervensi keperawatan (ONEC)

a) *Observation*

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

b) *Nursing treatment*

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

c) *Education/ Health education/ Pendidikan kesehatan*

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

d) *Collaboration/ Kolaborasi/ Medical treatment*

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

2) Perumusan intervensi keperawatan dengan pendekatan SIKI ( Standar Intervensi Keperawatan Indonesia)

Komponen SIKI antara lain (1) nama atau label, (2) definisi, dan (3) rencana tindakan atau intervensi keperawatan. Dalam menentukan intervensi ini tetap

tidak lepas dari diagnosa yang sudah kita tentukan. Di awal sudah saya tekankan bahwa pemilihan diagnosa yang benar akan membantu perawat dalam menentukan tujuan keperawatan serta intervensi keperawatan yang tepat. Ada beberapa kriteria yang harus anda pahami dalam menentukan kesesuaian intervensi dengan diagnosa berdasarkan SLKI ( standar Luaran Keperawatan Indonesia):

- a) Gunakan SLKI, SIKI dan SDKI
  - b) Lihat kesesuaian antara definisi diagnosa keperawatan SDKI dengan definisi intervensi keperawatan SLKI dan SIKI
  - c) Berpikir diagnosis secara terpisah, hindari berpikir mengatasi kumpulan sindrom atau hindari mengatasi diagnosis keperawatan yang terjadi bersamaan pada pasien yang spesifik dengan satu intervensi saja.
  - d) Masukkan intervensi keperawatan yang mengatasi tanda dan gejala dari diagnosis keperawatan.
  - e) Masukkan intervensi primer dan sekunder untuk tiap diagnosis keperawatan.
- 3) Langkah menyusun intervensi keperawatan
- a) Mencari diagnosa keperawatan yang telah kita tentukan sebelumnya pada buku SLKI. Misalkan kita menggunakan diagnosa “kurang pengetahuan”, maka dibuka halaman buku NIC tentang *deficit knowledge* atau *knowledge deficient*.

Pada setiap diagnosis ada tiga level intervensi berdasar SLKI:

❖ *Suggested Intervention*

Ini adalah intervensi yang kebanyakan dipilih atau yang paling sesuai untuk menyelesaikan diagnosis. Intervensi ini dipilih karena kesesuaian dengan diagnosis, etiologi dan/atau batasan karakteristik, tindakan yang bisa menyelesaikan masalah, dapat digunakan di banyak tempat dan dibuktikan dari banyak penelitian dan pengalaman klinis dalam mengatasi diagnosis.

❖ *Additional Optional Intervention*

Intervensi ini hanya digunakan pada beberapa pasien saja dengan diagnosis keperawatan tersebut. Intervensi ini menyesuaikan dengan kebutuhan perawat ke depan untuk merencanakan tindakan keperawatan pasien secara individual.

Dalam kasus kurang pengetahuan pada ibu post partum tentang menyusui, kita bisa mengambil intervensi “*Lactation Counseling*”.

b) Setelah menentukan label intervensi yang akan digunakan, buka indeks intervensi dan pilih intervensi yang paling tepat. Misalkan untuk masalah keperawatan kurang pengetahuan pada ibu postpartum tentang menyusui, kita buka indeks *Lactation Counseling*.

c) Menuliskan intervensi yang kita pilih dalam kolom intervensi keperawatan.

Misalnya

*Lactation Counseling*

- 1) Berikan informasi tentang manfaat menyusui dari segi fisiologis dan psikologis
- 2) Berikan materi pendidikan jika diperlukan
- 3) Bantu pasien dalam melakukan perlekatan bayi pada puting ibu

**RENCANA KEPERAWATAN**

<b>Hari /Tgl</b>	<b>No. Dx</b>	<b>Tujuan</b>	<b>Intervensi</b>	<b>Rasional</b>	<b>TTd</b>
Kamis/ 3-7- 2013		▪	1.		

## Evaluasi Kegiatan Belajar 2

### Kasus :

Seorang laki-laki berusia 43 tahun, dirawat di ruang penyakit paru dengan keluhan sesak napas yang semakin memberat. Hasil pengkajian didapatkan pasien batuk disertai produksi sputum berwarna putih dan kental, penggunaan otot bantu pernapasan (+), retraksi dinding dada (+), bagian apeks kanan dan kiri paru fremitus menurun, ronkhi (+), RR 30x/menit.

Dua tahun SMRS, hasil pemeriksaan BTA (+), pada tiga kali pemeriksaan. Pasien memiliki kebiasaan merokok 12 batang/hari. Berat badan satu tahun yang lalu 70 Kg, turun menjadi 44 Kg dengan tinggi badan 165 cm. Pasien mengeluhkan mual dan nafsu makan menurun. Diet yang diberikan makanan biasa 2.500 KKal.

Hasil pemeriksaan laboratorium: Hb 8,9gr/dl, Leukosit  $5,63 \times 10^3/\mu\text{L}$ , Eritrosit  $2,83 \times 10^6/\mu\text{L}$ , Trombosit  $250.000/\mu\text{L}$ , Hematokrit 27 %, pH 7,30, PO<sub>2</sub> 90 mmHg, PCO<sub>2</sub> 39 mmHg, HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> 17,8 mEq/L, BE -6, Natrium 135 mEq/L, Kalium 4,20 mEq/L, Clorida 102,0 mEq/L, ureum 23 mg/dL, kreatinin 0,9 mg/dL, GDS 76 mg/dL. Hasil foto thoraks kesan infiltrat di kedua lapang paru.

Pasien bekerja sebagai buruh pabrik, memiliki satu orang istri dan 4 orang anak. Istri pasien bekerja sebagai buruh cuci. 3 orang anak pasien masih duduk di bangku sekolah. Sejak mengalami sakit, pasien tidak mampu lagi bekerja dengan maksimal. Pasien juga mengurangi berkumpul dengan tetangga karena batuk-batuk.

1. Lakukan penyusunan Intervensi keperawatan berdasarkan SIKI pada kasus tersebut dengan format analisa data!

## **KEGIATAN BELAJAR 4**

### **IMPLEMENTASI KEPERAWATAN**

#### **a. Definisi implementasi keperawatan**

Implementasi keperawatan adalah tindakan yang diperlukan untuk mencapai tujuan dari asuhan keperawatan. Implementasi keperawatan dapat pula didefinisikan sebagai tahap proses keperawatan dengan melaksanakan berbagai strategi tindakan keperawatan yang telah direncanakan sebelumnya dalam intervensi keperawatan. Perawat harus mengetahui berbagai hal selama pelaksanaan tindakan keperawatan seperti bahaya fisik, perlindungan pasien, teknik komunikasi, dan prosedur tindakan.

#### **b. Tujuan implementasi keperawatan**

- 1) Membantu klien mencapai tujuan yang telah ditetapkan.
- 2) Mencakup peningkatan kesehatan
- 3) Mencakup pencegahan penyakit
- 4) Mencakup pemulihan kesehatan
- 5) Memfasilitasi coping klien

#### **c. Proses implementasi keperawatan**

##### **a. Tahap I : Persiapan**

Pada tahapan persiapan meliputi kegiatan-kegiatan berikut:

- 1) Review tindakan keperawatan yang diidentifikasi pada tahap perencanaan.

Tindakan keperawatan disusun untuk promosi, mempertahankan dan memulihkan kesehatan klien. Beberapa kriteria yang harus dipenuhi antara lain:

- a) Konsisten sesuai dengan rencana tindakan
- b) Berdasarkan prinsip-prinsip ilmiah
- c) Ditujukan kepada individu sesuai dengan kondisi klien.

- d) Digunakan untuk menciptakan lingkungan yang terapeutik dan aman.
  - e) Memberikan penyuluhan dan pendidikan kepada klien.
  - f) Penggunaan sarana dan prasarana yang memadai.
- 2) Menganalisa pengetahuan dan keterampilan keperawatan yang diperlukan.  
Perawat harus mengidentifikasi tingkat pengetahuan dan tipe keterampilan yang diperlukan untuk tindakan keperawatan. Perawat menentukan siapa orang yang tepat untuk melakukan tindakan keperawatan.
  - 3) Mengetahui komplikasi dari tindakan keperawatan yang mungkin timbul.  
Prosedur tindakan mungkin berakibat terjadinya risiko tinggi kepada klien. Perawat harus menyadari kemungkinan timbulnya komplikasi sehubungan dengan tindakan keperawatan yang akan dilaksanakan. Memungkinkan perawat melakukan pencegahan dan mengurangi risiko yang timbul.
  - 4) Menentukan dan mempersiapkan peralatan yang diperlukan.  
Meliputi pertimbangan berupa:
    - Waktu : perawat harus secara selektif dalam menentukan waktu pada tindakan keperawatan yang spesifik.
    - Tenaga (personil) : Perawat harus memperhatikan kuantitas dan kualitas tenaga yang ada dalam melakukan tindakan keperawatan.
    - Alat : Perawat harus mengidentifikasi peralatan yang diperlukan pada tindakan. Hal ini bisa mengantisipasi alat-alat apa yang diperlukan.
  - 5) Mempersiapkan lingkungan yang kondusif sesuai dengan tindakan yang akan dilakukan. Keberhasilan suatu tindakan keperawatan sangat ditentukan oleh perasaan klien yang aman dan nyaman. Lingkungan yang nyaman mencakup komponen fisik dan psikologis.
  - 6) Mengidentifikasi aspek hukum dan etik terhadap risiko dari tindakan.  
Pelaksanaan tindakan keperawatan harus memperhatikan unsur-unsur meliputi hak dan kewajiban klien, hak dan kewajiban perawat atau dokter, kode etik keperawatan dan hukum keperawatan.
- b. Tahap II : Intervensi

Inisiatif rencana tindakan untuk mencapai tujuan. Tindakan keperawatan dibedakan berdasarkan kewenangan dan tanggung jawab perawat secara profesional. Adapun jenis intervensi keperawatan meliputi:

1) Independen : Dilaksanakan perawat tanpa perintah dari tim kesehatan lain.

Lingkup tindakan independent antara lain:

- a) Mengkaji terhadap klien dan keluarga melalui riwayat keperawatan dan pemeriksaan fisik untuk mengetahui status kesehatan klien.
- b) Merumuskan diagnosa keperawatan.
- c) Mengidentifikasi tindakan keperawatan.
- d) Melaksanakan rencana pengukuran.
- e) Merujuk kepada tenaga kesehatan lain.
- f) Mengevaluasi respon klien.
- g) Partisipasi dengan konsumen atau tenaga kesehatan lainnya dalam meningkatkan mutu pelayanan kesehatan.

Tipe tindakan independenkeperawatan dapat dikategorikan menjadi 4, yaitu:

a) Tindakan diagnostik (pengkajian)

Hal yang termasuk dalam tindakan diagnostik meliputi: wawancara dengan klien, observasi dan pemeriksaan fisik, serta melakukan pemeriksaan laboratorium.

b) Tindakan terapeutik (mengurangi, mencegah, mengatasi)

Misalnya: untuk mencegah gangguan integritas kulit dengan melakukan mobilisasi.

c) Tindakan edukatif (penyuluhan)

Misalnya: perawat mengajarkan kepada klien cara injeksi insulin.

d) Tindakan merujuk (kerjasama dengan tim kesehatan lainnya)

2) Interdependen : Tindakan bekerja sama dengan tim kesehatan lain, misalnya fisioterapis, ahli gizi, dan dokter.

Hal yang termasuk dalam intervensi interdependent antara lain:

Pemberian obat-obatan sesuai dengan instruksi dokter, seperti jenis, dosis dan efek samping menjadi tanggung jawab dokter namun pemberian oleh perawat.

3) Dependen : Tindakan yang berhubungan dengan tindakan medis. Misalnya dokter menuliskan “peawatan kolostomy”. Tindakan keperawatan adalah perawatan kolostomy berdasarkan kebutuhan individu dari klien.

c. Tahap III : Dokumentasi

Pelaksanaan tindakan keperawatan harus diikuti oleh pencatatan yang lengkap dan akurat terhadap suatu kejadian dalam proses keperawatan. Dimana, dalam pendokumentasian implementasi keperawatan diperlukan modifikasi kata-kata yang membuatnya berbeda dengan intervensi keperawatan

**TINDAKAN KEPERAWATAN**

No Dx	Hari/Tgl /Jam	Implementasi	Respon	Ttd
1	Rabu 3-7-2018 09.30	Memberikan kompres hangat  Memotivasi keluarga untuk mengganti pakaian klien jika basah	S : klien mengatakan lebih nyaman setelah di kompres O: Terpasang kompres pada aksila klien S: Klien mengatakan mengerti dan akan melakukannya O: Baju klien belum basah	



### Evaluasi Kegiatan Belajar 3

#### Kasus :

Seorang laki-laki berusia 43 tahun, dirawat di ruang penyakit paru dengan keluhan sesak napas yang semakin memberat. Hasil pengkajian didapatkan pasien batuk disertai produksi sputum berwarna putih dan kental, penggunaan otot bantu pernapasan (+), retraksi dinding dada (+), bagian apeks kanan dan kiri paru fremitus menurun, ronkhi (+), RR 30x/menit.

Dua tahun SMRS, hasil pemeriksaan BTA (+), pada tiga kali pemeriksaan. Pasien memiliki kebiasaan merokok 12 batang/hari. Berat badan satu tahun yang lalu 70 Kg, turun menjadi 44 Kg dengan tinggi badan 165 cm. Pasien mengeluhkan mual dan nafsu makan menurun. Diet yang diberikan makanan biasa 2.500 KKal.

Hasil pemeriksaan laboratorium: Hb 8,9gr/dl, Leukosit  $5,63 \times 10^3/\mu\text{L}$ , Eritrosit  $2,83 \times 10^6/\mu\text{L}$ , Trombosit  $250.000/\mu\text{L}$ , Hematokrit 27 %, pH 7,30, PO<sub>2</sub> 90 mmHg, PCO<sub>2</sub> 39 mmHg, HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> 17,8 mEq/L, BE -6, Natrium 135 mEq/L, Kalium 4,20 mEq/L, Clorida 102,0 mEq/L, ureum 23 mg/dL, kreatinin 0,9 mg/dL, GDS 76 mg/dL. Hasil foto thoraks kesan infiltrat di kedua lapang paru.

Pasien bekerja sebagai buruh pabrik, memiliki satu orang istri dan 4 orang anak. Istri pasien bekerja sebagai buruh cuci. 3 orang anak pasien masih duduk di bangku sekolah. Sejak mengalami sakit, pasien tidak mampu lagi bekerja dengan maksimal. Pasien juga mengurangi berkumpul dengan tetangga karena batuk-batuk.

1. Lakukan penyusunan Implementasi Keperawatan pada kasus tersebut dengan format diatas!

## **KEGIATAN BELAJAR 5**

### **EVALUASI KEPERAWATAN**

#### **a. Pengertian**

Tujuan evaluasi adalah untuk melihat kemampuan klien dalam mencapai tujuan yang disesuaikan dengan kriteria hasil pada tahap perencanaan. Evaluasi keperawatan dibedakan menjadi dua, yaitu :

##### **a. Evaluasi formatif**

Evaluasi dilaksanakan setiap selesai melaksanakan tindakan keperawatan. Sering disebut juga evaluasi proses. Evaluasi formatif biasanya berupa catatan perkembangan pasien.

##### **b. Evaluasi sumatif**

Merupakan evaluasi yang berisi rekapan terakhir secara paripurna dari proses keperawatan. Biasanya berbentuk catatan naratif dan dilakukan saat pasien pulang ataupun pindah.

Komponen evaluasi dicatat untuk:

- a. Mengkomunikasikan status klien dan hasilnya berhubungan dengan semua arti umum untuk semua perawat.
- b. Memberikan informasi yang bermanfaat untuk memutuskan apakah mengawali, melanjutkan, memodifikasi atau menghentikan tindakan keperawatan.
- c. Memberikan bukti revisi untuk perencanaan perawatan yang berdasarkan pada catatan penilaian ulang atau reformulasi diagnosa keperawatan.
- d. Standart dokumentasi untuk bagian III adalah terus mencatat perawatan evaluasi perawatan yang merefleksikan keefektifan asuhan keperawatan, respon klien untuk intervensi perawatan dan revisi rencana keperawatan.

Komponen evaluasi dapat dibagi menjadi 5 komponen:

- a. Menentukan kriteria, standart, pertanyaan evaluasi
  - 1) Kriteria

Kriteria digunakan sebagai pedoman observasi untuk pengumpulan data dan sebagai penentuan kesahihan data yang terkumpul. Semua kriteria yang digunakan pada tahap evaluasi ditulis sebagai kriteria hasil. Outcome menandakan hasil akhir tindakan keperawatan. Sedangkan standart keperawatan digunakan lebih luas sebagai dasar untuk evaluasi praktek keperawatan secara luas. Outcome criteria (Kriteria hasil) didefinisikan sebagai standart untuk menjelaskan respon atau hasil dari rencana tindakan keperawatan. Hasil tersebut akan menjelaskan bagaimana keadaan klien, setelah tindakan dilaksanakan.

Kriteria dinyatakan dalam istilah behaviour (perilaku) yang dapat di observe maupun di ukur dan mudah dipahami. Idealnya, setiap hasil dapat dimengerti oleh setiap orang yang terlibat dalam evaluasi.

## 2) Standart praktek

Standart pelayanan keperawatan dapat digunakan untuk mengevaluasi praktek keperawatan secara luas. Suatu standart menyatakan apa yang harus dilaksanakan dan digunakan sebagai suatu model untuk kualitas pelayanan. Standart harus berdasarkan hasil penelitian, konsep teori, dan dapat diterima oleh praktek klinik keperawatan saat sekarang

## 3) Evaluative questions

Untuk menentukan suatu kriteria dan standart, perlu digunakan pertanyaan evaluative sebagai dasar mengevaluasi kualitas pelayanan dan respon klien terhadap tindakan.

- a) Pengkajian : Apakah pengkajian dapat dilaksanakan pada klien?
- b) Diagnosa : Apakah diagnosa disusun bersama dengan klien?
- c) Perencanaan : Apakah tujuan diidentifikasi dalam perencanaan?
- d) Pelaksanaan : Apakah klien diberitahu terhadap tindakan yang diberikan?
- e) Evaluasi : Apakah modifikasi tindakan keperawatan diperlukan

## CATATAN KEPERAWATAN

<b>No Dx</b>	<b>Hari/Tgl/ Jam</b>	<b>Evaluasi</b>	<b>Ttd</b>
1	Rabu/3-7- 2018 14.00	S: Klien mengeluh masih demam, tubuh terasa masih panas O: Suhu: 38°C, kulit wajah kemerahan, tubuh teraba hangat A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi: a. Kolaborasi pemberian antipiretik b. Berikan kompres hangat	

## Evaluasi Kegiatan Belajar 4

### Kasus :

Seorang laki-laki berusia 43 tahun, dirawat di ruang penyakit paru dengan keluhan sesak napas yang semakin memberat. Hasil pengkajian didapatkan pasien batuk disertai produksi sputum berwarna putih dan kental, penggunaan otot bantu pernapasan (+), retraksi dinding dada (+), bagian apeks kanan dan kiri paru fremitus menurun, ronkhi (+), RR 30x/menit.

Dua tahun SMRS, hasil pemeriksaan BTA (+), pada tiga kali pemeriksaan. Pasien memiliki kebiasaan merokok 12 batang/hari. Berat badan satu tahun yang lalu 70 Kg, turun menjadi 44

Kg dengan tinggi badan 165 cm. Pasien mengeluhkan mual dan nafsu makan menurun. Diet

yang diberikan makanan biasa

2.500 KKal.

Hasil pemeriksaan laboratorium: Hb 8,9gr/dl, Leukosit  $5,63 \times 10^3/\mu\text{L}$ , Eritrosit  $2,83 \times 10^6/\mu\text{L}$ , Trombosit  $250.000/\mu\text{L}$ , Hematokrit 27 %, pH 7,30, PO<sub>2</sub> 90 mmHg, PCO<sub>2</sub> 39 mmHg, HCO<sub>3</sub><sup>-</sup>

17,8 mEq/L, BE -6, Natrium 135 mEq/L, Kalium 4,20 mEq/L, Clorida 102,0 mEq/L, ureum 23

mg/dL, kreatinin 0,9 mg/dL, GDS 76 mg/dL. Hasil foto thoraks kesan infiltrat di kedua lapang paru.

Pasien bekerja sebagai buruh pabrik, memiliki satu orang istri dan 4 orang anak. Istri pasien bekerja sebagai buruh cuci. 3 orang anak pasien masih duduk di bangku sekolah. Sejak mengalami sakit, pasien tidak mampu lagi bekerja dengan maksimal. Pasien juga mengurangi berkumpul dengan tetangga karena batuk-batuk.

1. Lakukan Evaluasi Keperawatan pada kasus tersebut dengan format diatas !

Contoh Asuhan Keperawatan

**ASUHAN KEPERAWATAN  
PADA Ny/Tn... DENGAN GANGGUAN PEMENUHAN KEBUTUHAN .....  
DI RUANG ..... RS .....**

**Tanggal Masuk RS**

Diisi dengan tanggal, bulan, tahun dan jam masuk rumah sakit

Contoh: 7-6-2013 / 09.00 WIB

**Tanggal/Jam Pengkajian**

Untuk keperluan pembelajaran, mahasiswa diminta untuk menuliskan tanggal-bulan-tahun dan jam pengkajian dengan asumsi bahwa tidak selalu pengkajian dilakukan bersamaan dengan waktu klien masuk rumah sakit.

Contoh: 9-6-2012 / 10.00 WIB

**Metode Pengkajian**

Metode pengkajian ini dimaksudkan untuk mengetahui berasal dari mana informasi yang didapat selama pengkajian pasien apakah aloanamnesa ataupun autoanamnesa.

**Diagnosa Medis**

Hipertensi

**A. IDENTITAS KLIEN**

**Nama Klien :**

Diisi inisial nama klien, contoh: Nn, A atau Ny. M

**Alamat :**

Alamat cukup diisi dengan asal daerah dan kota pasien

**Umur :**

Contoh : 54 th

**Agama** :  
Islam, Kristen, Budha, Hindu, Katolik

**Status Perkawinan:**  
Kawin/tidak kawin/janda/duda

**Pendidikan** :  
Contoh: S1/D3

**Pekerjaan** :  
PNS/ wiraswasta/pedagang

## **B. RIWAYAT PENYAKIT**

### **1. Keluhan Utama**

Ditulis singkat, jelas, dua atau tiga kata yang merupakan keluhan utama saat dikaji yang membuat klien meminta bantuan pelayanan kesehatan.

Contoh: Nyeri dada

Diare

Muntah-muntah

Panas

### **2. Riwayat Penyakit Sekarang**

Merupakan penjelasan dari permulaan klien merasakan keluhan sehingga klien meminta bantuan pelayanan kesehatan atau di bawa ke rumah sakit. Riwayat penyakit berisi kronologis penyakit klien yang berisi apa gejala yang dirasakan? Apa yang bisa memperberat keluhan? Apa yang bisa mengurangi keluhan? Bagaimana gejala yang dirasakan? Dimana gejala yang dirasakan? Seberapa sering gejala dirasakan? Seberapa lama gejala duah dirasakan?

### **3. Riwayat Penyakit Dahulu**

Berisi riwayat penyakit sebelumnya yang pernah diderita oleh pasien.

**Contoh:** Pasien memiliki riwayat hipertensi sejak 5 tahun lalu, Klien tidak pernah kontrol. Pernah operasi patah kaki 10 tahun lalu.

#### **4. Riwayat Kesehatan Keluarga**

Riwayat penyakit keluarga dihubungkan dengan kemungkinan adanya penyakit keturunan, kecenderungan alergi dalam satu keluarga, penyakit menular yang mungkin akibat kontak langsung maupun tidak langsung antar keluarga. Riwayat penyakit keluarga diperkuat dengan genogram yang harus dibuat.

Genogram pada umumnya dituliskan dalam tiga (3) generasi sesuai dengan kebutuhan. Artinya, bila klien adalah seorang nenek atau kakek maka genogram dibuat dua generasi ke bawah, bila klien adalah anak-anak maka genogram bisa dibuat dua generasi ke atas. Dapat juga dibuat satu generasi ke atas, satu generasi ke bawah. Untuk penyakit menular dalam keluarga garis yang menunjukkan anggota keluarga tinggal dalam satu rumah harus digambarkan.

### **C. PENGKAJIAN (POLA FUNGSI GORDON)**

Diisi dengan prioritas pada pola fungsi kesehatan yang berhubungan dengan perubahan fungsi /anatomi tubuh. Bila keadaan klien atau sumber data yang lain belum dapat memberikan data yang memadai kemungkinan tidak semua fungsi dapat dikaji. Bila memang perlu diambil datanya maka pengkajian dapat dilengkapi pada waktu berikutnya.

#### **1. Pola Persepsi dan Pemeliharaan Kesehatan**

Diisi dengan persepsi klien/keluarga terhadap konsep sehat sakit dan upaya klien/keluarga dalam bentuk pengetahuan, sikap dan perilaku yang menjadi gaya hidup klien/keluarga untuk mempertahankan kondisi sehat.

**Contoh:**



Klien mengatakan bahwa sehat itu penting. Klien menjaga kesehatankeluarganya dengan cara mewajibkan anggota keluarga untuk selalu sarapan pagi dan tidak makan makanan sembarangan dipinggir jalan. Klien juga rajin berolahraga untuk menjaga badannya tetap sehat. Saat ada anggota keluarga yang sakit klien selalu membawa ke pusat pelayanan kesehatan terdekat seperti puskesmas, bidan atau dokter jika memungkinkan.

## 2. Pola Nutrisi/Metabolik

Diisi dengan kebiasaan klien dalam memenuhi kebutuhan nutrisi baik intake makanan maupun cairan sebelum sakit sampai dnegan saat sakit (saat ini) yang meliputi: jenis makanan yang dikonsumsi, frekuensi makan, porsi makan yang dihabiskan, makanan selingan, amakann yang disukai, apakah ada alergi makanan, apakah ada makanan pantangan. Selain itu perlu dikaji juga apakah ada keluhan yang berhubungan dengan pemenuhan nutrisi seperti: mual, muntah, anoreksia, kesulitan menelan atau hal lainnya yang dibuat dengan bahasa singkat.

Penjelasan mengenai pola nutrisi ini bisa dibuat dalam bentuk paragraf atau dengan bentuk kolom seperti dibawah ini:

<b>KETERANGAN</b>	<b>SEBELUM SAKIT</b>	<b>SELAMA SAKIT</b>
Frekuensi	3 x sehari	3 x sehari
Jenis	Nasi, lauk, sayur, buah, air putih, susu	Bubur lembek, snack, lauk, sayur, air putih, teh
Porsi	1 porsi habis	½ porsi
Keluhan	Tidak ada	Mual, muntah dan lidah terasa pahit

## 3. Pola Eliminasi

Diisi dengan eliminasi alvi (BAB) dan eliminasi uri (BAK). Menggambarkan keadaan eliminasi klien sebelum dan selama sakit yang meliputi frekuensi, konsistensi, warna, bau, adanya darah dan lain-lain., Bila

ditemukan adanya keluhan pada eliminasi hendaknya dibuatkan deskripsi singkat dan jelas tentang keluhan yang dimaksud.

Contoh Eliminasi Alvi (BAB):

<b>KETERANGAN</b>	<b>SEBELUM SAKIT</b>	<b>SELAMA SAKIT</b>
Frekuensi	1 x/ hari pagi	5-6 x/hari
Konsistensi	Lunak berbentuk	Cair sedikit ada ampas
Bau	Khas	Busuk
Warna	Kuning kecoklatan	Kuning, tidak ada darah
Keluhan		

Contoh:

<b>KETERANGAN</b>	<b>SEBELUM SAKIT</b>	<b>SELAMA SAKIT</b>
Frekuensi	6-8x/hari	10-15 x/hari
Pancaran	Kuat	Lemah menetes
Jumlah	± 250 cc sekali BAK	± 100 cc sekali BAK
Bau	Amoniak	Amoniak
Warna	Kuning pucat	Kuning pucat/merah adacampuran darah
Perasaan setelah BAK	Lega	Nyeri dan tidak puas
Keluhan		
Total produksi urine	± 1500-2000 cc/hari	± 1000-1500 cc/hari

#### **ANALISA KESEIMBANGAN CAIRAN SELAMA PERAWATAN**

Intake	Output	Analisa
Minuman .....cc	Urine .....cc	Intake : .....cc
Makanan .....cc	Feses .....cc	Output: .....
	IWL .....cc	cc
Total .....cc	Total .....cc	Balance: .....cc

## **2. Pola Aktifitas dan Latihan**

Diisi dengan aktifitas rutin yang dilakukan klien sebelum hingga selama sakit, mulai dari bangun tidur hingga tidur kembali. Kolom tersebut diisi sesuai dengan keterangan:

0: Mandiri, 1: dengan alat bantu, 2: dibantu orang lain, 3: dibantu orang lain dan alat, 4: tergantung total.

Setelah diisi kolom tersebut diberikan kesimpulan apa yang bisa ditarik dari kolom yang telah diisi.

<b>Kemampuan perawatan diri</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
Makan/minum					
Mandi					
Toileting					
Berpakaian					
Mobilitas ditempat tidur					
Berpindah					
Ambulasi/ROM					

### 3. Pola Istirahat Tidur

Diisi dengan kualitas dan kuantitas tidur klien sejak sebelum sakit hingga selama sakit meliputi jumlah jam tidur siang dan malam, penggunaan alat pengantar tidur seperti obat, perasaan klien sewaktu bangun tidur, kesulitan atau masalah tidur, tidak bugar saat bangun, terbangun dini, tidak bisa melanjutkan tidur. Keterangan mengenai Tidur dan istirahat dapat dibuat dalam bentuk paragraph yang berisi pola tidur dan istirahat sebelum sakit dan pola tidur dan istirahat selama sakit. Secara umum isinya akan sama dengan yang dibuat dalam kolom. Contoh pengkajian yang dibuat dalam kolom dapat dilihat pada contoh di bawah ini:

<b>KETERANGAN</b>	<b>SEBELUM SAKIT</b>	<b>SELAMA SAKIT</b>
Jumlah jam tidur siang	-	1 jam
Jumlah jam tidur malam	6-7 jam	4 jam
Pengantar tidur (penggunaan obat tidur)	Tidak ada	Ada
Gangguan tidur	Tidak ada	Sering terbangun/tidak

		bisa tidur karena merasakan nyeri/lingkungan kurang tenang
Perasaan waktu bangun	Nyaman	Masih merasa ngantuk dan lelah

#### 4. Pola Kognisi dan Perceptual

Diisi dengan kemampuan klien berkomunikasi (berbicara dan mengerti pembicaraan) status mental, orientasi, kemampuan penginderaan yang meliputi penglihatan, pendengaran, penciuman, perabaan dan pengecapan.

**Contoh:**

Klien dapat berbicara dengan lancar, melihat dan membaca Koran, menjawab pertanyaan perawat dengan tepat saat diajak berbincang-bincang, dapat mengidentifikasi bau minyak kayu putih, mereasakan the manis, mengidentifikasi tes raba.

#### 5. Pola Konsep Diri

Diisi pada klien yang dapat mengungkapkan perasaannya yang berhubungan dengan kesadaran akan dirinya sendiri meliputi: gambaran diri/citra tubuh, ideal diri, harga diri, peran diri, identitas diri.

- Gambaran diri/citra tubuh: sikap seseorang terhadap tubuhnya asecara sadar dan tidak sadar. Tanyakan persepsi klien terhadap tubuhnya, bagian tubuh yang disukai dan tidak disukai.\

**Contoh:**

“Saya malu dengan luka ini” (verbal)

Selalu menutup daerah yang luka. (nonverbal)

- Ideal diri: Tanyakan pada pasien tentang harapan terhadap posisi, status, tugas/ peran klien dalam keluarga dan lingkungan. Tanyakan juga pada klien terkait harapan klien terhadap lingkungan (keluarga, sekolah, tempat kerja, masyarakat), dan juga harapan klien terhadap penyakitnya.

**Contoh:**

“Saya sangat ingin menjadi ibid an istri yang baik, tapi dengan luka ini apa mungkin saya melakukan tugas dengan baik.”

- Harga diri, tanyakan tentang: hubungan klien dengan orang lain sesuai dengan kondisinya. Penilaian/penghargaa orang lain terhadap diri dan kehidupannya.

**Contoh:**

“Saya merasa sudah melakukan yang terbaik untuk keluarga, tapi belakangan saya tahu ternyata suami saya punya wanita idaman lain. Saya merasa tidak berharga.”

- Peran diri, tanyakan tentang: kemampuan klien dalam melaksanakan tugas/peran tersebut.

**Contoh:**

“Saya sudah satu minggu di rumah sakit, saya tidak bisa lagi jualan bakso keliling dan tidak ada yang bisa menggantikan. Saya bingung bagaimana anak dan istri saya makan, uang darimana?”

- Identitas diri, tanyakan tentang: status dan posisi klien sebelum dirawat, kepuasan klien terhadap status dan posisinya (sekolah, temat kesja, kelompok), dan kepuasan klien sebagai laki-laki/perempuan.

**Contoh:**

“Saya menyadari bahwa saya seorang perempuan. Apapu yang terjadi pada dirio kita sudah digariska oleh Tuhan Yang Maha Kuasa. Saya hanya ingin menjadi anak, istri dan ibu yang baik untuk keluarga saya.”

## **6. Pola Seksual dan Seksualitas**

Pada anak usia 0 – 12 tahun diisi sesuai dengan tugas perkembangan psikoseksual. Pada usia remaja-dewasa-lansia dikaji berdasarkan jenis kelaminnya.

**7. Pola Peran dan Hubungan (Komunikasi dan hubungan dengan orang lain)**

Diisi dengan hubungan klien dengan anggota keluarga, masyarakat pada umumnya, perawat, dan tim kesehatan yang lain, termasuk juga pola komunikasi yang digunakan klien dalam berhubungan dengan orang lain.

**Contoh:**

Hubungan dengan keluarga harmonis dan baik dengan masyarakat sekitar.

**8. Pola Manajemen dan Koping Stres**

Diisi dengan mekanisme koping yang biasa digunakan klien ketika menghadapi masalah/konflik/stress/kecemasan. Bagaimana klien mengambil keputusan sendiri/dibantu.

**9. Sistem Nilai dan Keyakinan (Agama dan Kegiatan Keagamaan)**

Diisi dengan nilai-nilai dan keyakinan klien terhadap sesuatu dan menjadi sugesti yang amat kuat sehingga mempengaruhi gaya hidup klien, dan berdampak pada kesehatan klien. Termasuk juga praktik ibadah yang dijalankan klien termasuk sebelum sakit dan selama sakit.

**10. Pola Mekanisme Koping**

Diisi dengan kaji pasien mengenai sifat pencetus stress yang dirasakan baru-baru ini, tingkat stress yang dirasakan, gambaran respons umum dan khusus terhadap stress, strategi mengatasi stress yang biasa digunakan dan keefektifannya, strategi koping yang biasa digunakan, pengetahuan dan penggunaan teknik manajemen stress, hubungan antara manajemen stress dengan keluarga

**11. Pola Nilai dan Keyakinan**

Diisi dengan kaji pasien mengenai latar belakang budaya/etnik; tatus ekonomi, perilaku kesehatan yang berkaitan dengan kelompok budaya/etnik; tujuan kehidupan bagi pasien; pentingnya agama/spiritualitas; dampak masalah kesehatan terhadap spiritualitas; keyakinan dalam budaya (mitos, kepercayaan, larangan, adat) yang dapat mempengaruhi kesehatan

#### **D. PEMERIKSAAN FISIK**

##### **1. Keadaan/Penampilan Umum**

Kesadaran : Composmentis/somnolen/sopor/soporo koma/koma

Tanda-Tanda Vital : diisi berdasarkan hasil pengkajian dan pengukuran

- Nadi
  - Frekuensi: 80 kali permenit
  - Irama : tertur/tidak teratur
  - Kekuatan : kuat/lemah
- Pernafasan
  - Frekuensi: 24 kali permenit
  - Irama : tertur/tidak teratur
- Suhu : 37°C

##### **2. Kepala**

- Rambut : wana, distribusi, kebersihan, kutu, ketombe
- Mata :
  - Palpebra : udem/tidak, endropion/ektropion, petosis/tidak
  - Konjungtiva : anemis/tidak
  - Pupil : isokor/unisokor, 2 mm
  - Sclera : ikterik/tidak
  - Reflek terhadap cahaya : +/-
  - penggunaan alatbantu penglihatan : menggunakan /tidak
- Hidung : Kebersihan, sekresi, pernafasan cuping hidung

- Mulut : Bibir, mukosa mulut, lidah, tonsil, gigi berlubang.
- Telinga : Kebersihan, sekresi, gangguan pendengaran
- Leher : Pembesaran kelenjar limfe, tyrioid, distensi vena jugularis, kaku kuduk.

**3. Dada (Thorax)** : Hasil pemeriksaan pada dada dibedakan atas pemeriksaan paru-paru dan jantung. Pemeriksaan dilakukan dengan inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi. Contoh hasil pemeriksaan pada paru-paru dan jantung dapat dilihat di bawah ini.

- **Paru-paru**

- Inspeksi : bentuk dada simetris/tidak
- Palpasi : Vocal premitus kanan=kiri/vocal premitus kanan kiri
- Perkusi : sonor pada seluruh lapang paru (jika kondisi pasien normal)
- Auskultasi : vesikuler pada seluruh area paru/tidak ada suara nafas tambahan/ronkhi (-)/whezing (-)/krekles(-), inspirasi lebih pendek dari ekspirasi

- **Jantung**

- Inspeksi : Ictus cordis (IC) tampak/tidak
- Palpasi : IC teraba di SIC V 2 cm LMCS
- Perkusi : pekak, konfigurasi jantung dalam batas normal
- Auskultasi : Bunyi jantung I – II murni, gallop (-), murmur (-)

**4. Abdomen**

- Inspeksi : warna, striae, jaringan parut, umbilicus, ascites
- Auskultasi : Frekuensi, nada dan intensitas bising usus
- Palpasi : rasakan adanya spasme otot-otot perut, nyeri tekan, adanya massa
- Perkusi : dengarkan bunyi yang dihasilkan (thympani/hiperthimpani)



### 5. Ekstremitas :

- Kekuatan otot kanan dan kiri

Skala	Kenormalan Kekuatan (100%)	Ciri-ciri
0	0	Paralisis otot
1	10	Tidak ada gerakan, teraba/terlihat adanya kontraksi
2	25	Gerakan otot penuh menentang gravitasi dengan sokongan
3	50	Gerakan normal menentang gravitasi
4	75	Gerakan norma penuh menentang gravitasi dengan sedikit penahanan
5	100	Gerakan norma penuh menentang gravitasi dengan penahanan penuh

- Perabaan Akral : hangat/dingin
- Edema pitting dengan derajat kedalaman (+1= 2 mm, +2= 4 mm, +3= 6 mm, +4= 8 mm)

### F. ANALISA DATA

No	Hari/Tanggal/Jam	Data Fokus	Masalah	Etiologi	Diagnosa Keperawatan	Ttd
1.	Rabu, 3-7-2013 08.00 WIB	DS: Klien mengatakan nyeri pada bagian anus setelah di operasi, nyeri dirasakan seperti teriris, skala nyeri 8 dan bertambah nyeri ketika bergerak dengan durasi waktu 20 menit. DO: Klien tampak menahan nyeri dengan	Nyeri akut	Agen cedera fisik	Nyeri akut berhubungan dengan Agen cedera fisik (00132)	

		pembatasan aktivitas dengan bergerak. Ekspresi wajah tampak meringis menahan sakit				
2.						

### G. PRIORITAS DIAGNOSA KEPERAWATAN

Prioritas diagnosa keperawatan disusun berdasarkan diagnosa keperawatan aktual, diagnosa risiko, diagnosa potensial.

Contoh:

1. Nyeri akut berhubungan dengan Agen cedera fisik (00132)
2. Resiko infeksi dengan faktor risiko prosedur invasif (00004)

Dst...

### H. RENCANA KEPERAWATAN

Hari/Tgl	No. Diagnosa	Tujuan	Intervensi	TTd
Kamis/ 3-7-2013	1	Setelah diberikan perawatan selama 3 x 24 jam pasien nyeri berkurang dengan kriteria hasil: <b>Kontrol Nyeri(1605):</b> • Mengenal kapan nyeri terjadi skala 1-4 (tidak pernah menunjukkan ke	<b>Manajemen Nyeri (1400) :</b> • Kaji tingkat nyeri, meliputi: lokasi, karakteristik, durasi, kualitas, intensitas • Kontrol faktor – faktor lingkungan yang dapat mempengaruhi respon	

	<p>sering menunjukkan)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Menggambarkan faktor penyebab nyeri skala 1-4 (tidak pernah menunjukkan ke sering menunjukkan)</li> <li>• Mengenali gejala nyeri skala 1-4 (tidak pernah menunjukkan ke sering menunjukkan)</li> <li>• Melaporkan nyeri terkontrol skala 1-4 (tidak pernah menunjukkan ke sering menunjukkan)</li> </ul> <p><b>Tingkat nyeri (2102):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nyeri yang dilaporkan skala 1-4 (berat ke ringan)</li> <li>• Mengeluarkan keringat skala 1-4 (berat ke ringan)</li> <li>• Ekspresi wajah skala 1-4 (berat ke ringan)</li> <li>• Frekuensi napas</li> </ul>	<p>pasien terhadap ketidaknyamanan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ajarkan penggunaan tehnik non farmakologi seperti relaksasi napas dalam bila nyeri timbul</li> <li>• Anjurkan pasien untuk meningkatkan tidur / istirahat yang cukup</li> <li>• Berikan informasi tentang nyeri seperti penyebab nyeri, berapa lama nyeri akan dirasakan danantisipasi dari ketidaknyamanan prosedur</li> <li>• Kolaborasi pemberian analgetik</li> </ul> <p><b>Pemberian Analgetik (2210) :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cek perintah pengobatan meliputi obat, dosis, dan frekuensi obat yang</li> </ul>	
--	--	--	--

		skala 1-4 (berat ke ringan) • Denyut nadi skala 1-4 (berat ke ringan)	akan diberikan • Cek adanya riwayat alergi obat • Monitor vital sign sebelum dan sesudah pemberian analgetik • Berikan analgetik yang tepat sesuai dengan resep • Pilih rute intravena dari pada intramuskuler untuk injeksi pengobatan yang sering. • Dokumentasikan respon terhadap analgesik dan adanya efek samping.	
--	--	--	---	--

### I. TINDAKAN KEPERAWATAN

No Dx	Hari/Tgl /Jam	Implementasi	Respon	Ttd
1	Rabu 3-7-2013 09.30	• MengKaji tingkat nyeri, meliputi: lokasi, karakteristik, durasi, kualitas, intensitas	S : pasien mengatakan sakit pada bagian anus setelah di operasi. P : nyeri akibat operasi haemoroid Q : nyeri seperti teriris-iris R : nyeri pada anus	

			<p>S : Skala nyeri 8</p> <p>T : Nyeri saat pasien bergerak.</p> <p>O : pasien nampak menahan nyeri, ekspresi wajah kesakitan. Skala nyeri berat.</p>	
--	--	--	--	--

#### J. CATATAN KEPERAWATAN

No Dx	Hari/Tgl/Jam	Evaluasi	Ttd
1	Rabu/3-7-2013 14.00	<p>S : Pasien mengatakan masih nyeri</p> <p>P : nyeri akibat operasi haemoroid</p> <p>Q : nyeri seperti teriris-iris</p> <p>R : nyeri pada anus</p> <p>S : skala nyeri 8</p> <p>T : nyeri saat pasien bergerak.</p> <p>O : pasien nampak menahan sakit, ekspresi wajah kesakitan. Skala nyeri berat.</p> <p>TD : 120/80 mmhg</p> <p>N : 80 x/mnt</p> <p>S : 36 °C</p> <p>RR : 18 x/mnt</p> <p>A : Masalah nyeri akut belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi: management nyeri dan pemberian analgetik</p>	



## DAFTAR PUSTAKA

Asmadi. 2006. *Teknik Prosedural Keperawatan: Konsep dan Aplikasi Kebutuhan Dasar Klien*. Jakarta : Salemba Medika.

Patricia W. dan Camp, Nancy H. 2005. *Dokumentasi Keperawatan: Suatu pendekatan proses keperawatan, Edisi 3*. Jakarta: EGC.

Perry, Potter. 2009. *Fundamental Keperawatan, Edisi 7*. Jakarta : Salemba Medika.

Wilkinson, Judith M. 2007. *Buku Saku Diagnosis Keperawatan Dengan Intervensi NIC Dan Kriteria Hasil NOC Edisi 7*. Jakarta : EGC.