

# **MODUL PRAKTIKUM METODOLOGI KEPERAWATAN**



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

Modul Praktikum Metodologi Keperawatan ini merupakan Modul Praktikum yang memuat naskah konsep praktikum 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 : Mellia Silvy Irdianty, S.Kep.,Ns, MPH  
Fakhrudin Nasrul Sani, S.Kep.,Ns, M.Kep  
Erlina Windyastuti, S.Kep.,Ns, M.Kep  
Dr. Sunardi, SKM.,M.Kes  
Agik Priyo Nusantoro,S.Kep.,Ns, M.Kep  
Nurul Devi Ardiani, S.Kep.,Ns, M.Kep
- Penyusun : Noor Fitriyani, S.Kep, Ns, M.Kep
- 
- Penerbit : Prodi D3 Keperawatan STIKes Kusuma Husada Surakarta
- Alamat Redaksi : Jl. Jaya Wijaya No. 11 Kadipiro, Bnajarsari, Surakarta, Telp.  
0271-857724

## **KATA PENGANTAR**

Segala puji syukur kami panjatkan atas kehadiran Tuhan Yang Maha Esa karena berkat karuniaNya, Modul Praktikum Metodologi Keperawatan ini dapat disusun dan diselesaikan.

Modul Praktikum Metodologi Keperawatan ini menjelaskan tentang proses pembelajaran praktikum dari mata kuliah Metodologi Keperawatan yang ada pada Kurikulum Pendidikan D3 Keperawatan, sebagai pegangan bagi dosen dan mahasiswa dalam melaksanakan proses pembelajaran di dalam laboratorium, sesuai dengan capaian pembelajaran yang telah ditetapkan. Sehingga diharapkan konten pembelajaran yang dibahas selama proses belajar terstandar untuk semua dosen pada Pendidikan D3 Keperawatan.

Dengan diterbitkannya modul ini diharapkan agar semua dosen dapat melaksanakan pembelajaran dengan terarah, mudah, berorientasi pada pendekatan SCL dan terutama mempunyai kesamaan dalam keluasan dan kedalaman materi pembelajaran, sehingga pada akhirnya dapat meningkatkan kualitas pembelajaran dan menghantar mahasiswa untuk berhasil dengan baik pada ujian akhir ataupun uji kompetensi.

Terima kasih kepada seluruh pihak yang berkontribusi dalam penyusunan modul ini. Modul ini tentunya masih banyak memiliki kekurangan. Oleh karena itu, kami mengharapkan saran dan masukan yang positif demi perbaikan modul ini. Besar harapan kami modul ini dapat memberikan manfaat bagi pembacanya.

Semoga modul ini dapat bermanfaat bagi dosen maupun mahasiswa program D3 Keperawatan.

Surakarta, Februari 2019  
Penyusun

## DAFTAR ISI

Halaman Depan .....			i
Halaman Pengesahan .....			ii
Kata Pengantar .....			iii
Daftar Isi .....			iv
Tinjauan Mata Kuliah .....			vi
Modul 1: Praktik Konsep Pengkajian Keperawatan .....			1
Pendahuluan .....			2
Kegiatan Praktikum	1	Praktikum Konsep Berpikir Kritis...	3
		Uraian Materi .....	3
		Latihan .....	9
		Rangkuman .....	10
Kegiatan Praktikum	2	Praktikum Definisi Pengkajian...	11
		Uraian Materi .....	11
		Latihan .....	14
		Rangkuman .....	14
Kegiatan Praktikum	3	Praktikum Pengkajian Pola Fungsi Gordon.	15
		Uraian Materi .....	15
		Latihan .....	18
		Rangkuman .....	19
Kegiatan Praktikum	4	Praktikum Pengkajian Sistem Tubuh.....	20
		Uraian Materi .....	20
		Latihan .....	27
		Rangkuman .....	27
Kunci Jawaban .....			28
Modul 2: Diagnosa Keperawatan .....			30
Pendahuluan .....			31
Kegiatan Praktikum	1	Praktikum Definisi Diagnosa Keperawatan.	32
		Uraian Materi .....	32
		Latihan .....	33
		Rangkuman .....	33

Kegiatan Praktikum	2	Praktikum Perumusan Diagnosa Keperawatan	34
		Uraian Materi .....	34
		Latihan .....	36
		Rangkuman .....	37
Kegiatan Praktikum	3	Praktikum Perencanaan Keperawatan.....	39
		Uraian Materi .....	39
		Latihan .....	44
		Rangkuman .....	45
Modul 3: Implementasi dan Evaluasi Keperawatan		.....	48
Pendahuluan		.....	48
Kegiatan Praktikum	1	Praktikum Implementasi Keperawatan .....	50
		Uraian Materi .....	50
		Latihan .....	55
		Rangkuman .....	56
Kegiatan Praktikum	2	Praktikum Evaluasi Keperawatan .....	58
		Uraian Materi .....	58
		Latihan .....	61
		Rangkuman .....	61
Kunci Jawaban		.....	63
Daftar Pustaka			

## **TINJAUAN MATA KULIAH**

Saat ini Anda sedang mempelajari Modul Praktikum Mata kuliah Metodologi Keperawatan. Mata kuliah ini mempunyai bobot kredit 2 sks dengan rincian 1 sks teori dan 1 sks praktikum yang dikemas dalam 2 modul meliputi 1 modul teori dan 1 modul praktikum laboratorium. Mata praktikum ini membahas tentang konsep pengkajian keperawatan, Diagnosa dan Perencanaan Keperawatan, perencanaan keperawatan, Implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan. Modul Prkatikum Metodologi Keperawatan ini terdiri dari 4 modul, yaitu:

1. MODUL 1 Konsep pengkajian keperawatan
2. MODUL 2 Diagnosa dan Perencanaan Keperawatan
3. MODUL 4 Evaluasi keperawatan

Setelah mempelajari modul Praktikum Metodologi Keperawatan ini, mahasiswa diharapkan mampu menyebutkan dan menerapkan proses keperawatan secara benar.

Untuk memudahkan Anda mengikuti proses pembelajaran dalam modul ini, maka Akan lebih mudah bagi Anda untuk mengikuti langkah-langkah belajar sebagai berikut:

1. Pelajari secara berurutan modul Metodologi Keperawatan.
2. Kemudian pelajari modul praktikum Metodologi Keperawatan ini secara berurutan.
3. Bacalah dengan seksama materi yang disampaikan dalam setiap kegiatan belajar.
4. Kerjakan latihan-latihan terkait materi yang dibahas dan diskusikan dengan teman Anda atau dosen pengampu pada saat kegiatan tatap muka.
5. Buat ringkasan dari materi yang dibahas untuk memudahkan Anda mengingat.
6. Kerjakan test formatif sebagai evaluasi proses pembelajaran untuk setiap materi yang dibahas dan cocokkan jawaban Anda dengan kunci yang disediakan pada halaman terakhir modul.
7. Jika Anda mengalami kesulitan diskusikan dengan teman Anda dan konsultasikan kepada dosen pengampu.
8. Keberhasilan proses belajar Anda dalam mempelajari materi dalam modul ini tergantung dari kesungguhan Anda dalam mengerjakan latihan. Untuk itu belajar dan berlatihlah secara mandiri atau berkelompok dengan teman sejawat Anda.

Kami berharap, anda dapat mengikuti keseluruhan modul dan kegiatan belajar dalam modul ini dengan baik.

**"SELAMAT BELAJAR DAN SUKSES BUAT ANDA"**

## **MODUL 1**

### **PRAKTIKUM KONSEP PENGAJIAN KEPERAWATAN**

Saat ini Anda sedang mempelajari modul 1 praktikum definisi pengkajian. Modul ini akan membahas tentang definisi pengkajian dan cara pengkajian. Praktikum di *design* dalam laboratorium dengan menggunakan model/ gambar. Anda akan diminta untuk menyebutkan proses-proses pengkajian. Anda juga diharapkan dapat mendemonstrasikan cara melakukan pengkajian.

Setelah mempelajari Modul ini diharapkan Anda mampu menyebutkan definisi dan proses pengkajian, Pengkajian Pola Fungsi Gordon dan Pengkajian Sistem Tubuh .

Fokus pembahasan pada modul 1 ini adalah bagaimana mahasiswa mempraktikkan cara membuat pengkajian, yang dibagi menjadi empat (4) kegiatan praktik sebagai berikut:

1. Kegiatan Praktikum 1 (Unit 1): Praktikum Konsep Berpikir Kritis
2. Kegiatan Praktikum 2 (Unit 2): Praktikum Definisi Pengkajian
3. Kegiatan Praktikum 3 (Unit 3): Praktikum Pengkajian Pola Fungsi Gordon
4. Kegiatan Praktikum 4 (Unit 4): Praktikum Pengkajian Sistem Tubuh

Modul ini berbentuk petunjuk praktikum yang penting digunakan saat Anda mencoba mempraktikkan atau mendemonstrasikan pengkajian keperawatan.

Adapun hal-hal yang harus Anda persiapkan sebelum melakukan praktikum adalah:

1. Pahami tujuan pembelajaran sebagai target yang akan dicapai
2. Pelajari kasus yang tersedia dan pastikan bahwa Anda telah memahami.
3. Baca petunjuk pratikum dengan teliti
4. Siapkan peralatan dan bahan sesuai kebutuhan untuk setiap tindakan/ keterampilan yang akan dipraktikkan.
5. Perhatikan demonstrasi dari tutor dengan baik
6. Catat kesulitan yang Anda alami dan diskusikan dengan teman atau tutor.

Kami berharap, anda dapat mengikuti keseluruhan kegiatan praktik dalam modul ini dengan baik.

“SELAMAT BELAJAR DAN SUKSES BUAT ANDA”

## **KEGIATAN PRAKTIKUM 1 KONSEP BERPIKIR KRITIS DALAM KEPERAWATAN**

Sebelum mengikuti kegiatan praktikum ini, pastikan bahwa Anda telah memahami konsep berpikir kritis dalam keperawatan yang sudah dipelajari pada modul metodologi keperawatan. Kegiatan praktikum 1 ini akan memberikan pengalaman kepada Anda bagaimana konsep berpikir kritis dalam keperawatan. Kegiatan praktikum ini akan membantu Anda untuk memahami karakteristik berpikir kritis dan fungsi atau manfaat berpikir kritis dalam keperawatan

### **URAIAN MATERI**

#### **A. Berpikir kritis**

Berpikir kritis merupakan suatu tehnik berpikir yang melatih kemampuan dalam mengevaluasi atau melakukan penilaian secara cermat tentang tepat tidaknya atau layak tidaknya suatu gagasan. Berpikir kritis merupakan suatu proses berpikir (kognitif) yang mencakup penilaian analisa secara rasional tentang semua informasi, masukan, pendapat, dan ide yang ada, kemudian merumuskan kesimpulan. Berpikir kritis dalam keperawatan merupakan komponen dasar dalam mempertanggungjawabkan profesi dan kualitas perawatan.

Berpikir bukan suatu proses yang statis, melainkan selalu terjadi perubahan konstan dan dinamis dalam setiap hari atau setiap waktu. Tindakan keperawatan membutuhkan berpikir, hal ini sangat penting untuk mengerti berpikir secara umum. Pemikir kritis dalam praktek keperawatan adalah suatu ketrampilan pengetahuan untuk menganalisis, penerapan standar, diskriminasi, mencari informasi, alasan rasional, memprediksi, dan transformasi pengetahuan. Pemikir kritis dalam keperawatan menghasilkan kebiasaan dalam pikiran yakni: konstentual, perspektif,

kreatif, fleksibel, integritas, intelektual, intuisi, berpikir terbuka, refleksi, *inquisitiveness* dan *perseverance*.

Asumsi berpikir kritis adalah komponen dasar yang meliputi pikiran, perasaan dan berkerja bersama dengan keperawatan. Ada beberapa asumsi tentang berpikir kritis, yaitu sebagai berikut.

1. Asumsi pertama adalah berpikir kritis melibatkan pikiran, perasaan, dan bekerja yang ketiganya merupakan keseluruhan komponen penting bagi perawat profesional yang berkerja bersama-sama berpikir tanpa bekerja adalah sia-sia, bekerja tanpa perasaan adalah hal yang sangat tidak mungkin, pengenalan nilai-nilai keterkaitan antara pikiran, perasaan, dan berkerja merupakan tahap penting dalam memulai praktik profesional.
2. Asumsi kedua, berpikir kritis memerlukan pengetahuan, walaupun pikiran, perasaan, dan bekerja adalah sesuatu hal yang tidak dapat dipisahkan dalam keadaan nyata pada praktek keperawatan, tetapi dapat dipisahkan menjadi bagian-bagian untuk proses pembelajaran.
3. Asumsi ketiga, berpikir kritis dalam keperawatan bukan sesuatu yang asing, karena sebenarnya terjadi dalam kehidupan sehari-hari.
4. Asumsi keempat, berpikir kritis dapat dipelajari melalui bacaan. Pembaca dapat belajar bagaimana cara meningkatkan kemampuan berpikirnya.
5. Asumsi kelima, berpikir kritis adalah cara berpikir secara sistematis dan efektif.
6. Asumsi keenam, berpikir kritis dalam keperawatan adalah campuran dari beberapa aktifitas berpikir yang berhubungan dengan konteks dan situasi dimana proses berpikir itu terjadi.

## LATIHAN

### **Latihan 1 : Praktik Menyebutkan contoh masing-masing dari ke enam asumsi**

1. Asumsi pertama, contoh:

2. Asumsi kedua, contoh:

3. A

4. Asumsi keempat, contoh:

5. Asumsi kelima, contoh:

6. Asumsi keenam, contoh:

## B. Karakteristik berpikir kritis

Beberapa karakteristik berpikir kritis, sebagai berikut:

1. Konseptualisasi artinya proses intelektual membentuk suatu konsep. Sedangkan konsep adalah fenomena atau pandangan mental tentang realitas, pikiran-pikiran tentang kejadian, objek, atribut, dan sejenisnya. Dengan demikian konseptualisasi

merupakan pikiran abstrak yang digeneralisasi secara otomatis menjadi simbol-simbol dan disimpan dalam otak.

2. Rasional dan beralasan.

Rasional merupakan argumen yang diberikan selalu berdasarkan analisis dan mempunyai dasar kuat dari fakta fenomena nyata.

3. Reflektif

Reflektif artinya bahwa seorang pemikir kritis tidak menggunakan asumsi atau persepsi dalam berpikir atau mengambil keputusan tetapi akan menyediakan waktu untuk mengumpulkan data dan menganalisisnya berdasarkan disiplin ilmu, fakta dan kejadian.

4. Bagian dari suatu sikap.

Pemahaman dari suatu sikap yang harus diambil pemikir kritis akan selalu menguji apakah sesuatu yang dihadapi itu lebih baik atau lebih buruk dibanding yang lain.

5. Kemandirian berpikir

Seorang pemikir kritis selalu berpikir dalam dirinya tidak pasif menerima pemikiran dan keyakinan orang lain menganalisis semua isu, memutuskan secara benar dan dapat dipercaya.

6. Berpikir adil dan terbuka

Berpikir adil dan terbuka yaitu mencoba untuk berubah dari pemikiran yang salah dan kurang menguntungkan menjadi benar dan lebih baik.

7. Pengambilan keputusan berdasarkan keyakinan.

Berpikir kritis digunakan untuk mengevaluasi suatu argumentasi dan kesimpulan, mencipta suatu pemikiran baru dan alternatif solusi tindakan yang akan diambil.

C. Fungsi dan manfaat berpikir kritis

Fungsi atau manfaat berpikir kritis dalam keperawatan adalah sebagai berikut :

1. Penggunaan proses berpikir kritis dalam aktifitas keperawatan sehari-hari.
2. Membedakan sejumlah penggunaan dan isu-isu dalam keperawatan.
3. Mengidentifikasi dan merumuskan masalah keperawatan.

4. Menganalisis pengertian hubungan dari masing-masing indikasi, penyebab dan tujuan, serta tingkat hubungan.
5. Menganalisis argumen dan isu-isu dalam kesimpulan dan tindakan yang dilakukan.
6. Menguji asumsi-asumsi yang berkembang dalam keperawatan.
7. Melaporkan data dan petunjuk-petunjuk yang akurat dalam keperawatan.
8. Membuat dan mengecek dasar analisis dan validasi data keperawatan.
9. Merumuskan dan menjelaskan keyakinan tentang aktifitas keperawatan.
10. Memberikan alasan-alasan yang relevan terhadap keyakinan dan kesimpulan yang dilakukan.
11. Merumuskan dan menjelaskan nilai-nilai keputusan dalam keperawatan.
12. Mencari alasan-alasan kriteria, prinsip-prinsip dan aktifitas nilai-nilai keputusan.
13. Mengevaluasi penampilan kinerja perawat dan kesimpulan asuhan keperawatan.

#### D. Proses Berpikir Kritis

Prinsip dasar proses berpikir kritis hampir sama dengan proses berpikir pada umumnya. Proses berpikir kritis dalam keperawatan ini adalah:

1. Tahap apersepsi, merupakan tahap penyesuaian persepsi atau menyatukan persepsi dengan fakta atau fenomena yang ditangkap oleh mekanisme stimulus - respon, untuk mendapatkan deskripsi dari fakta atau fenomena yang dihadapi
2. Tahap konsentrasi, merupakan tahap kelanjutan dari tahap apersepsi, dimana seseorang atau perawat yang memusatkan perhatian terhadap respon objek baik berupa fakta atau fenomena yang ditangkap oleh indera kita
3. Tahap motivasi, merupakan tahap lanjut dari konsentrasi, dimana seseorang atau perawat merasa tertarik atau timbul keingintahuan terhadap objek yang direspon untuk mendapatkan informasi baru yang lebih banyak
4. Tahap interpretasi, merupakan tahap dimana seseorang atau perawat mencoba menterjemahkan tentang fakta atau fenomena yang diterima, dengan menganalisis jawaban atau pertanyaan apa, kapan, dimana dan mengapa suatu fenomena itu terjadi

5. Tahap internalisasi, merupakan suatu tahap dimana informasi baru hasil analisa itu dicoba dimasukkan dalam suatu memori singkat atau disebut STM (*short time memory*) untuk siap diingat kembali (*recall*)
6. Tahap adopsi, merupakan suatu tahap penanaman dalam diri seseorang atau perawat dengan memasukkan informasi baru itu ke dalam pusat memori tetap atau disebut LTM (*long time memory*) untuk menjadikan suatu kebiasaan

#### E. Faktor Yang Mempengaruhi

Banyak faktor yang berkontribusi terhadap kemampuan berpikir kritis dan diantara faktor yang mempengaruhi berpikir kritis dalam praktek keperawatan yang meliputi faktor internal maupun eksternal dari pemikir kritis yang bersangkutan, yaitu:

##### 1. Faktor internal

Faktor internal ini pada prinsipnya terdapat pada diri perawat itu sendiri yang sangat berpengaruh terhadap kemampuan berpikir kritis, khususnya dalam praktek keperawatan, yaitu:

- a. Nilai, keyakinan, harapan, motivasi, persepsi perawat
- b. Interdependen dan independen dari peran dan fungsi perawat
- c. Tingkat keahlian dan pengalaman dan karakteristik dari perawat

##### 2. Faktor eksternal

###### a. Faktor lingkungan

Faktor lingkungan yang berpengaruh terhadap berpikir kritis khususnya praktek keperawatan adalah:

- Setting (rumah sakit, klinik, rumah perawatan, sekolah)
- Waktu (jumlah kesempatan, hari, jam, menit)
- Sumber daya (peralatan, uang, asuransi)

###### b. Faktor organisasi

- Standar, hukum, kebijakan, dan prosedur dilingkungan kerja
- Struktur organisai, hubungan dan kedudukan dalam organisasi
- Beban kerja dan ketersediaan waktu perawat

###### c. Faktor pasien

Faktor pasien yang berpengaruh terhadap kemampuan berpikir khususnya dalam praktek keperawatan, adalah:

- Kondisi sakit pasien (*intensive care, emergency*)
- Nilai, keyakinan, harapan untuk sehat dan perawatan kesehatan
- Tahap perkembangan, kebudayaan, etnik, sosial ekonomi, dan tingkat pendidikan

### LATIHAN 1

1. Beberapa hal yang harus dipenuhi oleh seorang perawat sebagai pemikir kritis dalam praktek keperawatan adalah...
  1. Penerapan standar
  2. Mencari informasi
  3. Memiliki alasan rasional dalam tindakan keperawatan
  4. Diskriminasi terhadap keputusannya
2. Faktor eksternal yang mempengaruhi kemampuan seseorang dalam berpikir kritis dalam praktek keperawatan adalah...
  1. Nilai, keyakinan, harapan, dan persepsi perawat
  2. Faktor organisasi: standar, hukum, kebijakan, dan prosedur di lingkungan kerja
  3. Interdependen dan independen dari peran dan fungsi perawat
  4. Faktor pasien: nilai keyakinan, harapan untuk sehat, dan perawatan kesehatan
3. Suatu tahap penanaman dalam diri seseorang atau perawat dengan memasukan informasi baru ke dalam pusat memori untuk menjadikan kebiasaan disebut dengan tahap...
  - a. Apersepsi
  - b. Konsentrasi
  - c. Motivasi
  - d. Interpretasi
  - e. Adopsi
4. Suatu tahap dimana seseorang atau perawat mencoba menterjemahkan tentang fakta atau fenomena yang diterima, dengan menganalisa jawaban disebut dengan tahap...

- a. Apersepsi
- b. Konsentrasi
- c. Interpretasi
- d. Internalisasi
- e. Adopsi

5. Kreatifitas merupakan komponen utama berpikir kritis yang menghasilkan gagasan dan hasil yang baru. Perawat harus bisa mengkaji masalah saat ini dan paham mengenai landasan bukti dan prinsip yang berlaku. Dengan menggunakan kreatifitas perawat dapat:

1. Menghasilkan banyak gagasan
2. Menciptakan pemecahan masalah yang asli
3. Cenderung mandiri dan percaya diri, walaupun dibawah tekanan
4. Menampilkan individualitas

### **Rangkuman**

1. Berpikir kritis merupakan suatu tehnik berpikir yang melatih kemampuan dalam mengevaluasikan atau melakukan penilaian secara cermat tentang tepat tidaknya atau layak tidaknya suatu gagasan. Berpikir kritis merupakan suatu proses berpikir (kognitif) yang mencakup penilaian analisa secara rasional tentang semua informasi, masukan, pendapat, dan ide yang ada, kemudian merumuskan kesimpulan. Berpikir kritis dalam keperawatan merupakan komponen dasar dalam mempertanggungjawabkan profesi dan kualitas perawatan.
2. Beberapa karakteristik berpikir kritis, sebagai berikut: konseptualisasi, rasional dan beralasan, reflektif, bagian dari suatu sikap, kemandirian berpikir, berpikir adil dan terbuka, pengambilan keputusan berdasarkan keyakinan.
3. Tahapan dalam proses berpikir kritis dalam keperawatan ini adalah: tahap apersepsi, tahap konsentrasi, tahap motivasi, tahap interpretasi, tahap internalisasi, dan tahap adopsi.

**“Sampai Berjumpa Pada Pertemuan  
Selanjutnya”**

## **KEGIATAN PRAKTIKUM 2**

### **DEFINISI PENGKAJIAN**

Sebelum mengikuti kegiatan praktikum ini, pastikan bahwa Anda telah memahami definisi pengkajian yang sudah dipelajari pada modul metodologi keperawatan. Kegiatan praktikum 2 ini akan memberikan pengalaman kepada Anda bagaimana definisi pengkajian. Kegiatan praktikum ini akan membantu Anda untuk memahami definisi pengkajian.

#### **URAIAN MATERI**

##### **A. Definisi pengkajian**

Pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien. Pada saat pengkajian perawat klien harus menentukan data apa, berapa banyak, dan dalamnya yang perlu dikaji pada awal pertemuan. Data awal merupakan dasar, sehingga perawat mempunyai gambaran tentang keadaan dan masalah yang perlu ditangani saat itu. Proses pengkajian tidak dihentikan dalam kegiatan asuhan keperawatan, namun selanjutnya pengkajian terus dilakukan selama klien dirawat dan selama terjadi perubahan serta adanya informasi. Dasar utama dalam melakukan pengkajian adalah akurat, lengkap dan sesuai kenyataan.

Pengkajian, meliputi kriteria tindakan yang berfokus pada hal-hal berikut:

1. Menggunakan kondisi pasien atau kebutuhan akan pelayanan kesehatan saat ini untuk menetapkan prioritas pengumpulan data.
2. Menggunakan teknik pengkajian yang tepat untuk mengumpulkan data-data yang penting.

3. Melibatkan klien, orang terdekat dan petugas kesehatan lainnya jika perlu untuk pengumpulan data.
4. Menggunakan proses pengumpulan data yang sistematis dan kontinu.
5. Mendokumentasikan data yang relevan dengan cara yang mudah ditinjau kembali

Pengkajian meliputi dua tahap:

1. Mengumpulkan dan verifikasi data dari sumber primer (klien) dan sumber sekunder (keluarga, tenaga kesehatan, rekam medis)
2. Analisis seluruh data sebagai dasar untuk menegakkan diagnosis keperawatan, mengidentifikasi berbagai masalah yang saling berhubungan dan mengembangkan rencana keperawatan yang sifatnya individual.

#### B. Tujuan Pengkajian

Pengkajian dan pendokumentasian yang lengkap tentang kebutuhan pasien dapat meningkatkan efektivitas asuhan keperawatan yang diberikan, melalui hal-hal berikut:

1. Menggambarkan kebutuhan pasien untuk membuat diagnosa keperawatan dan menetapkan prioritas yang akurat, sehingga perawat dapat menggunakan waktu dengan efektif.
2. Memfasilitasi perencanaan keperawatan.
3. Menggambarkan kebutuhan keluarga dan menunjukkan dengan tepat faktor-faktor yang akan meningkatkan pemulihan pasien dan memperbaiki perencanaan pulang.
4. Memenuhi *obligasi* profesional dengan mendokumentasikan informasi pengkajian yang bersifat penting

#### C. Jenis Data

Ada 2 tipe data pada pengkajian, yaitu:

##### 1. Data subjektif

Data subjektif merupakan data yang didapatkan dari klien sebagai suatu pendapat terhadap penyakitnya, situasi dan kejadian. Data ini didapatkan dari riwayat keperawatan termasuk persepsi klien, perasaan, dan ide tentang status kesehatannya.

Contoh:

Klien mengatakan, “Saya takut di operasi, karena dulu saudara saya setelah operasi nyerinya hilang sampai dengan 1 bulan”.

## 2. Data objektif

Data objektif merupakan data yang didapat dari hasil observasi dan pengukuran yang dilakukan oleh tenaga kesehatan. Informasi data ini biasanya diperoleh melalui “sense”.

Contoh:

Frekuensi pernafasan, tekanan darah.

## D. Sumber-sumber data

Sumber data yang diambil dalam pengkajian dapat bersumber dari:

### 1. Sumber data primer

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

### 2. Sumber data sekunder

Informasi ini dapat diperoleh adari orang tua, suami atau istri, dan teman klien.

### 3. Sumber data tersier

#### a. Catatan klien

b. Catatan klien yang sudah ditulis oleh anggota tim kesehatan yang digunakan sebagai sumber informasi dalam riwayat keperawatan. Untuk menghindari pengulangan yang tidak perlu, sebelum mengadakan interaksi kepada klien, perawat hendaknya membaca catatan klien terlebih dahulu.

#### c. Riwayat penyakit klien

d. Pemeriksaan fisik dan catatan perkembangan merupakan riwayat penyakit yang diperoleh dari terapis.

#### e. Konsultasi

f. Kadang-kadang terapis memerlukan konsultasi dengan anggota tim kesehatan spesialis untuk menentukan diagnosis medis atau dalam merencanakan atau melakukan tindakan medis.

#### g. Hasil pemeriksaan diagnostik

h. Hasil pemeriksaan laboratorium dan tes diagnostik lainnya dapat menentukan diagnosis dan membantu mengevaluasi keberhasilan dari tindakan keperawatan.

#### i. Catatan medis dari anggota tim kesehatan lainnya

- j. Catatan kesehatan terdahulu dapat dipergunakan sebagai sumber informasi yang dapat mendukung rencana tindakan keperawatan.
- k. Perawat lain
  - 1. Jika klien adalah rujukan dari pelayanan kesehatan lain, maka perawat harus meminta informasi kepada perawat yang telah merawat sebelumnya.
- m. Kepustakaan

Untuk memperoleh data dasar klien yang komprehensif, perawat dapat membaca literature yang berhubungan dengan masalah klien.

### LATIHAN

Jawablah pertanyaan berikut ini dengan singkat dan jelas

1. Jelaskan tahapan dalam pengkajian keperawatan...
2. Sebutkan 2 tujuan dari pengkajian keperawatan...
3. Data yang didapat dari hasil observasi dan pengukuran yang dilakukan oleh tenaga kesehatan adalah
4. Sebutkan sumber data dalam pengkajian keperawatan...
5. Informasi ini dapat diperoleh adari orang tua, suami atau istri, dan teman klien, merupakan sumber.

### RANGKUMAN

1. Pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien.
2. Pengkajian meliputi dua tahap: mengumpulkan dan verifikasi data, dan analisis seluruh data.
3. Pengkajian dan pendokumentasain yang lengkap tentang kebutuhan pasien dapat meningkatkan efektivitas asuhan keperawatan yang diberikan
4. Ada 2 tipe data pada pengkajian, yaitu: data subjektif dan data objektif.
5. Sumber data yang diambil dalam pengkajian dapat bersumber dari: sumber data primer, sumber data sekunder, dan sumber data tersier

**“Sampai Berjumpa Pada Pertemuan  
Selanjutnya”**

## **KEGIATAN PRAKTIKUM 3**

### **PENGAJIAN POLA GORDON**

Sebelum mengikuti kegiatan praktikum ini, pastikan bahwa Anda telah memahami pengkajian pola gordon yang sudah dipelajari pada modul metodologi keperawatan. Kegiatan praktikum 3 ini akan memberikan pengalaman kepada Anda bagaimana pengkajian pola gordon. Kegiatan praktikum ini akan membantu Anda untuk memahami pengkajian pola gordon.

#### **URAIAN MATERI**

##### **A. 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 membantu perawat mengumpulkan, mengorganisasikan dan memilah-milah data.

Berikut ini adalah pengkajian keperawatan berdasarkan 11 pola fungsi Gordon:

##### **1. Persepsi sehat – manajemen kesehatan**

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

- a. Pola kesehatan dan kesejahteraan yang dirasakan
- b. Pengetahuan tentang gaya hidup dan hubungannya dengan kesehatan
- c. Pengetahuan tentang tindakan pencegahan
- d. Kepatuhan pada program keperawatan dan medis

e. Frekuensi kunjungan ke penyedia layanan kesehatan dan kepatuhan terapi di rumah.

2. Pola nutrisi – metabolik

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

- a. Pola kebiasaan asupan makanan dan minuman (frekuensi, waktu, porsi)
- b. Jenis asupan makanan dan minuman
- c. Berat badan saat ini, peningkatan atau penurunan berat badan, IMT (Indeks Massa Tubuh)
- d. Selera makan, jenis makanan dan minuman yang disukai, jenis makanan atau minuman yang tidak disukai

3. Pola eliminasi

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

- a. Pola defekasi, perubahan (adanya gangguan atau tidak, frekuensi, jumlah, konsistensi, warna, waktu)
- b. Pola eliminasi urine, perubahan (adanya gangguan atau tidak, frekuensi, jumlah, warna, bau, waktu)
- c. Penggunaan alat bantu saat eliminasi
- d. Penggunaan obat-obatan

4. Pola aktivitas – latihan

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

- a. Pola latihan fisik (sebutkan jenisnya, frekuensi, durasi)
- b. Kemampuan dalam aktivitas yang dilakukan sehari-hari
- c. Waktu luang untuk rekreasi (sebutkan jenisnya, waktu)
- d. 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

#### 5. Pola tidur istirahat

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

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

#### 6. Pola kognitif persepsi

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

- a. Penglihatan, pendengaran, pengecap, perasa, penghidu
- b. Kecakapan bahasa dan bahasa yang digunakan sehari-hari
- c. Kemampuan ingatan
- d. Kemampuan mengambil keputusan

#### 7. Pola persepsi – konsep diri

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

- a. Sikap terhadap diri sendiri, perasaan berharga
- b. Persepsi terhadap kemampuan
- c. Pola emosional
- d. Citra tubuh, identitas diri

#### 8. Pola peran-hubungan

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

- a. Pola hubungan dengan keluarga atau teman
- b. Tanggung jawab dalam melaksanakan perannya

c. Kepuasan terhadap hubungan dan tanggungjawab

9. Pola seksualitas – reproduksi

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

- a. Pola menstruasi (awal mendapat menstruasi, waktu menstruasi, lama menstruasi, jumlah, gangguan yang dialami selama menstruasi)
- b. Masalah pramenstruasi dan pasca menstruasi
- c. Reproduksi (status pernikahan, jumlah anak, pernah mengikuti KB atau tidak)
- d. Kepuasan terhadap hubungan seksual dan identitas seksual
- e. Pola dan masalah menopause

10. Pola coping- toleransi stres

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

- a. Kemampuan mengatasi stres
- b. Pengetahuan tentang toleransi stres
- c. Sumber pendukung klien
- d. Jumlah peristiwa hidup yang penuh dengan stres dalam satu tahun terakhir

11. Pola nilai – keyakinan

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

- a) Nilai, tujuan dan keyakinan (ungkapkan persepsi dari klien)
- b) Aktivitas spiritual (agama, kegiatan ibadah yang dilakukan)
- c) Konflik nilai yang dirasakan

### LATIHAN

1. Pengkajian keperawatan pola gordon terdiri dari...
2. Menggambarkan penjelasan pribadi klien mengenai kesehatan dan kesejahteraan, bagaimana klien mengelola kesehatannya dan pengetahuan tentang praktik pencegahan, merupakan pengkajian pada pola...
3. Menggambarkan pola persepsi sensorik, kemampuan berbahasa, ingatan dan pembuatan keputusan, merupakan pengkajian pada pola...

4. Menggambarkan pola kepuasan dan ketidakpuasan seksual klien, pola reproduksi klien, masalah pre dan post menopause, merupakan pengkajian pola...
5. Sebutkan komponen pengkajian dari pola persepsi – konsep diri klien, yaitu...

### **RANGKUMAN**

1. 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 membantu perawat mengumpulkan, mengorganisasikan dan memilah-milah data.
2. Pengkajian pola fungsi gordon terdiri dari 11 pola pengkajian, yaitu persepsi sehat – manajemen kesehatan, pola nutrisi – metabolik, pola eliminasi, pola aktivitas – latihan, pola tidur istirahat, pola kognitif persepsi, pola persepsi – konsep diri, pola peran - hubungan, pola seksualitas – reproduksi, pola coping- toleransi stres, dan pola nilai – keyakinan.

**“Sampai Berjumpa Pada Pertemuan  
Selanjutnya”**

## **KEGIATAN PRAKTIKUM 4**

### **PENGAJIAN *HEAD TO TOE* DAN SISTEM TUBUH**

Sebelum mengikuti kegiatan praktikum ini, pastikan bahwa Anda telah memahami pengkajian *head to toe* dan sistem tubuh yang sudah dipelajari pada modul metodologi keperawatan. Kegiatan praktikum 4 ini akan memberikan pengalaman kepada Anda bagaimana pengkajian sistem tubuh *head to toe* dan sistem tubuh. Kegiatan praktikum ini akan membantu Anda untuk memahami pengkajian sistem tubuh *head to toe* dan sistem tubuh.

#### **URAIAN MATERI**

##### **A. Pengkajian *Head To Toe***

Pengkajian keperawatan ini mempelajari tentang bagaimana mengkaji pasien dengan metode *head to toe*. Pengkajian keperawatan sistem tubuh *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), kelembaban 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 konjungtiva (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: bersih 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), kelembaban kulit (kering atau lembab), tekstur kulit (kasar atau halus) dan edema (pembengkakan).

### B. Pola Pengkajian Sistem Tubuh

Pengkajian keperawatan 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 bodi 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></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Auskultasi suara nafas             <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Vesikuler di : .....</li> <li>b. Broncho vesikuler di: .....</li> <li>c. Brochial di : .....</li> </ol> </li> <li>2. Vocal resonansi: .....</li> <li>3. Suara tambahan:             <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Rales, Lokasi: .....</li> <li>b. Ronchi, Lokasi: .....</li> <li>c. Pleural friction Rub, Lokasi: .....</li> </ol> </li> </ol>
--	--

### 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></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Iktus cordis teraba pada: .....</li> <li>2. Frekuensi Heart Rate: .....</li> </ol> <p><b>Perkusi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pembesaran jantung : .....</li> <li>2. Nyeri dada: .....</li> </ol> <p><b>Auskultasi:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Normal</p> <p><input type="checkbox"/> Tambahan: .....</p> <p><input type="checkbox"/> Jenis : .....</p>
---	--

### Persyarafan (Neurological)

<p>Kesadaran compos mentis dengan GCS 15, reflek (bisep, tricep dan achilles): dan babinsky, koordinasi gerak baik, tidak kesemutan dan tidak kejang.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tingkat kesadaran: .....</li> <li>2. GCS :</li> <li>3. Reflek:             <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Bisep : .....</li> <li>b. Tricep : .....</li> <li>c. Achilles : .....</li> </ol> </li> </ol>
---	---

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

**Gastrointestinal:**

Abdomen datar, tepi perut dan umbilicus tidak menonjol, bendungan pembuluh darah dikulit abdomen tidak ada, peristaltik usus 5-35 x/menit, tidak nyeri dan tidak asites.	<b>Inspeksi:</b> 1. Bentuk: ..... 2. Tepi perut: ..... 3. Bendungan pembuluh darah dikulit abdomen: ..... <b>Auskultasi:</b> Bunyi peristaltik usus: ..... <b>Palpasi:</b> Nyeri : ..... Lokasi: ..... Massa: ..... Lokasi: ..... Pembesaran Hepar: ..... Pembesaran Lien: ..... Titik Mc. Burney: ..... <b>Perkusi:</b> 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, akral hangat, turgor elastik,	Warna kulit: ..... Akral: .....
---	------------------------------------

kremitasi dan oedema tidak ada	Turgor: ..... Kremitasi: ..... 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: ( ) normal ( ) eksoptalmus ( ) eksop ( ) lainnya</li> <li>Konjungtiva: ( ) normal ( ) anemis</li> <li>Pupil: ( ) normal ( ) menyempit</li> <li>Gerak bola mata: ( ) normal ( ) menyempit</li> <li>Visus/ ketajaman penglihatan</li> <li>Medan penglihatan: ( ) normal ( ) menyempit</li> <li>Buta warna: ..... Jenis: .....</li> </ol> <p>Palpasi:</p> <p>Tekanan intra okuler: .....</p>
<p><b>Hidung</b></p> <p>Septum hidung ditengah, sekret dan polip tidak ada, serta tidak ada gangguan penciuman</p>	<p><b>Hidung</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Septum hidung: .....</li> <li>Sekret hidung : .....</li> <li>Polip : .....</li> <li>Gangguan penciuman: .....</li> </ol>
<p><b>Telinga</b></p> <p>Lubang telinga bersih, membran timpani terang, tidak ada gangguan pendengaran.</p>	<p><b>Telinga</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Lubang telinga: .....</li> <li>Membran Tympani: .....</li> </ol>

	3. Gangguan pendengaran: .....
<b>Mulut dan Leher</b> Bibir normal, gigi lengkap dan bersih, mukosa bibir lembab, lidah normal dan bersih, tidak ada kesulitan menelan, kelenjar thyroïd tidak teraba.	<b>Mulut dan Leher</b> 1. Bibir: ..... 2. Gigi: ..... 3. Selaput lendir dan mulut: ..... 4. Lidah: ..... 5. Tenggorokan waktu menelan:.... 6. Kelenjar thyroïd: .....

### LATIHAN

Lakukan pengkajian dengan metode Head to toe dan Sistem tubuh pada anggota keluarga yang sakit

### RANGKUMAN

1. Pengkajian keperawatan sistem tubuh *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*
2. Pengkajian keperawatan 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

**“Sampai Berjumpa Pada Pertemuan  
Selanjutnya”**

## KUNCI JAWABAN

### Latihan 1

1. A
2. C
3. E
4. D
5. E

### Latihan 2

1. Tahapan dalam pengkajian meliputi: mengumpulkan dan verifikasi data dan analisis seluruh data
2. Tujuan dari pengkajian yaitu...
  - a. Menggambarkan kebutuhan pasien untuk membuat diagnosa keperawatan dan menetapkan prioritas yang akurat, sehingga perawat dapat menggunakan waktu dengan efektif.
  - b. Memfasilitasi perencanaan keperawatan.
  - c. Menggambarkan kebutuhan keluarga dan menunjukkan dengan tepat faktor-faktor yang akan meningkatkan pemulihan pasien dan memperbaiki perencanaan pulang.
  - d. Memenuhi *obligasi* profesional dengan mendokumentasikan informasi pengkajian yang bersifat penting
3. Data objektif
4. Sumber data dari pengkajian yaitu sumber data primer, sumber data sekunder, dan sumber data tersier
5. Sumber data sekunder

### **Latihan 3**

1. Pengkajian pola gordon terdiri dari 11 pola pengkajian
2. Pola Persepsi sehat – manajemen kesehatan
3. Pola kognitif persepsi
4. Pola seksualitas – reproduksi
5. Komponen pengkajian pola persepsi – konsep diri meliputi:
  - a. Sikap terhadap diri sendiri, perasaan berharga
  - b. Persepsi terhadap kemampuan
  - c. Pola emosional
  - d. Citra tubuh, identitas diri

### **Latihan 4**

Cantumkan hasil pengkajian yang telah dilakukan



# **MODUL 2**

## **PRAKTIKUM**

### **DIAGNOSA DAN PERENCANAAN KEPERAWATAN**

**Penulis**  
**Fakhrudin Nasrul Sani**

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

**MODUL 2**

**PRAKTIKUM DIAGNOSA DAN PERENCANAAN KEPERAWATAN**

Saat ini Anda sedang mempelajari modul 2 praktikum diagnosa dan perencanaan keperawatan. Modul ini akan membahas tentang diagnosa dan perencanaan keperawatan. Praktikum di *design* dalam laboratorium dengan menggunakan model/gambar. Anda akan diminta untuk menyebutkan diagnosa dan perencanaan keperawatan. Anda juga diharapkan dapat mendemonstrasikan cara membuat diagnosa dan perencanaan keperawatan.

Setelah mempelajari Modul ini diharapkan Anda mampu menyebutkan definisi diagnosa keperawatan, perumusan diagnosa keperawatan, dan perencanaan keperawatan.

Fokus pembahasan pada modul 2 ini adalah bagaimana mahasiswa mempraktikkan cara merumuskan diagnosa keperawatan dan perencanaan keperawatan, yang dibagi menjadi tiga (3) Kegiatan Praktik sebagai berikut:

1. Kegiatan Praktikum 1 (Unit 1): Praktikum Definisi Diagnosa Keperawatan
2. Kegiatan Praktikum 2 (Unit 2): Praktikum Perumusan Diagnosa Keperawatan
3. Kegiatan Praktikum 3 (Unit 3): Praktikum Perencanaan Keperawatan

Modul ini berbentuk petunjuk praktikum yang penting digunakan saat Anda mencoba mempraktikkan atau mendemonstrasikan merumuskan diagnosa keperawatan dan perencanaan keperawatan.

Adapun hal-hal yang harus Anda persiapkan sebelum melakukan praktikum adalah:

1. Pahami tujuan pembelajaran sebagai target yang akan dicapai
2. Pelajari kasus yang tersedia dan pastikan bahwa Anda telah memahami.
3. Baca petunjuk pratikum dengan teliti

4. Siapkan peralatan dan bahan sesuai kebutuhan untuk setiap tindakan/keterampilan yang akan dipraktikkan.
5. Perhatikan demonstrasi dari tutor dengan baik
6. Catat kesulitan yang Anda alami dan diskusikan dengan teman atau tutor.

Kami berharap, anda dapat mengikuti keseluruhan kegiatan praktik dalam modul ini dengan baik.

**“SELAMAT BELAJAR DAN SUKSES BUKAN HANYA PRAKTIKUM 1  
DEFINISI DIAGNOSA KEPERAWATAN**

Sebelum mengikuti kegiatan praktikum ini, pastikan bahwa Anda telah memahami definisi diagnosa keperawatan yang sudah dipelajari pada modul metodologi keperawatan. Kegiatan praktikum 1 ini akan memberikan pengalaman kepada Anda bagaimana definisi diagnosa keperawatan. Kegiatan praktikum ini akan membantu Anda untuk memahami definisi diagnosa keperawatan.

**URAIAN MATERI**

**A. Definisi diagnosa dan perencanaan keperawatan**

Diagnosa keperawatan adalah keputusan klinik tentang respon individu, keluarga dan masyarakat tentang masalah kesehatan aktual atau potensial, sebagai dasar seleksi intervensi keperawatan untuk mencapai tujuan asuhan keperawatan sesuai dengan kewenangan perawat.

Perencanaan adalah bagian dari fase pengorganisasian dalam proses keperawatan sebagai pedoman untuk mengarahkan tindakan keperawatan dalam usaha membantu, meringankan, memecahkan masalah atau memenuhi kebutuhan klien.

**B. Diagnosa keperawatan dan diagnosis medis**

Perbedaan diagnosis medis dan keperawatan

No	Diagnosis Medis	Diagnosa Keperawatan
1.	Fokus: faktor-faktor pengobatan penyakit	Fokus: respon klien, tindakan medis, dan faktor lain
2.	Orientasi: keadaan patologis	Orientasi: kebutuhan dasar manusia
3.	Cenderung tetap, mulai masuk	Berubah sesuai perubahan respon

	sampai pulang	klien
4.	Mengarah tindakan medis (pengobatan) yang sebagian dilimpahkan kepada perawat	Mengarah pada fungsi mandiri perawat
5.	Diagnosis medis melengkapi diagnosis keperawatan	Diagnosis keperawatan melengkapi diagnosis medis

### LATIHAN

1. Jelaskan tentang diagnosa keperawatan?
2. Sebutkan fokus dalam penegakan diagnosa keperawatan

### RANGKUMAN

Diagnosa keperawatan adalah keputusan klinik tentang respon individu, keluarga dan masyarakat tentang masalah kesehatan aktual atau potensial, sebagai dasar seleksi intervensi keperawatan untuk mencapai tujuan asuhan keperawatan sesuai dengan kewenangan perawat.

**“Sampai Berjumpa Pada Pertemuan  
Selanjutnya”**

## **KEGIATAN PRAKTIKUM 2**

### **PERUMUSAN DIAGNOSA KEPERAWATAN**

Sebelum mengikuti kegiatan praktikum ini, pastikan bahwa Anda telah memahami perumusan diagnosa keperawatan yang sudah dipelajari pada modul metodologi keperawatan. Kegiatan praktikum 2 ini akan memberikan pengalaman kepada Anda bagaimana perumusan diagnosa keperawatan. Kegiatan praktikum ini akan membantu Anda untuk memahami perumusan diagnosa keperawatan.

#### **URAIAN MATERI**

##### **A. Perumusan diagnosa keperawatan**

Sifat diagnosa keperawatan adalah berorientasi pada kebutuhan dasar manusia, menggambarkan respon individu terhadap proses, kondisi dan situasi sakit, dan berubah bila respon individu berubah. Adapun unsur dalam diagnosa keperawatan meliputi problem atau respon (P), etiologi (E), dan sign atau symptom (S), dengan rumus diagnosis = P+E+S.

Tahap perumusan diagnosa keperawatan harus sesuai dengan kebutuhan klien. Pada keadaan tertentu perawat akan menemukan banyak diagnosis berdasarkan hasil pengkajian, sehingga penting dalam menentukan prioritas diagnosis. Diagnosa prioritas merupakan diagnosa keperawatan dan masalah kolaboratif, dimana sumber keperawatan akan diarahkan untuk pencapaian tujuan. Penentuan prioritas diagnosa bisa dengan membuat daftar diagnosa keperawatan yang ditemukan, dan selanjutnya menyusun diagnosa menurut urutan prioritas. Urutan dalam menentukan diagnosa keperawatan adalah: menentukan prioritas diagnosa keperawatan dimaksudkan untuk menentukan masalah yang akan menjadi skala prioritas untuk diselesaikan terlebih dahulu. Beberapa teknik membuat skala prioritas

1. Berdasarkan standar asuhan keperawatan :
  - a. Mengancam kehidupan
  - b. Mengancam kesehatan
  - c. Mempengaruhi perilaku manusia
2. Berdasarkan DEPKES RI:
  - a. *Actual*
  - b. Potensial/resiko
3. Berdasarkan Maslow:
  - a. Fisiologis,
  - b. Aman dan nyaman,
  - c. Cinta dan kasih sayang,
  - d. Harga diri,
  - e. Aktualisasi diri
4. Pendekatan bodi sistem
  - a. B1 (*Breathing*)
  - b. B2 (*Blood*)
  - c. B3 (*Brain*)
  - d. B4 (*Bladder*)
  - e. B5 (*Bowel*)
  - f. B6 (*Bone*)

NANDA telah mengidentifikasi empat tipe diagnosa keperawatan yaitu:

1. Diagnosa aktual

Menggambarkan respon manusia terhadap kondisi kesehatan atau proses kehidupan yang terdapat dalam individu, keluarga, atau komunitas. Pemilihan diagnosa aktual menunjukkan bahwa data pemeriksaan yang ada sudah cukup untuk menegakkan diagnosis keperawatan. Contoh, dalam kasus Ny. X, menilai klien menderita nyeri tulang belakang dengan angka 8-9 dari 1-10 skala nyeri. Rasa nyeri meningkat saat pergerakan. Akibat nyeri tersebut, Ny. X tidak dapat tidur. Nyeri akut merupakan diagnosa keperawatan aktual.

2. Diagnosa risiko

Menggambarkan respon manusia terhadap kondisi kesehatan atau proses kehidupan yang mungkin menyebabkan individu, keluarga atau komunitas

menjadi rentan. Contoh, setelah Ny. X menjalani operasi caesar, dia akan memiliki luka operasi. Lingkungan rumah sakit menciptakan risiko infeksi nosokomial. Sehingga, dapat ditegakkan diagnosa risiko infeksi. Pengkajian utama untuk diagnosis ini adalah adanya data yang menunjang faktor risiko (insisi dan lingkungan rumah sakit) yang mendukung kerentanan Ny. X. Data tersebut termasuk faktor fisiologis, psikososial, keturunan, gaya hidup dan lingkungan.

### 3. Diagnosa kesejahteraan

Menggambarkan respon manusia terhadap tingkat kesejahteraan dalam individu, keluarga, atau komunitas yang memiliki kesiapan peningkatan. Ini merupakan penilaian klinis dalam transisi dari tingkat kesejahteraan tertentu ke tingkat kesejahteraan yang lebih tinggi. Anda memilih tipe diagnosa ini ketika klien berharap atau telah mencapai tingkat kesehatan yang optimal. Contoh potensial peningkatan adaptasi yang terkait dengan keberhasilan pengobatan kanker adalah diagnosis kesejahteraan dan perawat beserta keluarga bekerjasama untuk beradaptasi dengan stresor yang berhubungan dengan kelangsungan hidup penderita kanker. Dalam pelaksanaannya perawat menggabungkan kekuatan klien dan sumber daya yang ada ke dalam rencana perawatan dengan tujuan untuk meningkatkan adaptasi.

### 4. Diagnosis keperawatan promosi kesehatan

Penilaian klinis terhadap motivasi individu, keluarga dan komunitas serta keinginan untuk meningkatkan kesejahteraan dan aktualisasi potensi kesehatan manusia sebagai ungkapan kesiapan mereka untuk meningkatkan perilaku kesehatan tertentu seperti nutrisi dan olahraga. Potensi peningkatan kenyamanan merupakan contoh diagnosis promosi

## LATIHAN

1. Beberapa unsur dalam menentukan diagnosa keperawatan adalah...
  - a. Problem+Symptom
  - b. Etiologi+Symptom
  - c. Problem+Etiologi+Symptom
  - d. Problem+Etiologi+Diagnosa Medis
  - e. Problem+Riwayat Penyakit+Symptom

2. Penentuan prioritas diagnosa keperawatan berdasarkan Depkes RI terdiri dari...
  - a. Fisiologi, Aktual, dan Mengancam kehidupan
  - b. Fisiologi, Potensial dan Mempengaruhi kesehatan
  - c. Aman dan nyaman, Fisiologi, dan Potensial
  - d. Aktual dan Potensial
  - e. Aktual, Potensial, dan Mempengaruhi perilaku manusia
3. Berikut ini bukan merupakan penentuan prioritas diagnosa keperawatan berdasarkan pendekatan bodi sistem adalah....
  - a. *Breathing*
  - b. *Blood*
  - c. *Biochemical*
  - d. *Bladder*
  - e. *Bowel*
4. Menggambarkan respon manusia terhadap kondisi kesehatan atau proses kehidupan yang terdapat dalam individu, keluarga, atau komunitas, merupakan tiper diagnosa berdasarkan....
  - a. Diagnosa aktual
  - b. Diagnosa resiko
  - c. Diagnosa kesejahteraan
  - d. Diagnosa promosi kesehatan
  - e. Diagnosa fisiologi
5. Tn. Y diraway di rumah sakit kusuma dengan diagnosa medis fraktur femur, Tn. Y baru saja menjalani operasi dan saat ini mengeluh nyeri dengan skala 6 pada bagian luka operasinya. Penentuan diagnosa keperawatan nyeri akut, merupakan penentuan diagnosa berdasarkan....
  - a. Diagnosa resiko
  - b. Diagnosa kesejahteraan
  - c. Diagnosa aktual
  - d. Diagnosa promosi kesehatan
  - b. Diagnosa fisiologi

## RANGKUMAN

1. Adapun unsur dalam diagnosa keperawatan meliputi problem atau respon (P), etiologi (E), dan sign atau symptom (S), dengan rumus diagnosis = P+E+S.
2. Urutan dalam menentukan diagnosa keperawatan adalah: menentukan prioritas diagnosa keperawatan dimaksudkan untuk menentukan masalah yang akan menjadi skala prioritas untuk diselesaikan terlebih dahulu.
3. Beberapa teknik membuat skala prioritas, diantaranya: berdasarkan standar asuhan keperawatan, berdasarkan DEPKES RI, berdasarkan Maslow, berdasarkan pendekatan bodi sistem
4. NANDA telah mengidentifikasi empat tipe diagnosa keperawatan yaitu: diagnosa aktual, diagnosa risiko, diagnosa kesejahteraan, dan diagnosis keperawatan promosi kesehatan.

**“Sampai Berjumpa Pada Pertemuan  
Selanjutnya”**

## **KEGIATAN PRAKTIKUM 3**

### **PERENCANAAN KEPERAWATAN**

Sebelum mengikuti kegiatan praktikum ini, pastikan bahwa Anda telah memahami perencanaan keperawatan yang sudah dipelajari pada modul metodologi keperawatan. Kegiatan praktikum 3 ini akan memberikan pengalaman kepada Anda bagaimana perencanaan keperawatan. Kegiatan praktikum ini akan membantu Anda untuk memahami perencanaan keperawatan.

#### **URAIAN MATERI**

##### **A. Komponen perencanaan keperawatan**

###### **1. Diagnosa keperawatan**

Diagnosa keperawatan merupakan hal penting dalam prioritas merawat klien. Hal tersebut menyangkut langsung ke arah situasi yang mengancam kehidupan klien. Pencatatan masalah aktual harus lebih dulu dari masalah resiko pada perencanaan keperawatan.

###### **2. Menentukan tujuan dan kriteria hasil**

Tujuan adalah hasil yang ingin dicapai untuk mengatasi masalah diagnosa keperawatan. Penentuan tujuan pada perencanaan dari proses keperawatan adalah sebagai arah dalam membuat rencana tindakan dari masing-masing diagnosa keperawatan.

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

- a. Masing-masing diagnosa keperawatan mempunyai tujuan sendiri
- b. Tujuan berorientasi pada masalah dari diagnosa keperawatan yang telah dirumuskan
- c. Tujuan merupakan hasil akhir yang ingin dicapai dari masalah yang telah ditemukan

d. Tujuan harus objektif atau merupakan tujuan operasional langsung dari kedua belah pihak (klien dan perawat)

e. Mencakup kriteria keberhasilan sebagai dasar evaluasi

Kriteria hasil merupakan standart evaluasi dan merupakan gambaran tentang faktor-faktor yang dapat memberi petunjuk bahwa tujuan telah tercapai dan digunakan dalam membuat pertimbangan

NANDA menyeragamkan kriteria sembuh dalam keperawatan dalam *Nursing Outcome Classification* (NOC). Tujuan penyelarasan *outcome* antara lain:

- a. Memudahkan pengaturan sistem informasi keperawatan
- b. Memberikan definisi sama pada setiap intepretasi data
- c. Mengukur kualitas asuhan keperawatan
- d. Mengukur efektifitas asuhan keperawatan
- e. Meningkatkan inovasi keperawatan

Komponen NOC antara lain:

- a. Label: menunjukkan perilaku atau status pasien
- b. Indikator: mendeskripsikan perilaku atau status pasien
- c. Five point scale: menilai status pasien di setiap *indicator*

*Nursing Outcome Classification* mempunyai tujuh domain yaitu fungsi kesehatan, fisiologi kesehatan, kesehatan psikososial, pengetahuan dan perilaku kesehatan, persepsi kesehatan, kesehatan keluarga dan kesehatan masyarakat. *Nursing outcome classification* (NOC) menggambarkan respon pasien terhadap tindakan keperawatan. NOC mengevaluasi hasil pelayanan keperawatan sebagai bagian dari pelayanan kesehatan. Standar kriteria hasil pasien sebagai dasar untuk menjamin keperawatan sebagai partisipan penuh dalam evaluasi klinik bersama dengan disiplin ilmu kesehatan lain. Pengukuran NOC menggunakan skala likert dengan rentang 1 sampai dengan 5. Nilai 1 adalah nilai yang paling rendah (paling tidak diinginkan), nilai 2 masih ada keterbatasan, nilai 3 mempunyai arti sedang, nilai 4 hampir mencapai nilai maksimal, dan nilai 5 adalah pencapaian pada skala paling tinggi atau paling diinginkan.

Kalimat *outcomes* memenuhi syarat antara lain konsisten, memberikan pengertian yang sama terhadap sebuah istilah, bukan menjelaskan kegiatan

perawat, bukan merupakan diagnosa keperawatan, dapat diukur, dapat dimengerti, dan spesifik. *Outcomes* dapat diukur saat mengkaji pasien, saat akan dilakukan intervensi, saat dilakukan intervensi, saat setelah dilakukan intervensi dan saat “jatuh tempo”.

Tujuan yang dicapai biasanya dinyatakan dalam prinsip **SMART**

- **S = Spesifik** (Tujuan harus spesifik dan tidak menimbulkan arti ganda)
- **M = Measurable** (Tujuan keperawatan harus dapat diukur, khususnya tentang perilaku klien: dapat dilihat, didengar, diraba, dirasakan, dan dibau)
- **A = Achievable** (Tujuan harus dapat dicapai)
- **R = Reasonable** (Tujuan harus dapat dipertanggung jawabkan secara ilmiah)
- **T = Time** (Tujuan keperawatan)

### 3. 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.

#### a. Tipe intervensi keperawatan (ONEC)

##### 1) *Observation*

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

##### 2) *Nursing treatment*

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

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

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

##### 4) *Collaboration/ Kolaborasi/ Medical treatment*

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

b. 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:

- 1) Gunakan NIC dan NANDA
- 2) Lihat kesesuaian antara definisi diagnosa keperawatan NANDA dengan definisi intervensi keperawatan NIC
- 3) 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.
- 4) Masukkan intervensi keperawatan yang mengatasi tanda dan gejala dari diagnosa keperawatan.
- 5) Masukkan intervensi primer dan sekunder untuk tiap diagnosis keperawatan.

c. Merumuskan kriteria evaluasi

Setelah merumuskan tujuan, langkah selanjutnya adalah merumuskan kriteria hasil/ evaluasi. Dalam penyusunan kriteria hasil, terdapat hal-hal yang perlu diperhatikan yaitu bersifat khusus dan konkret serta dapat dilihat, didengar dan diukur oleh orang lain. Manifestasi terhadap respon manusia berupa KAPP (kognitif, afektif, psikomotor, dan perubahan fungsi tubuh) :

- 1) Kognitif (pengetahuan): berdasarkan pengulangan informasi yang telah diajarkan kepada klien.
- 2) Afektif: mengetahui bagaimana respon klien dan keluarga terhadap stress yang dihadapi (status emosional)
- 3) Psikomotor: mengidentifikasi apa yang seharusnya bisa dilaksanakan oleh klien sebagai hasil dari rencana pengajaran.

4) Perubahan fungsi tubuh: sejumlah manifestasi yang dapat diobservasi.

d. Merumuskan intervensi keperawatan

Kriteria untuk merumuskan intervensi keperawatan, yaitu:

- 1) Memakai kata kerja yang tepat
- 2) Bersifat spesifik
- 3) Dapat dimodifikasi

Intervensi keperawatan terdiri atas intervensi keperawatan yang independen dan intervensi keperawatan kolaboratif. Intervensi keperawatan independen adalah intervensi keperawatan yang dilakukan perawat terhadap klien secara mandiri tanpa peran aktif dari tenaga kesehatan lain. Intervensi keperawatan kolaboratif adalah intervensi keperawatan yang dilakukan oleh perawat terhadap klien dalam bentuk kerjasama dengan tenaga kesehatan lain.

Tipe instruksi keperawatan:

- 1) Tipe diagnostik: menilai kemungkinan klien ke arah pencapaian kriteria hasil dengan observasi secara langsung, contoh: kaji rentang gerak ekstremitas atas klien.
- 2) Tipe terapeutik: menggambarkan tindakan yang dilakukan oleh perawat secara langsung untuk mengurangi, memperbaiki, dan mencegah kemungkinan masalah, contoh: lakukan ROM aktif pada kaki kiri klien.
- 3) Tipe penyuluhan: digunakan untuk meningkatkan perawatan diri klien dengan membantu klien memperoleh tingkah laku individu yang mempermudah pemecahan masalah, contoh: ajarkan klien menggunakan walker.
- 4) Tipe rujukan: menggambarkan peran perawat sebagai koordinator dan manajer perawatan klien dalam anggota tim kesehatan, contoh: kolaborasi dengan fisioterapi untuk mobilisasi klien

Merumuskan intervensi berdasarkan diagnosis keperawatan:

- 1) Diagnosis keperawatan aktual, intervensi ditujukan untuk:
  - Mengurangi atau membatasi faktor-faktor penyebab dari masalah
  - Meningkatkan status kesehatan klien

- Memonitor status kesehatan
- 2) Diagnosis keperawatan resiko tinggi:
  - Mengurangi atau membatasi faktor resiko
  - Mencegah masalah yang akan timbul
  - Memonitor waktu terjadinya
- 3) Diagnosis keperawatan kolaboratif:
  - Memonitor perubahan status kesehatan
  - Mengelola perubahan status kesehatan terhadap intervensi keperawatan dan medis
  - Mengevaluasi respon.

Secara umum, merumuskan intervensi keperawatan dapat disingkat **ONEK** (**O**bservasi, **N**ursing/ Keperawatan, **E**dukasi/ Pendidikan/ Pengajaran, dan **K**olaborasi).

### LATIHAN

1. Beberapa hal yang perlu dipertimbangkan sebelum kita menentukan intervensi keperawatan, adalah:
  - a. Menentukan pelaksanaan evaluasi
  - b. Berdasarkan kelas pasien
  - c. Menentukan tujuan dan kriteria hasil
  - d. Berdasarkan asumsi pribadi perawat
  - e. Berdasarkan fasilitas yang ada
2. Spesifik, measurable, achievable, resonable, time adalah unsur-unsur yang harus ada dalam menentukan...
  - a. Diagnosa keperawatan
  - b. Tujuan intervensi
  - c. Implementasi keperawatan
  - d. Dokumentasi keperawatan
  - e. Evaluasi keperawatan
3. Komponen didalam tujuan keperawatan antara lain, kecuali...
  - a. Hasil
  - b. Subjek

- c. Kriteria
  - d. Target waktu
  - e. Masalah
4. Rencana tindakan berupa intervensi mandiri perawat yang bersumber dari ilmu, kiat dan seni keperawatan, merupakan salah satu penerapan dari tipe intervensi keperawatan, yaitu...
- a. *Observation*
  - b. *Nursing treatment*
  - c. *Education/ Health education*
  - d. *Collaboration*
  - e. *Medical chek up*
5. Tipe perencanaan yang bertujuan untuk meningkatkan perawatan diri klien dengan penekanan pada partisipasi klien untuk bertanggungjawab terhadap perawatan diri adalah.....
- a. *Observation*
  - b. *Nursing treatment*
  - c. *Education*
  - d. *Collaboration*
  - e. *Medical treatment*

## RANGKUMAN

1. Diagnosa keperawatan adalah keputusan klinik tentang respon individu, keluarga dan masyarakat tentang masalah kesehatan aktual atau potensial, sebagai dasar seleksi intervensi keperawatan untuk mencapai tujuan asuhan keperawatan sesuai dengan kewenangan perawat.
2. Tahap perumusan diagnosa keperawatan harus sesuai dengan kebutuhan klien. Pada keadaan tertentu perawat akan menemukan banyak diagnosa berdasarkan hasil pengkajian, sehingga penting dalam menentukan prioritas diagnosa. Penentuan prioritas diagnosa bisa dengan membuat daftar diagnosa keperawatan yang ditemukan, dan selanjutnya menyusun diagnosa menurut urutan prioritas.

3. Perencanaan adalah bagian dari fase pengorganisasian dalam proses keperawatan sebagai pedoman untuk mengarahkan tindakan keperawatan dalam usaha membantu, meringankan, memecahkan masalah atau memenuhi kebutuhan klien.
4. Penentuan tujuan pada perencanaan dari proses keperawatan adalah sebagai arah dalam membuat rencana tindakan dari masing-masing diagnosa keperawatan. Tujuan yang dicapai biasanya dinyatakan dalam prinsip SMART (*spesifik, measurable, achievable, rational, dan timeline*). Adapun tipe intervensi keperawatan meliputi: *observation, nursing treatment, education/ health education/ pendidikan kesehatan, collaboration/ kolaborasi/ medical treatment*.
5. Merumuskan intervensi keperawatan Secara umum dapat disingkat **ONEK** (**O**bservasi, **N**ursing/ Keperawatan, **E**dukasi/ Pendidikan/ Pengajaran, dan **K**olaborasi).

**“Sampai Berjumpa Pada Pertemuan  
Selanjutnya”**

## **KUNCI JAWABAN**

### **Latihan 1**

1. Diagnosa keperawatan adalah keputusan klinik tentang respon individu, keluarga dan masyarakat tentang masalah kesehatan aktual atau potensial, sebagai dasar seleksi intervensi keperawatan untuk mencapai tujuan asuhan keperawatan sesuai dengan kewenangan perawat.
2. Dalam penentuan diagnosa keperawatan difokuskan pada: respon klien, tindakan medis, dan faktor lain

### **Latihan 2**

1. C
2. D
3. C
4. A
5. C

### **Latihan 3**

1. C
2. B
3. E
4. B
5. C



# **MODUL 3**

## **PRAKTIKUM**

### **IMPLEMENTASI DAN EVALUASI KEPERAWATAN**

**Penulis**

**Fakhrudin Nasrul Sani**

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

## **MODUL 3**

### **IMPLEMENTASI DAN EVALUASI KEPERAWATAN**

Saat ini Anda sedang mempelajari modul 3 praktikum implementasi dan evaluasi keperawatan. Modul ini akan membahas tentang evaluasi keperawatan. Praktikum di *design* dalam laboratorium dengan menggunakan model/ gambar. Anda akan diminta untuk menyebutkan tahapan penyusunan implementasi dan evaluasi keperawatan. Anda juga diharapkan dapat mendemonstrasikan cara melakukan implementasi dan evaluasi keperawatan.

Setelah mempelajari Modul ini diharapkan Anda mampu menyebutkan melakukan implementasi dan penyusunan evaluasi keperawatan.

Fokus pembahasan pada modul 3 ini adalah bagaimana mahasiswa mempraktikkan cara implementasi dan penyusunan evaluasi keperawatan, yang dibagi menjadi tiga (2) Kegiatan Praktik sebagai berikut:

1. Kegiatan Praktikum 1 (Unit 1): Implementasi Keperawatan
2. Kegiatan Praktikum 2 (Unit 2): Evaluasi Keperawatan

Modul ini berbentuk petunjuk praktikum yang penting digunakan saat Anda mencoba mempraktikkan atau mendemonstrasikan evaluasi keperawatan.

Adapun hal-hal yang harus Anda persiapkan sebelum melakukan praktikum adalah:

1. Pahami tujuan pembelajaran sebagai target yang akan dicapai
2. Pelajari kasus yang tersedia dan pastikan bahwa Anda telah memahami.
3. Baca petunjuk praktikum dengan teliti
4. Siapkan peralatan dan bahan sesuai kebutuhan untuk setiap tindakan/ keterampilan yang akan dipraktikkan.
5. Perhatikan demonstrasi dari tutor dengan baik
6. Catat kesulitan yang Anda alami dan diskusikan dengan teman atau tutor.

Kami mengharap, anda dapat mengikuti keseluruhan kegiatan praktik dalam modul ini dengan baik.

“SELAMAT BELAJAR DAN SUKSES BUAT ANDA”

## KEGIATAN PRAKTIKUM 1 IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Sebelum mengikuti kegiatan praktikum ini, pastikan bahwa Anda telah memahami implementasi keperawatan yang sudah dipelajari pada modul metodologi keperawatan. Kegiatan praktikum 1 ini akan memberikan pengalaman kepada Anda bagaimana membuat implementasi keperawatan. Kegiatan praktikum ini akan membantu Anda untuk memahami implementasi keperawatan.

### URAIAN MATERI

#### A. Pengertian Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Implementasi keperawatan yang diberikan kepada klien terkait dengan dukungan, pengobatan, tindakan untuk memperbaiki kondisi, pendidikan untuk klien dan keluarga, atau tindakan untuk mencegah masalah kesehatan yang muncul dikemudian hari. Pelaksanaan implementasi berpusat kepada kebutuhan klien, faktor-faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan keperawatan, strategi implementasi keperawatan, dan kegiatan komunikasi.

#### B. Tipe Implementasi

Terdapat tiga kategori dari implementasi keperawatan, antara lain:

1. **Cognitive implementations**, meliputi pengajaran atau pendidikan, menghubungkan tingkat pengetahuan *klien* dengan kegiatan sehari-hari, membuat strategi untuk klien dengan disfungsi komunikasi, memberikan umpan balik, mengawasi tim keperawatan, mengawasi penampilan klien dan keluarga,

serta menciptakan lingkungan sesuai kebutuhan, dan lain lain.

2. ***Interpersonal implementations***, meliputi koordinasi kegiatan-kegiatan, meningkatkan pelayanan, menciptakan komunikasi terapeutik, menetapkan jadwal personal, pengungkapan perasaan, memberikan dukungan spiritual, bertindak sebagai advokasi klien, *role model*, dan lain lain.
3. ***Technical implementations***, meliputi pemberian perawatan kebersihan kulit, melakukan aktivitas rutin keperawatan, menemukan perubahan data dasar klien, mengorganisir respons klien yang abnormal, melakukan tindakan keperawatan mandiri, kolaborasi, dan rujukan, dan lain-lain.

### C. Jenis Implementasi Keperawatan

Dalam pelaksanaannya terdapat tiga jenis implementasi keperawatan, yaitu:

#### 1. *Independent Implementations*

Implementasi yang dibuat sendiri oleh perawat untuk membantu klien dalam mengatasi masalahnya sesuai dengan kebutuhan, misalnya: membantu dalam memenuhi *activity daily living* (ADL), memberikan perawatan diri, mengatur posisi tidur, menciptakan lingkungan yang terapeutik, memberikan dorongan motivasi, pemenuhan kebutuhan psiko-sosio-spiritual, perawatan alat invasive yang dipergunakan klien, melakukan dokumentasi, dan lain-lain.

#### 2. *Interdependen atau Collaborative Implementations*

Implementasi keperawatan atas dasar kerjasama sesama tim keperawatan atau dengan tim kesehatan lainnya. Contohnya dalam hal pemberian obat oral, obat injeksi, infus, kateter urin, *naso gastric tube* (NGT), dan lain-lain. Tindakan kerjasama ini misalnya dalam pemberian obat injeksi, jenis obat, dosis, dan efek samping merupakan tanggungjawab dokter tetapi benar obat, ketepatan jadwal pemberian, ketepatan cara pemberian, ketepatan dosis pemberian, dan ketepatan klien, serta respons klien setelah pemberian merupakan tanggung jawab dan menjadi perhatian perawat.

#### 3. *Dependent Implementations*

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

#### D. Tahap Dalam Implementasi

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

##### 1. Tahap persiapan

- a. Menggali perasaan, analisis kekuatan dan keterbatasan professional sendiri.
- b. Memahami rencana keperawatan secara baik.
- c. Menguasai keterampilan teknis keperawatan.
- d. Memahami rasional ilmiah dari tindakan yang akan dilakukan.
- e. Mengetahui sumber daya yang diperlukan.

##### 2. Tahap pelaksanaan

- a. Mengkomunikasikan atau menginformasikan kepada klien tentang keputusan tindakan keperawatan yang akan dilakukan oleh perawat.
- b. Memberikan kesempatan kepada klien untuk mengekspresikan perasaannya terhadap penjelasan yang telah diberikan oleh perawat.
- c. Menerapkan pengetahuan intelektual, kemampuan hubungan antar manusia dan kemampuan teknis keperawatan dalam pelaksanaan tindakan keperawatan yang diberikan oleh perawat.
- d. Hal-hal yang perlu diperhatikan pada saat pelaksanaan tindakan adalah energi klien, pencegahan kecelakaan dan komplikasi, rasa aman, privasi, kondisi klien, respons klien terhadap tindakan yang telah diberikan.

##### 3. Tahap terminasi

- a. Memperhatikan respons klien terhadap tindakan keperawatan yang telah diberikan.
- b. Meninjau kemajuan klien dari tindakan keperawatan yang telah diberikan.
- c. Merapikan peralatan dan lingkungan klien dan lakukan terminasi.
- d. Melakukan pendokumentasian.

#### E. Pertimbangan dalam Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan memerlukan beberapa pertimbangan, antara lain:

1. Individualitas klien, dengan mengkomunikasikan dasar dari suatu implementasi keperawatan yang akan dilakukan.
2. Melibatkan klien dengan mempertimbangkan penyakitnya, hakikat *stressor*,

keadaan psiko-sosio-kultural, pengertian terhadap penyakit dan intervensi.

3. Pencegahan terhadap komplikasi yang mungkin terjadi.
4. Mempertahankan kondisi tubuh agar penyakit tidak menjadi lebih parah serta upaya peningkatan kesehatan.
5. Upaya rasa aman dan bantuan kepada klien dalam memenuhi kebutuhannya.
6. Penampilan perawat yang bijaksana dari segala kegiatan yang dilakukan kepada klien.

#### F. Prinsip Implementasi Keperawatan

Beberapa pedoman atau prinsip dalam pelaksanaan implementasi keperawatan adalah sebagai berikut:

1. Berdasarkan respons klien.
2. Berdasarkan ilmu pengetahuan, hasil penelitian keperawatan, standar pelayanan profesional, hukum dan kode etik keperawatan.
3. Berdasarkan penggunaan sumber-sumber yang tersedia.
4. Sesuai dengan tanggung jawab dan tanggung gugat profesi keperawatan.
5. Dapat menciptakan adaptasi dengan klien sebagai individu dalam upaya meningkatkan peran serta untuk merawat diri sendiri (self care).
6. Menekankan pada aspek pencegahan dan upaya peningkatan status kesehatan.
7. Menjaga rasa aman, harga diri dan melindungi klien.
8. Memberikan pendidikan, dukungan dan bantuan.
9. Bersifat holistik.
10. Kerjasama dengan profesi lain.
11. Melakukan dokumentasi

#### G. Metode Implementasi

Metode implementasi keperawatan antara lain:

1. Membantu Dalam Aktivitas Kehidupan Sehari-hari.

Aktivitas Kehidupan Sehari-hari (AKS) merupakan aktivitas yang biasanya dilakukan sepanjang hari, seperti: ambulasi, makan, berpakaian, mandi, menyikat gigi dan berhias. Kondisi yang mengakibatkan kebutuhan AKS dapat bersifat akut, kronis, temporer, permanen, contoh, klien pascaoperatif yang tidak mampu untuk secara mandiri menyelesaikan semua AKS. Sementara terus beralih

melewati periode pascaoperatif, klien secara bertahap ketergantungan terhadap perawat berkurang.

## 2. Konseling

Konseling merupakan metode implementasi yang membantu klien menggunakan proses pemecahan masalah untuk menangani stres dan yang memudahkan hubungan interpersonal diantara klien, keluarganya, dan tim perawatan kesehatan. Klien dengan diagnosa psikiatrik membutuhkan terapi oleh perawat yang mempunyai keahlian dalam keperawatan psikiatrik oleh pekerja sosial, psikiater dan psikolog.

## 3. Penyuluhan

Menyajikan prinsip prosedur dan teknik yang tepat tentang perawatan kesehatan untuk klien dan untuk menginformasikan klien tentang status kesehatannya.

## 4. Memberikan asuhan keperawatan langsung

Untuk mencapai tujuan terapeutik klien, perawat melakukan intervensi untuk mengurangi reaksi yang merugikan dengan menggunakan tindakan pencegahan dan preventif dalam memberikan asuhan.

### Contoh Format Dokumentasi Implementasi Keperawatan

No Diagnosa Keperawatan	Hari/ Tanggal/ Jam	Tindakan	Paraf

### Pedoman Pengisian Format Pelaksanaan Tindakan Keperawatan

#### a. Nomor diagnosis keperawatan.

Tuliskan nomor diagnosis keperawatan sesuai dengan masalah yang sudah teridentifikasi dalam format diagnosis keperawatan.

#### b. Tanggal atau jam

Tuliskan tanggal, bulan, dan jam pelaksanaan tindakan keperawatan.

#### c. Tindakan

1) Tuliskan nomor urut tindakan.

2) Tindakan dituliskan berdasarkan urutan pelaksanaan tindakan.

3) Tuliskan tindakan yang dilakukan beserta hasil atau respons yang jelas.

4) Jangan lupa menuliskan nama atau jenis obat, dosis, cara memberikan, dan instruksi medis yang lain dengan jelas.

- 5) Jangan menuliskan istilah sering, kecil, besar, atau istilah lain yang dapat menimbulkan persepsi yang berbeda atau masih menimbulkan pertanyaan. Contoh: memberi makan lebih sering dari biasanya. Lebih baik tuliskan pada jam berapa saja memberikan makan dan dalam berapa porsi makanan diberikan.
- 6) Tindakan pendidikan kesehatan tulislah “melakukan penkes tentang laporan penkes terlampir”. Apabila penkes dilakukan secara singkat tulislah tindakan dan respons pasien setelah penkes dengan jelas.
- 7) Paraf. Tuliskan paraf dan nama terang.

**Contoh masalah**

Tuan Andika, laki-laki berusia 58 tahun, masuk di unit bedah dari ruang pemulihan setelah pemasangan pen pada tangan kanannya, akibat terjatuh saat bersepeda. Program medis pasca operasi untuk Tuan Andika adalah sebagai berikut: kateter foley untuk drainase berat jenis, 2% NaCl dengan KCL20 mEq untuk di infuskan selama 8 jam, Morfin sulfat 6-8, IM setiap 3-4 jam, bila nyeri.

No Diagnosa Keperawatan	Hari/Tanggal/Jam	Tindakan	Paraf
Dx. 1	Senin, 19-06-2019 07.30 08.00 08.15 08.20 09.00 09.30	Mengukur tingkat kesadaran: GCS 1-1-1, reaksi pupil terhadap cahaya (+) isokor. Suhu 38C, nadi 94x/ menit, tekanan darah 180/ 120mmHg Merapikan tempat tidur, meja dan pakaian klien Memantau cairan infuse: Nacl 0,9% 20 tetes/ menit Mengukur suhu 38,9C dan nadi 100x/ menit Melakukan kolaborasi dengan dokter saat visit: rencana untuk CT scan dst.	

**LATIHAN**

1. Membuat strategi untuk klien dengan disfungsi komunikasi merupakan implementasi keperawatan katagori ....
  - a. *Cognitive implementation*

- b. *Dependen implementation*
  - c. *Interpersonal implementation*
  - d. *Interdependen implementation*
  - e. *Dependen Interpersonal*
2. Menciptakan komunikasi terapeutik merupakan salah satu bentuk implementasi keperawatan kategori...
    - a. *Interdependen implementation*
    - b. *Technical implementation*
    - c. *Interpersonal implementation*
    - d. *Cognitif implementation*
    - e. *Psikomotor implementation*
  3. Jenis implementasi keperawatan yang termasuk kedalam interdependen implementation, kecuali ....
    - a. Pemberian obat oral
    - b. Pemasangan kateter
    - c. Pemasangan NGT
    - d. Pendidikan kesehatan
    - e. Pemeriksaan laboratorium
  4. Keterkaitan dalam pemberian obat yang menjadi tanggungjawab perawat adalah ....
    - a. Jenis obat
    - b. Ketepatan dosis
    - c. Ketepatan jadwal pemberian
    - d. Penanganan efek samping
    - e. Penentuan cara pemberian obat
  5. Berikut yang bukan termasuk hal-hal yang perlu diperhatikan perawat dalam tahap pelaksanaan implementasi ....
    - a. Mengkomunikasikan atau menginformasikan kepada klien tentang keputusan tindakan keperawatan yang akan dilakukan oleh perawat.
    - b. Memberikan kesempatan kepada klien untuk mengekspresikan perasaannya
    - c. Menerapkan pengetahuan intelektual dan kemampuan teknis keperawatan dalam pelaksanaan tindakan keperawatan yang diberikan oleh perawat.
    - d. Menjelaskan pencegahan kecelakaan dan komplikasi yang mungkin terjadi

e. Melakukan pendokumentasian dengan benar

### RANGKUMAN

1. Implementasi keperawatan merupakan serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan.
2. Terdapat tiga kategori dari implementasi keperawatan, yaitu: *cognitive implementations*, *interpersonal implementations*, dan *technical implementations*.
3. Dalam pelaksanaannya terdapat tiga jenis implementasi keperawatan, yaitu: *independent implementations*, *interdependen atau collaborative implementations*, dan *dependent implementations*.
4. Metode implementasi keperawatan antara lain: membantu dalam aktivitas kehidupan sehari-hari, konseling, penyuluhan, dan memberikan asuhan keperawatan langsung.

**“Sampai Berjumpa Pada Pertemuan  
Selanjutnya”**

## **KEGIATAN PRAKTIKUM 2**

### **EVALUASI KEPERAWATAN**

Sebelum mengikuti kegiatan praktikum ini, pastikan bahwa Anda telah memahami evaluasi keperawatan yang sudah dipelajari pada modul metodologi keperawatan. Kegiatan praktikum 2 ini akan memberikan pengalaman kepada Anda bagaimana membuat evaluasi keperawatan. Kegiatan praktikum ini akan membantu Anda untuk memahami evaluasi keperawatan.

#### **URAIAN MATERI**

##### **A. Definisi evaluasi keperawatan**

Evaluasi adalah penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan. Evaluasi mengacu kepada penilaian, tahapan dan perbaikan. Dalam evaluasi, perawat menilai reaksi klien terhadap intervensi yang telah diberikan dan menetapkan apa yang menjadi sasaran dari rencana keperawatan dapat diterima. Perawat menetapkan kembali informasi baru yang diberikan kepada klien untuk mengganti atau menghapus diagnosa keperawatan, tujuan atau intervensi keperawatan. Evaluasi juga membantu perawat dalam menentukan target dari suatu hasil yang ingin dicapai berdasarkan keputusan bersama antara perawat dan klien. Evaluasi berfokus pada individu klien dan kelompok dari klien itu sendiri. Kemampuan dalam pengetahuan standar asuhan keperawatan, respon klien yang normal terhadap tindakan keperawatan.

##### **B. Klasifikasi Evaluasi Keperawatan**

Evaluasi keperawatan dibedakan menjadi dua, yaitu:

### 1. Evaluasi formatif

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

### 2. Evaluasi sumatif

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

## C. Tujuan evaluasi keperawatan

Tujuan dilakukannya evaluasi keperawatan adalah

1. Mengakhiri rencana tindakan keperawatan
2. Memodifikasi rencana tindakan keperawatan
3. Meneruskan rencana tindakan keperawatan

## D. Proses evaluasi keperawatan

Beberapa tahapan dalam pelaksanaan evaluasi keperawatan:

### 1. Mengukur pencapaian tujuan

a. Tujuan dari aspek kognitif, dapat dilakukan dengan cara:

#### 1) Interview/ Tanya jawab

Menanyakan kembali apa yang telah dijelaskan perawat untuk mengklarifikasi pemahaman klien dan atau keluarga terhadap pengetahuan yang diberikan.

#### 2) Tulis

Teknik evaluasi ini jarang digunakan pada pendidikan kesehatan individual. Umumnya dipakai untuk mengevaluasi tindakan pendidikan kesehatan pada kelompok.

b. Tujuan dari aspek afektif

Untuk mengukur pencapaian tujuan dari aspek afektif.

1) Observasi, melakukan pengamatan secara langsung pada perubahan emosional klien.

2) Feed back dari tim kesehatan lain berupa umpan balik, masukan, dan pengamatan dari staf lain dapat juga dipakai sebagai salah satu informasi tentang aspek afektif klien.

3) Psikomotor, dengan mengukur perubahan aspek psikomotor dapat dilakukan melalui observasi secara langsung terhadap perubahan perilaku klien.

4) Perubahan fungsi tubuh. Untuk mengukur perubahan fungsi tubuh dilakukan dalam 3 cara, yaitu observasi, interview, dan pemeriksaan fisik.

## 2. Penentuan keputusan

a. Klien telah mencapai hasil yang telah ditentukan dalam tujuan. Kondisi ini akan dicapai apabila semua data yang ditentukan dalam kriteria hasil sudah terpenuhi.

b. Klien masih dalam proses mencapai hasil yang ditentukan. Kondisi ini dicapai apabila sebagian saja dari kriteria hasil yang ditentukan terpenuhi.

c. Klien tidak dapat mencapai hasil yang telah ditentukan. Kondisi ini ditentukan apabila hanya sebagian kecil atau tidak ada sama sekali dari kriteria hasil yang dapat dipenuhi.

## E. Komponen evaluasi keperawatan

### 1. S: *Subjective*

Data subjektif, berupa keluhan pasien yang masih dirasakan setelah dilakukan tindakan keperawatan.

### 2. O: *Objective*

Data objektif, data berdasarkan hasil pengukuran atau observasi perawat langsung pada klien setelah dilakukan tindakan keperawatan.

### 3. A: Analisis

Intrepretasi dari data subjektif dan data objektif.

### 4. P: *Planning*

Perencanaan keperawatan yang dilanjutkan, dihentikan, dimodifikasi atau ditambahkan dari rencana tindakan keperawatan yang telah ditentukan sebelumnya. Tindakan yang telah menunjukkan hasil memuaskan dan tidak memerlukan pengulangan umumnya dihentikan. Tindakan yang perlu dilanjutkan adalah tindakan masih kompeten untuk menyelesaikan masalah klien dan membutuhkan waktu untuk mencapai keberhasilannya. Tindakan yang perlu dimodifikasi adalah tindakan yang dirasa dapat membantu menyelesaikan masalah klien tetapi perlu ditingkatkan kualitasnya atau mempunyai alternative pilihan yang diduga dapat membantu mempercepat proses penyembuhan.

5. I: Implementasi

Merupakan tindakan keperawatan yang dilakukan sesuai dengan instruksi yang telah teridentifikasi dalam komponen P (perencanaan). Tanggal dan jam dituliskan dalam evaluasi.

6. E: Evaluasi

Merupakan respon klien setelah dilakukan tindakan keperawatan

7. R: *Reassessment*

Merupakan pengkajian ulang yang dilakukan terhadap perencanaan setelah diketahui hasil evaluasi, apakah rencana tindakan perlu dilanjutkan, dimodifikasi, atau dihentikan.

***Latihan 4.***

Coba Anda sebutkan komponen dalam evaluasi keperawatan!

Setelah mencoba menjawab latihan 4 .diatas, selanjutnya cocokkan dengan jawaban berikut ini:

***Jawaban latihan 4.***

*Komponen dalam evaluasi keperawatan adalah Subjective, Objective, Analisis, Planning, Implementasion, Evaluation, Reassesment.*

## LATIHAN

1. Salah satu tujuan dari evaluasi keperawatan adalah .....

  - a. Membantu perawat dalam menentukan masalah keperawatan
  - b. Membantu perawat dalam rencana keperawatan
  - c. Membantu perawat dalam menentukan prioritas masalah keperawatan
  - d. Membantu dalam proses pengkajian
  - e. Membantu perawat dalam menentukan target dari suatu hasil yang ingin dicapai

2. Evaluasi yang berisi rekapan terakhir secara paripurna dari proses keperawatan, merupakan salah satu bentuk evaluasi keperawatan yaitu...

  - a. Evaluasi tindakan
  - b. Evaluasi sumatif
  - c. Evaluasi formatif
  - d. Evaluasi tim keperawatan
  - e. Evaluasi harian

3. Evaluasi berupa catatan perkembangan pasien, merupakan salah satu bentuk evaluasi keperawatan yaitu...
  - a. Evaluasi tindakan
  - b. Evaluasi sumatif
  - c. Evaluasi formatif
  - d. Evaluasi tim keperawatan
  - e. Evaluasi manajemen keperawatan
4. Tujuan dari evaluasi keperawatan adalah
  - a. Menentukan prioritas masalah keperawatan
  - b. Mengakhiri rencana tindakan keperawatan
  - c. Merencanakan tindakan keperawatan
  - d. Menentukan kriteria hasil
  - e. Membantu perawat dalam rencana keperawatan
5. Data yang diperoleh berdasarkan hasil pengukuran atau observasi perawat langsung pada klien setelah dilakukan tindakan keperawatan, merupakan salah satu komponen dari evaluasi keperawatan yaitu...
  - a. *Subjective*
  - b. *Planning*
  - c. Implementasi
  - d. *Reassessment*
  - e. *Objective*

#### RANGKUMAN

1. Evaluasi adalah penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan.
2. Klasifikasi Evaluasi Keperawatan dibedakan menjadi dua, yaitu: evaluasi formatif dan evaluasi sumatif.
3. Tujuan dilakukannya evaluasi keperawatan adalah mengakhiri rencana tindakan keperawatan, memodifikasi rencana tindakan keperawatan, dan meneruskan rencana tindakan keperawatan
4. Komponen dalam evaluasi keperawatan terdiri dari: *subjective, objective, analisis, planning, implementasion, evaluation, reassesment.*

**“Sampai Berjumpa Pada Pertemuan  
Selanjutnya”**

**KUNCI JAWABAN**

**Latihan 1**

1. A
2. C
3. D
4. C
5. E

**Latihan 2**

1. E
2. B
3. C
4. B
5. E

## DAFTAR PUSTAKA

- Asmadi. (2008). *Konsep Dasar Keperawatan*. Jakarta : EGC.
- Hidayat, Aziz Alimul,A. (2008). *Pengantar Konsep Dasar Keperawatan, Edisi ke 2*. Jakarta: Salemba Medika.
- Hidayat, Aziz Alimul,A & Uliyah, Musrifatul. (2014). *Pengantar kebutuhan dasar manusia. Edisi 2*. Jakarta: Salemba Medika.
- Kozier. (2011). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan Konsep, Proses dan Praktik Edisi 7*. Jakarta: EGC.
- Mubarak dan Chayatin. (2011). *Buku Ajar Kebutuhan Dasar Manusia*. Jakarta: EGC.
- Nursalam. (2014). *Proses dan Dokumentasi Keperawatan Konsep dan Praktik*. Jakarta: Salemba Medika.
- Nursalam. (2016). *Dokumentasi Keperawatan*. Jakarta: Pusdik SDM Kemenkes RI
- Potter dan Perry. (2017). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan; Konsep, Proses, dan Praktik. Edisi 6*. Jakarta: EGC.
- Rendy, M. Clevo. (2013). *Buku Saku Ketrampilan Dasar Keperawatan*. Yogyakarta: Nuha Medika.