

MODUL PRAKTIKUM KONSEP DASAR KEPERAWATAN



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

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Allah SWT karena kami telah menyelesaikan penyusunan modul praktik Konsep Dasar Keperawatan. Buku ini disusun sebagai pedoman bagi mahasiswa dalam menjalankan proses pembelajaran praktik laboratorium, sebagai penerapan mata kuliah Konsep Dasar Keperawatan. Buku ini bertujuan membantu mahasiswa untuk melaksanakan kegiatan praktik prosedur dan meningkatkan pemahaman dan kemampuan mahasiswa dalam melakukan praktik keperawatan secara profesional.

Buku ini tersusun berkat kerjasama tim pengajar mata kuliah Konsep Dasar Keperawatan, oleh karena itu penulis mengucapkan terima kasih kepada pihak yang turut membantu penyelesaian buku ini. Semoga buku ini dapat bermanfaat. Saran dan kritik untuk perbaikan buku ini kami harapkan.

Terima kasih.

Tim Penyusun

DAFTAR ISI

	<i>Halaman</i>
Kata Pengantar	i
Daftar Isi	ii
Konsep Pengkajian Keperawatan.....	1
Diagnosa Keperawatan.....	29
Intervensi Keperawatan.....	36
Implementasi Keperawatan.....	40
Evaluasi Keperawatan.....	43
Daftar Pustaka	

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 anamnesis : wawancara dengan klien langsung

b. Allo anamnesis : 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 koping klien dalam menangani stres, sumber dukungan, efektifitas pola koping yang klien miliki dalam menoleransi stres. Komponen pengkajiannya meliputi:

- 1) Kemampuan mengatasi stres
- 2) Pengetahuan tentang toleransi stres
- 3) Sumber pendukung klien
- 4) Jumlah peristiwa hidup yang penuh dengan stres 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), kelebatan 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) Genetalia : 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:

PENGAJIAN FISIK	
Batas Normal	Hasil Pemeriksaan
Tanda-tanda vital:	Tanda-tanda vital:

<p>Suhu 36-37°C, Nadi 60-100 x/menit, Tekanan Darah rata-rata 130/80 mmHg, Respirasi Rate 16-24 x/menit.</p>	<p>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>Inspeksi:</p> <ol style="list-style-type: none"> Bentuk dada : Sekresi dan batuk: <ol style="list-style-type: none"> Batuk : Sputum: Warna : Pola nafas : <p>Palpasi:</p> <p>Fremitus Vocal</p> <ol style="list-style-type: none"> Meningkat Lokasi: Menurun Lokasi: Lain-lain: <p>Perkusi:</p> <p>Suara perkusi ditimbulkan :</p> <p>Lainnya:</p> <p>Auskultasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> Auskultasi suara nafas <ol style="list-style-type: none"> Vesikuler di : Broncho vesikuler di: Brochial di : Vocal resonansi:
---	---

	<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>Inspeksi: Iktus cordis :</p> <p>Palpasi: 1. Iktus cordis teraba pada: 2. Frekuensi Heart Rate:</p> <p>Perkusi: 1. Pembesaran jantung : 2. Nyeri dada:</p> <p>Auskultasi: () Normal () Tambahan: Jenis :</p>
---	--

Persyarafan (Neurological)

<p>Kesadaran compos mentis dengan GCS 15, Reflek (bisep, tricep 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: a. Bisep : b. Tricep : c. Achilles : d. Babinsky :</p>
--	--

	e. Lainnya : 4. Koordinasi gerak: 5. Kejang: 6. perasa:
--	--

Gastrointestinal:

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>Inspeksi:</p> 1. Bentuk: 2. Tepi perut: 3. Bendungan pembuluh darah dikulit abdomen: <p>Auskultasi:</p> Bunyi peristaltik usus: <p>Palpasi:</p> Nyeri : Lokasi: Massa: Lokasi: Pembesaran Hepar: Pembesaran Lien: Titik Mc. Burney: <p>Perkusi:</p> Acites:
---	---

Otot, Tulang (Musculoskeletal):

Pergerakan bebas, kemampuan kekuatan otot, tidak fraktur	1. Pergerakan sendi (ROM): 2. Kemampuan kekuatan otot: 3. Kemampuan menggenggam: 4. Fraktur: Lokasi:
--	---

Kulit (Integumen):

Warna kulit tidak ada pigmentasi/ kemerahan, akril hangat, turgor elastik, krepitasi dan oedema tidak ada	Warna kulit: Akril: Turgor: Krepitasi: Oedema:
---	--

Pengindraan:

<p>Mata</p> <p>Bentuk normal, konjungtiva normal, pupil bulat sama besar, gerak bola matadan medan penglihatan normal, visus 6/6, tidak buta warna.</p>	<p>Mata (penglihatan)</p> <p>Inspeksi:</p> <ol style="list-style-type: none"> Bentuk mata: () normal () eksoptalmus () eksop () lainnya Konjungtiva: () normal () anemis Pupil: () normal () menyempit Gerak bola mata: () normal () menyempit Visus/ ketajaman penglihatan Medan penglihatan: () normal () menyempit Buta warna: Jenis: <p>Palpasi:</p> <p>Tekanan intra okuler:</p>
<p>Hidung</p> <p>Septum hidung ditengah, sekret dan polip tidak ada, serta tidak ada gangguan penciuman</p>	<p>Hidung</p> <ol style="list-style-type: none"> Septum hidung: Sekret hidung : Polip : Gangguan penciuman:

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

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
- Minumancc	- Urinecc	Intake :cc
- Makanancc	- Fesescc	Output: cc
	- IWLcc	
Totalcc	Totalcc	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
	Cairan IV:			
	Obat Peroral:			
	Obat Parenteral:			
	Obat Topikal:			

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 individu atau kelompok lebih rentan mengalami masalah dibanding 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, tetapi 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 konsep 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 kurangnya 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, ketidakmampuan 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	Diagnosa Keperawatan	Ttd
1.	Rabu, 3-7- 2013 08.00 WIB	DS: Klien mengatakan badan terasa panas tetapi kedinginan. DO: Suhu: 38,5°C, Nadi 100 kali permenit, membran mukosa mulut kering, kulit wajah kemerahan, kulit teraba hangat	Hipertermi	peningkatan laju metabolisme	Hipertermi berhubungan dengan peningkatan laju metabolisme	
2.						

PRIORITAS DIAGNOSA KEPERAWATAN

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

Contoh:

1. Hipertermi berhubungan dengan peningkatan laju metabolisme
 2. Risiko intoleransi aktivitas berhubungan dengan status fisik kurang bugar
- Dst...**

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 NIC

Komponen NIC 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 NIC:

- a) Gunakan NIC dan NANDA
 - b) Lihat kesesuaian antara definisi diagnosa keperawatan NANDA dengan definisi intervensi keperawatan NIC
 - 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 NIC. 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 NIC:

❖ *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

Hari /Tgl	No. Dx	Tujuan	Intervensi	Rasional	TTd
Kamis/ 3-7- 2013	1	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 24 jam suhu klien kembali normal, dengan kriteria hasil: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Suhu 36,5 – 37,5 °C ▪ Mukosa bibir lembab ▪ Wajah tidak kemerahan ▪ Tubuh tidak teraba hangat 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Observasi suhu tiap 1 jam 2. Berikan kompres hangat pada aksila dan lipat paha 3. Berikan baju yang menyerap keringat 4. Ganti pakaian klien jika basah 5. Kolaborasi pemberian antipiretik 6. Anjurkan minum yang banyak. 		

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 independen keperawatan 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 3-7-2013 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 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

No Dx	Hari/Tgl/ Jam	Evaluasi	Ttd
1	Rabu/3-7- 2013 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	

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.