

**Buku Ajar**  
**Proses Keperawatan & Berpikir Kritis:**  
**Persiapkan Diri Menjadi Perawat**  
**Penanggung Jawab Asuhan (PPJA)**  
**di Era Akreditasi Rumah Sakit**

Jilid 1

**Fitri Ayatul Azlina**  
**Herry Setiawan**  
**Eka Santi**



**Buku Ajar**  
**Proses Keperawatan & Berpikir Kritis:**  
**Persiapkan Diri Menjadi Perawat**  
**Penanggung Jawab Asuhan (PPJA)**  
**di Era Akreditasi Rumah Sakit**

Jilid 1

**Fitri Ayatul Azlina**  
**Herry Setiawan**  
**Eka Santi**

Editor: Hasrul Satria Nur

Diterbitkan oleh: **Lambung Mangkurat University Press, 2023**  
d/a Pusat Pengelolaan Jurnal dan Penerbitan ULM  
Lantai 2 Gedung Perpustakaan Pusat ULM  
Jl. Hasan Basri, Kayutangi, Banjarmasin, 70123  
Telp/Fax. 0511-3305195  
ANGGOTA APPTI (004.035.1.03.2018)

**Hak cipta dilindungi oleh Undang-undang**

Dilarang memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini tanpa izin tertulis dari Penerbit, kecuali untuk kutipan singkat demi penelitian ilmiah atau resensi

i-xix + 254 hal, 18,2 x 25,7 cm  
Cetakan Pertama, Juli 2023

ISBN: .....

# **PRAKATA**

Ide pembuatan Buku Ajar ini berawal dari sebuah pemikiran bahwa selama puluhan tahun berdiri Program Studi Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat telah meluluskan banyak perawat profesional yang mampu berkarya di dunia klinik dan mempunyai profesionalisme yang tinggi. Tentunya program studi telah bersentuhan dengan hajat hidup banyak orang khususnya pasien yang memerlukan asuhan keperawatan, hal ini sejalan dengan materi ajar yang diberikan selama perkuliahan yaitu proses keperawatan. Namun, materi ajar yang telah disampaikan berpuluh-puluh tahun tersebut belum terdokumentasi dengan baik sebagai sebuah Buku Ajar yang dapat digunakan sebagai panduan dalam pelaksanaan proses belajar dan mengajar.

Buku Ajar ini disusun bertujuan agar mahasiswa keperawatan dan dosen keperawatan dalam kegiatan belajar mengajar dapat memperoleh gambaran umum serta dapat menjadikan Buku Ajar ini sebagai panduan pelaksanaan proses pembelajaran dalam mata kuliah Proses Keperawatan & Berpikir Kritis dengan menggunakan kurikulum perguruan tinggi berdasarkan Kurikulum AIPNI 2021.

Buku Ajar mata kuliah Proses Keperawatan & Berpikir Kritis terdiri dari 2 jilid yang berisikan masing-masing sebanyak 7 Bab sehingga total di kedua Buku Ajar terdapat 14 Bab yang bersesuaian dengan Rencana Pembelajaran Semester mata

kuliah Proses Keperawatan & Berpikir Kritis. Buku Ajar jilid 1 ini berisikan mulai dari Bab 1 sampai dengan Bab 7, diharapkan materi ajar yang tersaji dalam Buku Ajar ini akan menuntun mahasiswa untuk mencapai kompetensi yang diharapkan yaitu mempunyai kompetensi utama sebagai seorang Perawat Penanggung Jawab Asuhan (PPJA) di era akreditasi rumah sakit dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien anak, dewasa dan lanjut usia.

Dalam Buku Ajar jilid 1 ini, tertulis bagaimana pentingnya proses keperawatan yang dilandasi dengan kemampuan berpikir kritis dalam menentukan penyelesaian terhadap masalah keperawatan yang dihadapi, memperkenalkan proses keperawatan mulai dari tahapan pentingnya mengenali teori keperawatan yang mendasari asuhan keperawatan, asesmen keperawatan, perencanaan keperawatan yang dimulai dari penegakan diagnosis keperawatan, penentuan luaran keperawatan serta pemilihan intervensi keperawatan.

Buku Ajar ini dapat digunakan oleh mahasiswa selama pendidikan keperawatan. Buku Ajar ini juga dapat digunakan sebagai referensi perawat profesional yang telah bekerja di berbagai tatanan klinik mengingat materi yang tersaji di dalamnya telah disesuaikan dengan tren dan isue terkini terkait akreditasi rumah sakit sesuai Standar Akreditasi Rumah Sakit Kementerian Kesehatan (STARKES) yang menempatkan posisi perawat sebagai pemeran penting dalam asuhan terintegrasi di dalam konsep *Patient Center Care* (PCC).

Selain merujuk pada Rencana Pembelajaran Semester (RPS) yang ada di mata kuliah Proses Keperawatan & Berpikir Kritis, Buku Ajar ini telah mengakomodir terkait peraturan perundang-undangan dan hal terkait Standar Akreditasi Rumah Sakit Kementerian Kesehatan (STARKES). Sehingga membuat Buku Ajar ini menjadi referensi utama yang pastinya sangat baik sebagai bekal mahasiswa dalam mempersiapkan diri sebagai perawat profesional untuk dapat langsung diserap dunia kerja di tatanan klinik setelah lulus dari pendidikan keperawatan.

Tim penulis sadar, masih banyak kekurangan dan kekeliruan yang tentu saja jauh dari sempurna tentang Buku Ajar ini. Oleh sebab itu, tim penulis mohon agar pembaca memberikan kritik dan saran terhadap karya Buku Ajar ini agar tim penulis dapat terus meningkatkan kualitas penulisan ke depannya.

Demikian Buku Ajar ini ditulis dan terbitkan dengan harapan agar pembaca dapat memahami informasi dan juga mendapatkan wawasan mengenai proses keperawatan serta dapat bermanfaat bagi masyarakat dalam arti luas. Semoga Buku Ajar ini dapat berguna dan bermanfaat bagi kita semua. Aamiin Ya Rabbal 'Aalamiin.

Banjarbaru, Juli 2023

Penulis,

## **KATA PENGANTAR EDITOR**

Editor sangat mengapresiasi atas terbitnya sebuah karya buku non-fiksi ilmiah dalam kategorisasi buku teks ataupun dalam peristilahan lain buku ajar yang berjudul “Buku Ajar Proses Keperawatan & Berpikir Kritis: Persiapkan Diri Menjadi Perawat Penanggung Jawab Asuhan (PPJPA) di Era Akreditasi Rumah Sakit”. Sudah barang tentu kehadiran sebuah karya buku ini memberikan dampak yang positif bagi proses pembelajaran pada Program Studi Keperawatan dan ataupun juga pada bidang ilmu yang serumpun, seperti halnya Program Studi Kesehatan Masyarakat, dan ataupun pada bidang keilmuan sejenis yang memiliki kekerabatan terdekat dalam bidang ilmu Kesehatan. Lebih lanjut editor menyampaikan bahwa buku ajar ini telah dilakukan proses penyuntingan baik secara mekanik dan substantif.

Proses penyuntingan mekanik yang telah dilakukan oleh editor, meliputi aspek kelengkapan sebuah buku, tata letak, dan aspek kebahasaan. Dalam hal kelengkapan sebuah buku, buku ajar ini telah layak dikatakan sebagai sebuah buku ajar hal ini didasarkan pada aspek mendasar dari sebuah penulisan buku ajar yang bersumber pada kurikulum dan silabus mata kuliah yang tersaji pada program studi yang bersangkutan, yaitu Program Studi Keperawatan. Selanjutnya, dari aspek tata letak buku ini sudah sangat berkesesuaian dalam persyaratan sebuah buku yang harus memenuhi 3 (tiga) aspek anatomi buku, yakni

pada buku ini telah memenuhi unsur bagian awal buku (*front matter*), bagian isi buku (*text matter*), dan bagian akhir buku (*post matter*). Dengan demikian buku ajar ini sudah sangat layak untuk menjadi buku pegangan mahasiswa dalam proses perkuliahan dan pembelajaran. Hal ini dikarenakan pada penyajian buku ajar ini juga telah disajikan sesuai format buku ajar, yang mana sebuah buku ajar umumnya dalam penyajiannya harus mencantumkan deskripsi singkat, relevansi, dan kompetensi. Sedangkan dari aspek kebahasaan, pada buku ini juga telah dilakukan proses swasunting dan penyuntingan yang meliputi aspek tata bahasa dan struktur bahasa.

Berikutnya, dari aspek substantif buku ini juga telah dilakukan penyuntingan terhadap aspek konten isi buku yang sangat berkesesuaian terhadap judul buku. Buku ajar proses keperawatan & berpikir kritis ini merupakan sebuah buku ajar yang ditulis oleh para penulis yang juga sebagai pengampu mata kuliah tersebut. Oleh karenanya, berdasarkan penyuntingan editor bahwa dalam buku ini telah juga memenuhi aspek substantif terhadap judul buku, melainkan juga dari kompetensi penulis yang juga merupakan penulis yang berlatar belakang ilmu keperawatan (Ners). Selanjutnya, pada buku ini secara substantif telah ditulis oleh penulis secara runtut dan terstruktur. Secara struktur buku ini telah ditulis oleh penulis sebanyak 7 (tujuh) bab, dimana setiap bab juga terdiri atas sub bab. Adapun bab dalam buku ini tersajikan mulai dari materi tentang konsep berpikir kritis dalam keperawatan, pengambilan keputusan klinis dalam praktik keperawatan, konsep dasar proses keperawatan,

proses keperawatan: asesmen keperawatan, konsep dan prinsip pengumpulan data serta perumusan masalah keperawatan, konsep dan prinsip perumusan diagnosis keperawatan, serta konsep domain dan kelas pada *NANDA-International*.

Berdasarkan proses telaah dan penyuntingan mengenai kelayakan sebuah buku ajar, maka editor yang telah melakukan proses penyuntingan terhadap sebuah judul buku ini, mengapresiasi dan mendukung sepenuhnya untuk terbitnya buku sejenis dan ataupun buku yang dapat diterbitkan dalam bentuk buku ilmiah populer. Buku ini sangat layak untuk dibaca dan dijadikan sebagai sumber buku pegangan yang dapat dijadikan pedoman selama mengikuti perkuliahan. Utamanya dalam mata kuliah “Proses Keperawatan & Berpikir Kritis”, dalam hal sub topik mengenai bagaimana mempersiapkan diri menjadi seorang Perawat Penanggung Jawab Asuhan (PPJA) di era akreditasi rumah sakit. Dengan demikian, melalui keberadaan buku ini dapat menjadikan sumber bacaan lainnya selain buku-buku yang sejenis dan relevan dengan topik bagaimana menjadi seorang perawat yang berpikir kritis di era modern guna menjawab dan menjadi pelayan masyarakat yang profesional.

Banjarbaru, Juli 2023

Hasrul Satria Nur (Editor LMU Pess & Asesor LSP PEP Jakarta)



# DAFTAR ISI

|   |      |
|---|------|
| HALAMAN JUDUL .....   | i    |
| BALIK HALAMAN JUDUL .....   | ii   |
| PRAKATA .....   | iii  |
| KATA PENGANTAR EDITOR .....   | vi   |
| DAFTAR ISI .....  | ix   |
| DAFTAR GAMBAR .....   | xiii |
| TINJAUAN MATA KULIAH .....  | xv   |
| PETA KOMPETENSI .....   | xix  |
| BAB 1. Konsep Berpikir Kritis Dalam Keperawatan .....   | 1    |
| 1.1. Deskripsi Singkat .....  | 1    |
| 1.2. Relevansi .....  | 1    |
| 1.3. Kompetensi .....   | 2    |
| 1.4. Konsep dan Formula Berpikir Kritis .....   | 3    |
| 1.5. Konsep untuk Pemikir Kritis dan Komponen Berpikir Kritis .....   | 8    |
| 1.6. Mengembangkan Kemampuan Berpikir Kritis, Tahap Perkembangan Kognitif, dan Strategi dalam Mengembangkan dan Aplikasi dari Berpikir Kritis .....                         | 12   |
| 1.7. Keterampilan, Kreativitas dan Tahapan Berpikir Kritis..  | 15   |
| 1.8. Model Berpikir Kritis .....  | 20   |
| 1.9. Konsep <i>Basic and Complex Critical Thinking</i> dan Konsep <i>Commitment</i> .....   | 29   |
| 1.10. Berpikir Kritis dalam Proses Keperawatan, Persamaan <i>Nursing Process</i> dengan <i>Scientific Method</i> , dan Cara Mengembangkan Keterampilan Berpikir Kritis..... | 33   |
| 1.11. Rangkuman .....   | 36   |
| 1.12. Latihan .....   | 38   |
| 1.13. Bahan Bacaan Pendukung .....  | 42   |
| BAB 2. Pengambilan Keputusan Klinis Dalam Praktik Keperawatan .....   | 44   |
| 2.1. Deskripsi Singkat .....  | 44   |
| 2.2. Relevansi .....  | 44   |
| 2.3. Kompetensi .....   | 46   |
| 2.4. Kegiatan Berpikir Kritis dalam Keperawatan .....   | 47   |

|        |   |     |
|--------|---|-----|
| 2.5.   | Konsep <i>Clinical Judgement</i> dan Kompetensi Berpikir Kritis .....   | 49  |
| 2.6.   | <i>Scientific Method, Problem Solving, dan Decision Making</i> sebagai Bagian dari Berpikir Kritis Umum .....   | 52  |
| 2.7.   | <i>Diagnostic Reasoning, Clinical Interference dan Clinical Decision Making</i> sebagai Bagian dari Berpikir Kritis Spesifik .....                    | 58  |
| 2.8.   | Aplikasi Berpikir Kritis dalam Praktik Keperawatan .....  | 64  |
| 2.9.   | Standar dalam Berpikir Kritis .....   | 68  |
| 2.10.  | Rangkuman .....   | 69  |
| 2.11.  | Latihan .....   | 70  |
| 2.12.  | Bahan Bacaan Pendukung .....  | 74  |
| BAB 3. | Konsep Dasar Proses Keperawatan .....   | 75  |
| 3.1.   | Deskripsi Singkat .....   | 75  |
| 3.2.   | Relevansi .....   | 75  |
| 3.3.   | Kompetensi .....  | 80  |
| 3.4.   | Teori dan Karakteristik Dasar Teori Keperawatan .....   | 81  |
| 3.5.   | Asesmen Keperawatan dan Arti Penting Asesmen Keperawatan .....  | 84  |
| 3.6.   | Perencanaan Keperawatan (Penegakan Diagnosis Keperawatan, Penentuan Luaran Keperawatan, dan Pemilihan Intervensi Keperawatan) .....                   | 86  |
| 3.7.   | Implementasi Keperawatan dan Arti Penting Implementasi Keperawatan .....  | 94  |
| 3.8.   | Evaluasi Keperawatan/Catatan Perkembangan dan Arti Penting Evaluasi Keperawatan .....   | 95  |
| 3.9.   | Rangkuman .....   | 98  |
| 3.10.  | Latihan .....   | 100 |
| 3.11.  | Bahan Bacaan Pendukung .....  | 111 |
| BAB 4. | Proses Keperawatan: Asesmen Keperawatan .....   | 113 |
| 4.1.   | Deskripsi Singkat .....   | 113 |
| 4.2.   | Relevansi .....   | 113 |
| 4.3.   | Kompetensi .....  | 114 |
| 4.4.   | Konsep dan Fokus Asesmen Keperawatan .....  | 115 |
| 4.5.   | Tujuan Pengumpulan Data dan Asesmen Fokus .....   | 117 |
| 4.6.   | Pola Asesmen Keperawatan Meliputi Pendekatan Pemeriksaan Fisik <i>Head-to-Toe</i> , Pendekatan Pemeriksaan Fisik ROS ( <i>Review of System</i> ), dan | 118 |

|        |   |     |
|--------|---|-----|
|        | Pendekatan Pola Fungsi Kesehatan .....  |     |
| 4.7.   | Asesmen sesuai Standar Akreditasi Rumah Sakit .....   | 122 |
| 4.8.   | Jenis-Jenis Asesmen Pasien .....  | 124 |
| 4.9.   | Rangkuman .....   | 128 |
| 4.10.  | Latihan .....   | 130 |
| 4.11.  | Bahan Bacaan Pendukung .....  | 135 |
| BAB 5. | Konsep Dan Prinsip Pengumpulan Data Serta<br>Pemurumusan Masalah Keperawatan .....                        | 136 |
| 5.1.   | Deskripsi Singkat .....   | 136 |
| 5.2.   | Relevansi .....   | 136 |
| 5.3.   | Kompetensi .....  | 137 |
| 5.4.   | Konsep dan Prinsip Pengumpulan Data, Tujuan<br>Pengumpulan Data, dan Sumber Data .....                    | 137 |
| 5.5.   | Data Dasar dan Data Fokus, Tipe Data, dan<br>Karakteristik Data .....                                     | 140 |
| 5.6.   | Metode Pengumpulan Data .....   | 144 |
| 5.7.   | Pedoman dan Pendekatan Pemeriksaan Fisik .....  | 151 |
| 5.8.   | Pedoman dan Cara Analisis Data serta Perumusan<br>Masalah Keperawatan..                                   | 153 |
| 5.9.   | Dokumentasi Analisis Data .....   | 155 |
| 5.10   | Rangkuman .....   | 156 |
| 5.11.  | Latihan .....   | 157 |
| 5.12.  | Bahan Bacaan Pendukung .....  | 163 |
| BAB 6. | Konsep Dan Prinsip Perumusan Diagnosis<br>Keperawatan .....   | 165 |
| 6.1.   | Deskripsi Singkat .....   | 165 |
| 6.2.   | Relevansi .....   | 165 |
| 6.3.   | Kompetensi .....  | 167 |
| 6.4.   | Konsep dan Prinsip Diagnosis Keperawatan,<br>Perbedaan Diagnosis Medis dan Diagnosis<br>Keperawatan ..... | 167 |
| 6.5.   | Berpikir Kritis dalam Penegakan Diagnosis .....   | 169 |
| 6.6.   | Tipe dan Penjelasan Tipe Diagnosis Keperawatan .....  | 171 |
| 6.7.   | Bagian dan Komponen dari Diagnosis Keperawatan...   | 175 |
| 6.8.   | Dokumentasi Diagnosis Keperawatan .....   | 180 |
| 6.9.   | Rangkuman .....   | 181 |
| 6.10.  | Latihan .....   | 182 |
| 6.11.  | Bahan Bacaan Pendukung .....  | 190 |

|                       |  |     |
|-----------------------|--|-----|
| BAB 7.                | Konsep Domain Dan Kelas Pada NANDA-<br><i>International</i> .....  | 192 |
| 7.1.                  | Deskripsi Singkat .....  | 192 |
| 7.2.                  | Relevansi .....  | 192 |
| 7.3.                  | Kompetensi .....   | 194 |
| 7.4.                  | Konsep Domain dan Domain pada NANDA-<br><i>International</i> ..... | 196 |
| 7.5.                  | Konsep Kelas dan Kelas pada NANDA- <i>International</i> ...        | 204 |
| 7.6.                  | Rangkuman .....  | 225 |
| 7.7.                  | Latihan .....  | 225 |
| 7.8.                  | Bahan Bacaan Pendukung .....                                       | 234 |
| GLOSARIUM             | .....  | 241 |
| INDEKS                | .....  | 244 |
| KUNCI JAWABAN LATIHAN | .....  | 247 |
| SINOPSIS              | .....  | 251 |
| TENTANG PENULIS       | .....  | 253 |

# DAFTAR GAMBAR

|              |   |     |
|--------------|---|-----|
| Gambar 1.1.  | Konsep Antisipasi, Aksi dan Refleksi dalam Berpikir Kritis .....                                    | 5   |
| Gambar 1.2.  | Konsep untuk Pemikir Kritis Menurut Facione N, Facione P (1996) .....                               | 8   |
| Gambar 1.3.  | Komponen Berpikir Kritis menurut DeLaune dan Ladner (2010) .....                                    | 10  |
| Gambar 1.4.  | Upaya yang dapat Dilakukan dalam Mengembangkan Kemampuan Berpikir Kritis ....                       | 12  |
| Gambar 1.5.  | Tahapan Perkembangan Kognitif menurut Perry, W. G. (1970) .....                                     | 13  |
| Gambar 1.6.  | Kemampuan Berpikir Kritis menurut Perry Potter  | 15  |
| Gambar 1.7.  | Model Berpikir Kritis menurut Kataoka-Yahiro dan Saylor (1994) .....                                | 24  |
| Gambar 1.8.  | Komponen Berpikir Kritis menurut Kataoka-Yahiro dan Saylor (1994) .....                             | 25  |
| Gambar 1.9.  | <i>Nursing Process</i> sebagai Sebuah Kompetensi dalam Berpikir Kritis .....                        | 33  |
| Gambar 1.10. | Persamaan <i>Nursing Process</i> dan <i>Scientific Method</i> yang Dapat Diamati Secara Langsung .. | 35  |
| Gambar 1.11. | Cara Mengembangkan Keterampilan Berpikir Kritis pada Seorang Perawat .....                          | 35  |
| Gambar 2.1.  | Model <i>Tanner's Clinical Judgement</i> untuk Membangun <i>Clinical Reasoning Skills</i> .....     | 50  |
| Gambar 2.2.  | Model <i>Nursing Skill Development dan Judgment</i>   | 51  |
| Gambar 2.3.  | <i>Scientific Method</i> dalam Berpikir Kritis .....  | 53  |
| Gambar 3.1.  | Siklus Proses Keperawatan dengan Paradigma Lama .....   | 76  |
| Gambar 3.2.  | Siklus Proses Keperawatan dengan Paradigma Baru (Adaptasi dari Herdman, 2013) .....                 | 77  |
| Gambar 5.1.  | Tabel Analisis Data yang Dapat Digunakan Perawat dalam Proses Dokumentasi .....                     | 156 |
| Gambar 6.1.  | Perbandingan antara Diagnosis Medis dan Diagnosis Keperawatan .....                                 | 169 |

|             |  |     |
|-------------|--|-----|
| Gambar 6.2. | Proses Diagnostik dalam Proses Asuhan Keperawatan .....      | 171 |
| Gambar 6.3. | Dokumentasi Diagnosis Keperawatan .....                      | 180 |
| Gambar 7.1. | Domain dan Kelas pada NANDA- <i>International</i> ...        | 194 |
| Gambar 7.2. | Kelas pada NANDA- <i>International</i> Edisi 2021-2023 ..... | 204 |

## TINJAUAN MATA KULIAH

Menjadi hal utama bahwa seorang Perawat Penanggung Jawab Asuhan (PPJA) memiliki peran dan tanggung jawab besar dalam asuhan keperawatan pasien dari *admission to discharge* dalam praktiknya di era akreditasi rumah sakit seperti saat ini. Perkembangan asuhan keperawatan terus berlanjut dan berkembang mengikuti *evidence based practice* dan *evidence based nursing practice* serta peraturan perundang-undangan dan standar-standar yang mengatur tata kelola keperawatan di rumah sakit. Perkembangan ini perlu diperhatikan oleh semua perawat maupun calon perawat yaitu peserta didik di institusi pendidikan keperawatan. Perhatian besar terhadap hal-hal di atas dimaksudkan guna memberikan landasan dan bekal berpijak bagi seorang Perawat Penanggung Jawab Asuhan (PPJA) dalam pengambilan keputusan klinis dalam pelaksanaan asuhan keperawatan serta berpartisipasi dalam asuhan terintegrasi. Asuhan keperawatan dalam pelaksanaannya akan selalu terintegrasi dengan Profesional Pemberi Asuhan (PPA) lainnya di era akreditasi rumah sakit saat ini.

Kondisi era akreditasi rumah sakit seperti sekarang ini, menuntut perawat menjadi profesional di keseharian praktiknya dan diharapkan dapat menjadi Perawat Penanggung Jawab Asuhan (PPJA) yang berkualitas dengan memperhatikan keamanan dan keselamatan pasien. Hal ini cukup beralasan karena perawat merupakan disiplin ilmu paling banyak secara

jumlah dan paling lama berada di sisi pasien selama asuhan terintegrasi berlangsung. Penting untuk Perawat Penanggung Jawab Asuhan (PPJA) memahami peran dan fungsinya di tatanan klinik karena rumah sakit yang merupakan suatu institusi padat karya, padat tanggung jawab, perawat selalu berinteraksi dengan Profesional Pemberi Asuhan (PPA) lainnya dalam asuhan terintegrasi yang menempatkan pasien dan keluarga di tengah asuhan terintegrasi atau sering disebut *Patient Center Care* (PCC).

Pelaksanaan konsep *Patient Center Care* (PCC) oleh Perawat Penanggung Jawab Asuhan (PPJA) sebagai bagian integral Profesional Pemberi Asuhan (PPA) tentunya menuntut profesionalitas perawat, profesionalitas dalam asuhan keperawatan yang diberikan kepada pasien dan keluarga sebagai pusat asuhan. Dalam pelaksanaannya, pemberian asuhan keperawatan pada pasienpun haruslah dilandasi dengan kemampuan perawat dalam berpikir kritis dalam mengambil keputusan klinis (*clinical judgement*). Maka dari itu, Persiapkanlah diri kita menjadi seorang Perawat Penanggung Jawab Asuhan (PPJA) di Era Akreditasi Rumah Sakit.

Mata kuliah Proses Keperawatan & Berpikir Kritis mencoba menjelaskan bagaimana pentingnya profesionalitas Perawat Penanggung Jawab Asuhan (PPJA) dalam asuhan yang mengedepankan kemampuan berpikir kritis, profesionalitas dalam profesi serta memahami peran dan fungsinya. Mata kuliah ini berisi 14 Bab, dimana tiap babnya selain terdapat pembahasan berupa konsep dan teori, juga disajikan



rangkuman, latihan dan tes formatif. Sehingga dengan kelengkapan yang ada pada tiap-tiap Bab dapat mempermudah pembaca dalam memahami mata kuliah Proses Keperawatan & Berpikir Kritis dan sekaligus memantaskan diri menjadi Perawat Penanggung Jawab Asuhan (PPJA).

Dalam Bab 1, Anda diajak memahami terkait kemampuan berpikir kritis dalam keperawatan. Dalam Bab 2, Anda diajak memahami terkait pengambilan keputusan klinik dalam praktik keperawatan. Dalam Bab 3, Anda diajak memahami terkait konsep dasar proses keperawatan. Dalam Bab 4, Anda diajak memahami terkait asesmen (berbagai model pola asesmen keperawatan) dan asesmen sesuai Standar Akreditasi Rumah Sakit. Dalam Bab 5, Anda diajak memahami terkait konsep dan prinsip pengumpulan data serta pemurumusan masalah keperawatan. Dalam Bab 6, Anda diajak memahami terkait konsep dan prinsip perumusan diagnosis keperawatan. Dalam Bab 7, Anda diajak memahami terkait Domain-Kelas NANDA-*International*. Dalam Bab 8, Anda diajak memahami terkait konsep dan prinsip pengambilan keputusan prioritas. Dalam Bab 9, Anda diajak memahami terkait perencanaan keperawatan (penggunaan NOC dan NIC). Dalam Bab 10, Anda diajak memahami terkait penggunaan SDKI sebagai Standar Keperawatan Indonesia. Dalam Bab 11, Anda diajak memahami terkait penggunaan SLKI sebagai Standar Keperawatan Indonesia. Dalam Bab 12, Anda diajak memahami terkait penggunaan SIKI sebagai Standar Keperawatan Indonesia. Dalam Bab 13, Anda diajak memahami terkait implementasi

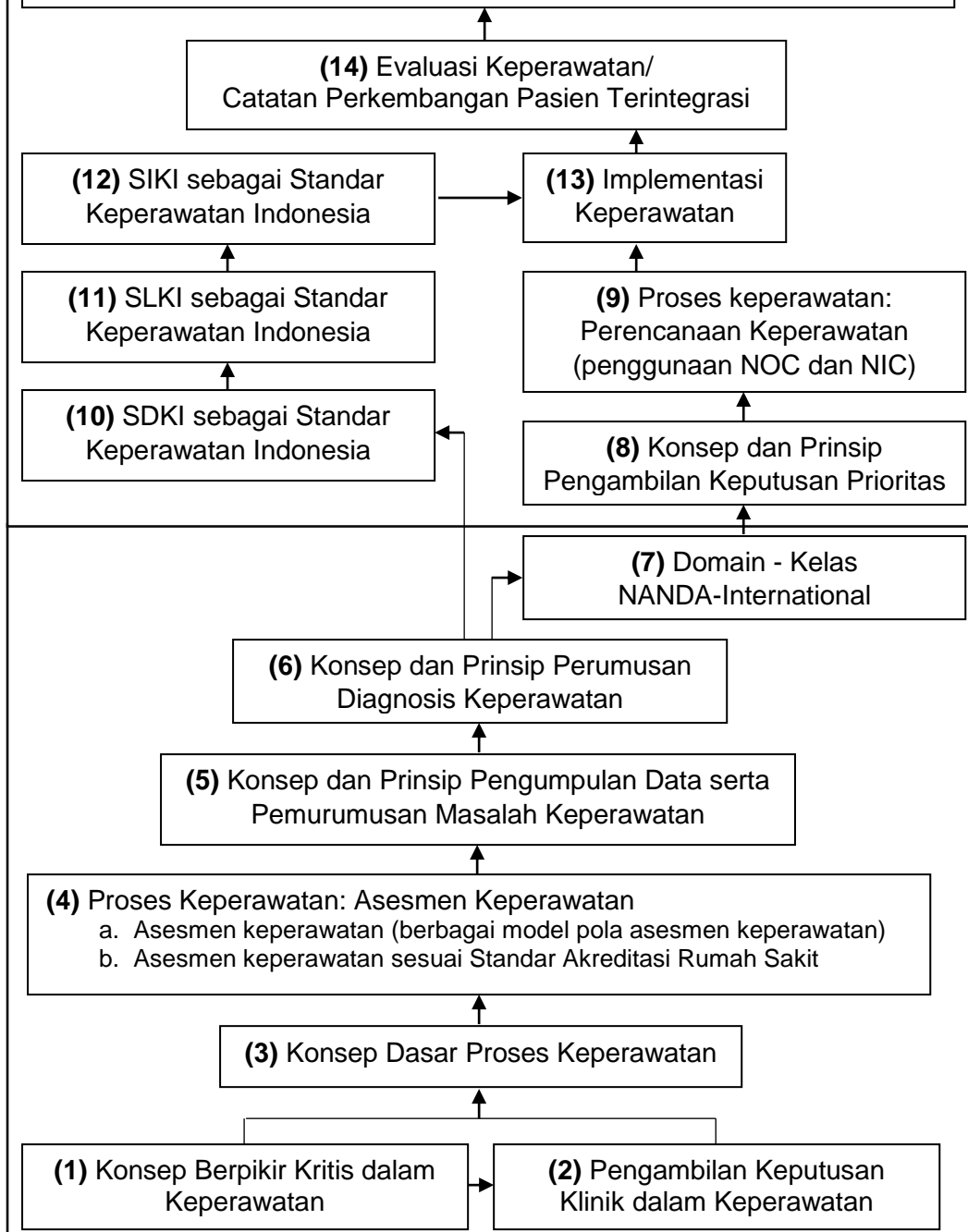
keperawatan. Dalam Bab 14, Anda diajak memahami terkait konsep evaluasi keperawatan/Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi (CPPT).

Demikian penjelasan singkat terkait mata kuliah Proses Keperawatan & Berpikir Kritis ini, semoga dapat membantu pembaca dalam memantaskan diri menjadi perawat profesional dalam hal ini sebagai seorang Perawat Penanggung Jawab Asuhan (PPJA).

## PETA KOMPETENSI

### Proses Keperawatan & Berpikir Kritis / 4 SKS / IKA2113

Mempunyai kompetensi utama sebagai seorang PPJA dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien anak, dewasa dan lanjut usia





# BAB I

## KONSEP BERPIKIR KRITIS DALAM KEPERAWATAN

 <https://keperawatan.uim.ac.id>

### 1.1. Deskripsi Singkat

Pada bab pertama buku ini membahas tentang gambaran umum mengenai berpikir kritis dalam keperawatan, *clinical reasoning* dan penilaian klinis (*clinical judgment*), tahapan proses pemecahan masalah, tahapan membuat keputusan, langkah meningkatkan keterampilan klinis, proses berpikir kritis pada masalah kehidupan nyata, penggunaan berpikir kritis dalam keperawatan, dan prinsip prioritas dalam asuhan keperawatan juga dibahas dalam bab ini.

### 1.2. Relevansi

Upaya memecahkan masalah dan menemukan jalan keluar yang terbaik untuk kebutuhan pasien memerlukan kemampuan berpikir kritis yang baik dari seorang perawat. Berpikir kritis merupakan suatu proses yang menantang bagi seorang individu untuk menginterpretasikan dan mengevaluasi informasi dengan tujuan membuat suatu penilaian klinis (*clinical judgment*) dalam pelaksanaan

praktik keperawatan. Bagaimana gambaran berpikir kritis sesungguhnya? Pada kondisi ini perawat menggunakan informasi sebagai bahan pertimbangan, membuat kesimpulan dan membentuk gambaran mental tentang apa yang terjadi dengan pasien yang menjadi tanggung jawab kelolaannya.

Berpikir merupakan kegiatan dimana seorang perawat menggunakan kemampuan untuk mengolah dan memanipulasi informasi untuk memenuhi kebutuhan atau memberikan respon terhadap keluhan yang disampaikan pasien dan atau keluarga. Keadaan berpikir menunjukkan berbagai kegiatan yang melibatkan penggunaan konsep dan lambang sebagai pengganti objek dan peristiwa. Berpikir dilakukan untuk menetapkan keputusan (*decision making*), memecahkan persoalan (*problem solving*) dan berpikir kreatif (*creative thinking*). Untuk itu maka penjelasan mengenai konsep berpikir kritis dalam keperawatan penting untuk diberikan.

### **1.3. Kompetensi**

Setelah menyelesaikan bab ini, mahasiswa akan mempunyai kemampuan untuk:

1. Menjelaskan mengenai konsep berpikir kritis dalam proses keperawatan.
2. Menjelaskan komponen-komponen berpikir kritis dalam proses keperawatan.

3. Membandingkan terminologi berpikir kritis, *clinical reasoning*, dan *clinical judgment*.
4. Menjelaskan tahapan-tahapan proses penyelesaian masalah.
5. Menjelaskan tahapan-tahapan yang digunakan untuk membuat keputusan.
6. Mengidentifikasi langkah-langkah untuk meningkatkan keterampilan klinis.
7. Menjelaskan aplikasi proses berpikir kritis pada masalah kehidupan nyata.
8. Mendiskusikan penggunaan berpikir kritis dalam keperawatan.
9. Menjelaskan prinsip-prinsip prioritas untuk asuhan keperawatan.

#### **1.4. Konsep dan Formula Berpikir Kritis**

Berpikir kritis diartikan sebagai proses terampil yang mengkonseptualisasikan dan mengaplikasikan informasi dari hasil pengamatan, pengalaman, refleksi, *clinical inference* dan komunikasi. Berpikir kritis diartikan sebagai proses penilaian yang rasional dari ide, asumsi, prinsip, kesimpulan kepercayaan dan tindakan (Bandman & Badman, 1995). Berpikir kritis menggambarkan pemikiran yang logis berfokus pada keputusan untuk melakukan dan keyakinan yang dimiliki oleh seseorang.

Berpikir kritis mempunyai tujuan, penilaian dilakukan secara otonom untuk membuat interpretasi, melakukan

analisis, membuat kesimpulan, melakukan evaluasi dan penjelasan (Facione, 1990). Dalam berpikir kritis diharapkan mempunyai kemampuan diri dalam berpikir rasional yang divalidasi dengan yang sudah diketahui dan teridentifikasi dari yang tidak diketahui. Berpikir kritis sebagai sekumpulan kemampuan yang diperlukan dengan baik untuk mendefinisikan masalah, mengenali asumsi, mengembangkan hipotesis, menggambarkan kesimpulan dan memvalidasi simpulan yang dibuat.

Berpikir kritis diidentifikasi oleh *National League for Nursing* (1997) sebagai kompetensi keperawatan esensial dan sebagai kriteria akreditasi serta bagi mahasiswa keperawatan dan yang sudah lulus harus kompeten dalam mendemonstrasikan keterampilan berpikir kritis. Berpikir kritis merupakan kemampuan untuk menganalisis fakta, mencetuskan dan menata gagasan, mempertahankan pendapat, membuat perbandingan, menarik kesimpulan, mengevaluasi argumen dan memecahkan suatu masalah.

Berpikir kritis merupakan sebuah proses yang sadar dan sengaja yang digunakan untuk menafsirkan dan mengevaluasi informasi dan pengalaman dengan sejumlah sikap reflektif dan kemampuan yang memandu keyakinan serta tindakan. Proses intelektual yang dengan aktif dan terampil mengkonseptualisasi, menerapkan, menganalisis, mensintesis dan mengevaluasi informasi yang dikumpulkan atau dihasilkan dari pengamatan, pengalaman, refleksi,

penalaran atau komunikasi untuk memandu keyakinan dan tindakan yang akan dilakukan.

Pada prinsipnya dapat disimpulkan berpikir kritis merupakan kemampuan perawat untuk berpikir jernih, berpikir logis, memfokuskan perhatian dan menggunakan rasionalitas. Pada pelaksanaannya kemampuan berpikir kritis meliputi kemampuan untuk berpikir reflektif dan independen bagi seorang perawat dalam melaksanakan hubungan interpersonal dengan pasien ataupun keluarga. Hal ini berguna untuk memberikan gambaran akurat mengenai *problem solving* yang mungkin akan diberikan pada masalah yang dihadapi pasien ataupun keluarga.



Gambar 1.1. Konsep Antisipasi, Aksi dan Refleksi dalam Berpikir Kritis



Pada gambar 1.1 dapat dilihat bahwa dalam implementasinya konsep antisipasi pada perawat dapat terlihat misalnya ketika perawat memikirkan peralatan dan perlengkapan yang dibutuhkan untuk merawat pasiennya, perawat juga memikirkan berapa lama aktivitas perawatan ini akan berlangsung, perawat juga mengantisipasi bagaimana respon yang ditunjukkan pasien dan atau keluarga terhadap prosedur perawatan yang akan dijalankan. Dalam kata lain perawat benar-benar menyiapkan segala sesuatu yang berkaitan dengan respon atas tindakan yang dilakukan kepada pasien yang mungkin akan terjadi. Konsep aksi dalam pelaksanaan asuhan keperawatan ditunjukkan ketika perawat mengevaluasi respon pasien dan tindakan yang sesuai, mencoba memprioritaskan ulang dan menyesuaikan rencana asuhan sepanjang hari serta selalu berusaha memecahkan permasalahan yang dialami pasien. Konsep refleksi dalam pelaksanaan asuhan keperawatan ditunjukkan misalnya ketika perawat bertanya pada dirinya sendiri, seperti contoh pertanyaan: 1) “Apakah perawat sudah mempunyai waktu yang lebih untuk pasien?”; 2) “Apakah asuhan keperawatan yang sudah diberikan mencapai tujuan yang diharapkan?”; 3) “Apakah dalam pelaksanaan asuhan keperawatan mempunyai hubungan yang baik dengan tim kerja?”; 4) “Apakah perawat dapat berkomunikasi dengan baik dalam pelaksanaannya?”. Dalam hal ini terlihat bahwa konsep refleksi yang ada pada perawat ditunjukkan dengan

perawat menyampaikan beberapa pertanyaan di dalam pikirannya tentang apa yang sudah dilakukan kepada pasien.

Dalam pelaksanaannya, formula berpikir kritis dapat dilihat pada seorang perawat yaitu:

- a. Mulai berpikir, selalu mempunyai motivasi yang tinggi untuk selalu memakai akal pikiran terkait sesuatu hal yang ditemui pada pasien.
- b. Bertanya dengan kenapa, selalu penasaran mengapa atau kenapa hal ini dapat terjadi kepada pasien tentang status kesehatan dan perkembangan kondisi pasien.
- c. Bertanya menggunakan pertanyaan yang tepat, sebagai seorang perawat yang memiliki kemampuan berpikir kritis alangkah baiknya dapat memilih dan memperkirakan pertanyaan yang tepat sesuai kondisi yang dihadapi pasien.
- d. Apakah anda seorang ahli/pakar, selalu bertanya kepada dirinya sendiri. “Mampukah saya menghadapi dan memutuskan masalah ini seorang diri?” Jika memang merasa bukan sebagai ahli/pakar maka sudah sewajarnya perawat mencari referensi atau ahli yang bersesuaian dengan masalah yang dihadapi, tidak memiliki rasa puas diri akan hal yang telah didapat, selalu berusaha untuk belajar dan mendapatkan sesuatu yang baru.

## 1.5. Konsep untuk Pemikir Kritis dan Komponen Berpikir Kritis

Menurut Facione N, Facione P (1996), konsep untuk pemikir kritis yaitu sebagai berikut:

| KONSEP                 | PERILAKU BERPIKIR KRITIS   |
|------------------------|--|
| <i>Truth Seeking</i>   | Mencari makna keberadaan dari situasi. Memiliki keberanian, jujur dan objektif dalam memberikan pertanyaan   |
| <i>Open-mindedness</i> | Memiliki toleransi terhadap perbedaan pandangan, sensitif terhadap kemungkinan yang diduga, respek terhadap hak orang lain dalam memberikan pendapat                           |
| <i>Analyticity</i>     | Menganalisis situasi yang berpotensi bermasalah, mengantisipasi kemungkinan hasil dan konsekuensinya, memiliki alasan yang bernilai, menggunakan pengetahuan berdasarkan bukti |
| <i>Systematicity</i>   | Terorganisir, fokus, bekerja keras dengan berbagai macam data  |
| <i>Self-confidence</i> | Percaya pada proses penalaran diri sendiri   |
| <i>Inquisitiveness</i> | Bersemangat untuk memperoleh pengetahuan dan belajar menjelaskan ketika aplikasi pengetahuan tidak sepenuhnya jelas  |
| <i>Maturity</i>        | Banyak solusi yang diterima. Refleksi terhadap penilaian sendiri, memiliki kematangan kognitif   |

Gambar 1.2. Konsep untuk Pemikir Kritis Menurut Facione N, Facione P (1996)

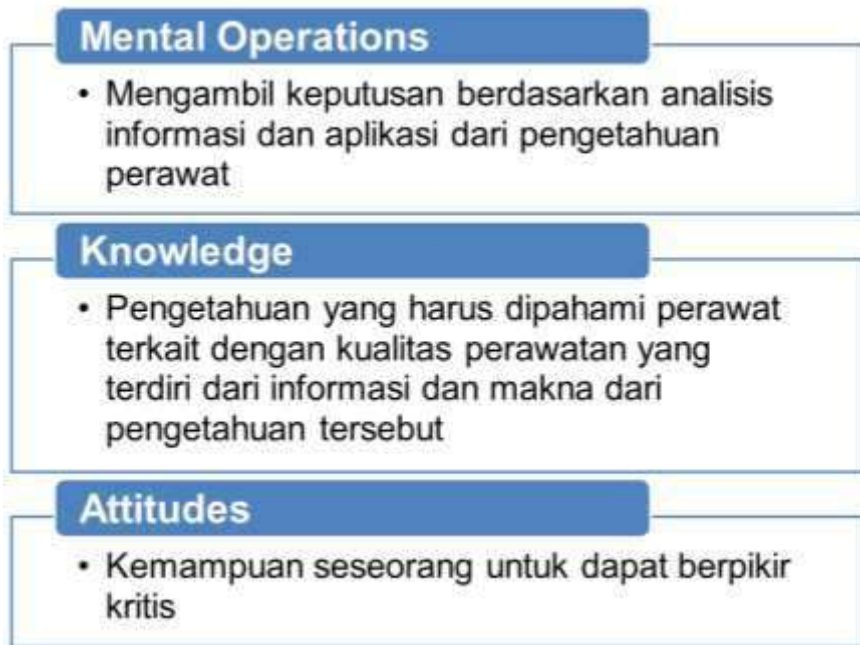
Pada gambar 1.2 dapat dilihat bahwa konsep *truth seeking* diartikan sebagai upaya mencari makna kebenaran dari situasi yang dihadapi, perawat memiliki keberanian, jujur dan objektif dalam memberikan pertanyaan dalam upaya menggali permasalahan yang dialami oleh pasien.

Konsep *open-mindedness* diartikan bahwa perawat memiliki toleransi terhadap perbedaan pandangan, sensitif terhadap kemungkinan yang diduga, respek terhadap hak orang lain dalam memberikan pendapat terutama yang berkenaan dengan kondisi pasien.

Konsep *analyticity* diperlihatkan dengan perawat selalu menganalisis situasi yang berpotensi bermasalah, mengantisipasi kemungkinan hasil dan konsekuensinya, memiliki alasan yang bernilai, menggunakan pengetahuan berdasarkan bukti yang telah ada. Konsep *systematicity* diperlihatkan ketika dalam pelaksanaan asuhan keperawatan, seorang perawat selalu terorganisir, mempunyai fokus yang baik, dan selalu bekerja keras dengan berbagai macam data.

Konsep *self-confidence* diartikan sebagai cerminan bahwa perawat percaya pada proses penalaran diri sendiri. Konsep *inquisitiveness* dapat dilihat pada perawat yang bersemangat untuk memperoleh pengetahuan dan belajar menjelaskan ketika aplikasi pengetahuan tidak sepenuhnya jelas. Serta yang terakhir adalah konsep *maturity* yang dapat dilihat dari banyaknya solusi yang diterima, mempunyai refleksi terhadap penilaian sendiri, dan memiliki kematangan kognitif.

Komponen berpikir kritis menurut DeLaune dan Ladner (2010), yaitu sebagai berikut:



Gambar 1.3. Komponen Berpikir Kritis menurut DeLaune dan Ladner (2010)

Penjelasannya yaitu sebagai berikut:

a. Komponen *Mental Operations*

- 1) Pemilihan aktivitas yang melibatkan pengambilan keputusan dan alasan yang paling tepat yang melandasinya.
- 2) Menentukan solusi berdasarkan rasional yang ada dan beralasan ilmiah.
- 3) Hasil yang didapatkan pada tahap ini adalah melatih kreativitas terkait dengan pengambilan keputusan.

4) Mengambil keputusan berdasarkan analisis informasi dan aplikasi pengetahuan perawat.

b. Komponen *Knowledge*

1) Terdiri dari *declarative knowledge* (informasi yang spesifik) dan *operative knowledge* (memahami dasar dari pengetahuan).

2) Pengetahuan yang harus dipahami setiap perawat terkait dengan kualitas perawatan yang akan diberikan.

3) Perawat harus menguasai beberapa bidang ilmu yang mendasari (ilmu-ilmu kedokteran dasar) antara lain ilmu fisik (anatomi, fisiologi, biologi), psikologi dan filosofi, hal ini yang mendasari mengapa dalam proses asuhan keperawatan terbaru, perihal teori-teori keperawatan serta ilmu kesehatan lainnya penting dikuasai terlebih dahulu sebelum melakukan aktivitas awal interaksi kepada pasien yaitu tahapan asesmen keperawatan.

c. Komponen *Attitudes*

1) *Tolerance, open-mindedness, nonjudgmental mindset.*

2) *Curiosity.*

3) *Persistence, intellectual courage.*

4) *Respect for others' perspectives.*

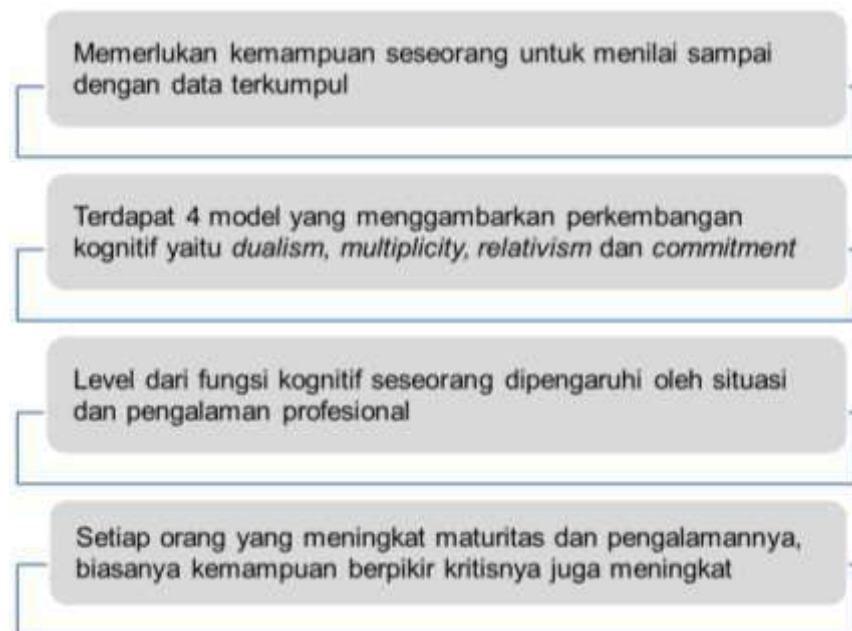
5) *Comfort dealing with ambiguity, uncertainty.*

6) *Intellectual humility (knowing that one does not have all the answers).*

- 7) *Self-confidence (belief in own ability to think things through and make appropriate decisions).*
- 8) *Flexibility.*
- 9) *Organization (Alfaro-LeFevre, 2017).*

### 1.6. Mengembangkan Kemampuan Berpikir Kritis, Tahap Perkembangan Kognitif, dan Strategi dalam Mengembangkan dan Aplikasi dari Berpikir Kritis

Dalam upaya mengembangkan kemampuan berpikir kritis, perawat melakukan hal-hal seperti yang dijabarkan di bawah ini:



Gambar 1.4. Upaya yang dapat Dilakukan dalam Mengembangkan Kemampuan Berpikir Kritis

Berikut merupakan tahapan perkembangan kognitif yang dapat dilihat pada gambar di bawah ini:

| Tahapan                         | Deskripsi   |
|---------------------------------|---|
| Tahapan 1 : <i>Dualism</i>      | Memandang dunia sebagai sebuah dikotomi (terpolarisasi). Memandang angka sebagai jawaban terbaik  |
| Tahapan 2 : <i>Multiplicity</i> | Mengakui adanya ketidakpastian atau pandangan yang berbeda itu ada. Memercayai bahwa perbedaan hanya akan berefek ketika jawaban terbaik dikemukakan oleh pakarnya/ahlinya                          |
| Tahapan 3 : <i>Relativism</i>   | Mampu membentuk opini dan nilai berdasarkan pada pertimbangan informasi dari situasi  |
| Tahapan 4 : <i>Commitment</i>   | Mampu mengembangkan kebenaran setelah mengevaluasi informasi dari beberapa sumber dan mengintegrasikannya dengan yang sudah diketahui. Validitas dari kebenaran tergantung pada situasi dan konteks |

Data from Perry, W. G. (1970). Forms of intellectual and ethical development in the college years. New York: Holt, Rinehart, & Winston.

Gambar 1.5. Tahapan Perkembangan Kognitif menurut Perry, W. G. (1970)

Berikut merupakan langkah-langkah yang diperlukan seorang perawat agar mampu mengembangkan kemampuan berpikir kritis dalam kesehariannya:

- a. Mengidentifikasi tujuan.
- b. Menentukan pengetahuan yang harus dimiliki.
- c. Mengkaji tingkat kesalahan.
- d. Menentukan waktu yang tepat untuk mengambil keputusan.
- e. Mengidentifikasi kemampuan sumber.
- f. Mengenali faktor yang dapat menghambat pengambilan keputusan (Alvaro-LeFevre, 2017).



Melihat jabaran langkah-langkah di atas, dapat diartikan disini bahwa berpikir kritis dalam keperawatan merupakan komponen dasar dalam pertanggung gugatan profesional dan kualitas asuhan keperawatan yang diberikan kepada individu pasien atau keluarga. Ciri-ciri perawat yang mampu berpikir kritis yakni mempunyai kepercayaan diri, kontekstual perspektif, mempunyai kreativitas, mempunyai fleksibilitas, selalu ingin tahu, mempunyai intuisi, sikap keterbukaan, tekun dan selalu melakukan refleksi diri.

Menurut Badman *and* Badman (1995), terdapat beberapa argumentasi terkait berpikir kritis dalam keperawatan yang sering terjadi di tatanan klinik, antara lain:

- a. Berhubungan dengan situasi perdebatan/pertengkar.
- b. Perdebatan tentang suatu isu antara kepala ruang dengan pimpinan rumah sakit tentang kebijakan layanan keperawatan bermutu.
- c. Upaya mempengaruhi individu/kelompok untuk berbuat sesuatu dalam rangka merubah perilaku sehat, misalnya iklan layanan kesehatan tentang pemberantasan sarang nyamuk untuk mencegah demam berdarah.
- d. Berhubungan dengan bentuk penjelasan yang rasional yang memerlukan serangkaian alasan perlunya keyakinan dan pengambilan keputusan misalnya. Memonitor kadar gula darah setiap hari pada seorang pasien.

## 1.7. Keterampilan, Kreativitas dan Tahapan Berpikir Kritis

Berikut merupakan keterampilan atau kemampuan berpikir kritis yang dapat dilihat pada gambar di bawah ini:

| KEMAMPUAN                             | APLIKASI PRAKTIK KEPERAWATAN  |
|---------------------------------------|---|
| <i>Interpretation</i><br>(Penafsiran) | Tertib dalam pendataan. Cari pola untuk mengkategorikan data (misalnya, diagnosis keperawatan). Perjelas data apa pun yang Anda tidak yakin.  |
| <i>Analysis</i><br>(Analisis)         | Bersikaplah terbuka saat Anda melihat informasi tentang pasien. Jangan membuat asumsi yang ceroboh. Apakah data mengungkapkan apa yang Anda yakini benar, atau apakah ada pilihan lain?                           |
| <i>Inference</i>                      | Lihatlah arti dan pentingnya temuan. Apakah ada hubungan antara temuan? Apakah data tentang pasien membantu Anda melihat bahwa ada masalah  |
| <i>Evaluation</i><br>(Evaluasi)       | Lihatlah semua situasi secara objektif. Gunakan kriteria (misalnya hasil yang diharapkan, karakteristik nyeri, tujuan pembelajaran) untuk menentukan hasil tindakan keperawatan. Renungkan perilaku Anda sendiri. |
| <i>Explanation</i><br>(Penjelasan)    | Dukung temuan dan kesimpulan Anda. Gunakan pengetahuan dan pengalaman untuk memilih strategi yang akan digunakan dalam perawatan pasien   |
| <i>Self-regulation</i>                | Renungkan pengalaman Anda. Identifikasi cara-cara Anda dapat meningkatkan kinerja Anda sendiri. Apa yang akan membuat Anda percaya bahwa Anda telah berhasil?   |

Gambar 1.6. Kemampuan Berpikir Kritis menurut Perry Potter

Dalam mengembangkan kemampuan berpikir kritis dan kreativitas yang ada pada seorang perawat, hendaklah melakukan hal-hal berikut ini:

- a. Seorang pemikir kritis adalah juga pemikir kreatif, tidak hanya ideal secara kognitif tapi kemampuan mencari

alternatif melalui kreativitas juga ditekankan dalam hal ini.

- b. Perawat yang kreatif akan memikirkan cara baru ketika mencari solusi dari masalah, dapat tercermin pada kondisi tidak hanya mentok dalam suatu kondisi, tidak hanya menyalahkan pada keterbatasan sarana prasarana dalam inisiatif melakukan asuhan keperawatan kepada pasien.
- c. Berpikir kritis membantu perawat membuat perubahan secara perlahan dari hal yang lama ke baru dengan difasilitasi analisis dan perencanaan, berperilaku sebagai agen pembaharu yang memegang idealisme ditunjang dengan kreativitas dan daya adaptif yang baik sesuai kondisi yang dihadapi.
- d. Berpikir kreatif adalah fondasi untuk merawat pasien, dimana perawat mengidentifikasi kebutuhan unik dari setiap pasien dan mengembangkan intervensi yang spesifik sesuai dengan kebutuhan pasien tersebut.
- e. Tanpa berpikir kreatif, asuhan keperawatan akan menjadi rutinitas yang sama pada setiap pasien, yang akan sama pada setiap waktu karena sudah menjadi rutinitas. Di satu sisi, kondisi kesehatan pasien selalu berubah baik dalam artian ke kondisi yang positif dan juga mungkin ke kondisi yang negatif dalam masa perawatannya.
- f. Untuk dapat mengembangkan solusi kreatif, perawat perlu menggunakan kecerdasan kritis.

Pada kondisi praktiknya, seorang perawat yang berpikir kritis dan kreatif memiliki perilaku sebagai berikut:

- a. Mengenali adanya masalah (sebagai stimulus) dalam proses keperawatan yang akan dilakukan.
- b. Menemukan jalan keluar baru dari pemecahan masalah yang sedang dihadapi pasien atau keluarga.
- c. Menciptakan kriteria untuk mengkaji keefektifan dari tindakan yang telah dilakukan.
- d. Belajar dari kesalahan sebelumnya, menjadikan koreksi pribadi ketika mendapatkan kendala dalam asuhan yang dilakukan.
- e. Mentransfer pembelajaran dari berbagai situasi, menjadikan kondisi-kondisi yang dialami ketika menghadapi pasien satu dengan yang lainnya sebagai pembelajaran untuk bekal ke depannya.
- f. Menciptakan solusi inovatif untuk masalah yang rumit, berpikir kreatif dalam keterbatasan kondisi yang dihadapi untuk tetap dapat menjalankan asuhan keperawatan yang direncanakan.

Kemampuan berpikir kritis dan pemecahan masalah yang dapat dilakukan oleh seorang perawat:

- a. Berpikir kritis termasuk pemecahan masalah (*problem solving*) dan proses pengambilan keputusan (*decision-making processes*).
- b. Dengan metode pemecahan masalah, masalah diidentifikasi, informasi dikumpulkan, masalah spesifik

ditentukan, rencana untuk memecahkan masalah dikembangkan, rencana kemudian ditindaklanjuti dan hasil dari rencana dilakukan evaluasi.

- c. Pendekatan pemecahan masalah formal, proses keperawatan, memungkinkan perawat mengidentifikasi kebutuhan pasien dan mengembangkan strategi sesuai dengan kebutuhan tersebut.
- d. Merupakan proses sistematis dan saintifik yang perlu menggunakan beberapa keterampilan kognisi dan psikomotor.

Tindakan pemecahan masalah yang tidak efektif dapat diartikan sebagai suatu kondisi yang dapat dijadikan pelajaran demi perbaikan ke depannya, ketidakefektifan dapat berasal dari kondisi berikut ini:

- a. Melompat terlalu cepat kepada kesimpulan sebelum mengeksplorasi seluruh aspek dari masalah.
- b. Gagal mendapatkan fakta kritis tentang masalah atau perubahan yang diusulkan.
- c. Memilih masalah atau perubahan yang terlalu umum, terlalu kompleks atau tidak terdefinisi dengan baik.
- d. Gagal mengartikulasikan solusi rasional untuk masalah atau perubahan yang diusulkan.
- e. Gagal melaksanakan dan mengevaluasi usulan dengan tepat.

Berpikir kritis dan pengambilan keputusan dalam praktiknya dapat terlihat pada kondisi berikut ini:

- a. Melalui adanya perubahan yang cepat pada pelayanan kesehatan dan masuknya teknologi, perawat harus dapat berpikir kritis.
- b. Keputusan yang dapat meningkatkan perawatan pada pasien merupakan hasil dari kecermatan dan penggunaan berpikir kritis.
- c. Ketika membuat keputusan klinik, perawat melakukan tindakan yang dapat membantu pasien mencapai tujuan asuhan yang baik.
- d. Pengambilan keputusan didefinisikan sebagai pertimbangan dan pemilihan intervensi dari tindakan yang difasilitasi dengan baik untuk mencapai tujuan yang diharapkan.
- e. Perawat profesional menggunakan berpikir kritis untuk mengembangkan dan mendukung keputusan klinik yang baik.
- f. Intervensi keperawatan yang efektif sebaiknya diimplementasikan hanya setelah refleksi dan *reasoning*, keduanya merupakan aspek dari berpikir kritis.
- g. Perawat yang membuat keputusan klinik (*clinical judgment*) yang baik tahu “apa yang harus di cari,... menggambarkan kesimpulan yang valid tentang makna dari gejala,.... dan tahu apa yang akan dia lakukan.

- h. Perawat yang melakukan penilaian klinis dengan membuat keputusan yang baik, penilaian klinis dapat dilihat sebagai penerapan dari berpikir kritis.
- i. Penilaian keperawatan dibentuk setelah mengumpulkan data penilaian melalui asesmen keperawatan, memeriksa hubungan di antara data tersebut untuk mengidentifikasi pola dan mengambil tindakan yang tepat untuk mengatasi masalah tersebut.
- j. Proses keperawatan merupakan suatu metode pemecahan masalah spesifik yang digunakan perawat untuk mendapatkan poin untuk keputusan tentang asuhan pasien yang telah dibuat.

### **1.8. Model Berpikir Kritis**

Perawat profesional tentunya memiliki pemikiran yang kritis dalam melakukan suatu tindakan keperawatan. Perawat sebagai bagian dari pemberi pelayanan kesehatan mempunyai tugas utama yaitu memberi asuhan keperawatan dengan menggunakan proses keperawatan yang dalam pelaksanaannya akan selalu dituntut untuk berpikir secara kritis dalam berbagai situasi. Berpikir kritis merupakan proses yang didapat melalui pengalaman, rasa ingin tahu dan belajar terus menerus. Berpikir kritis merupakan tanda atau standar untuk perawat profesional yang kompeten.

Kemampuan untuk berpikir kritis akan meningkatkan praktik klinik dan mengurangi kesalahan penilaian klinis

adalah visi dari praktik keperawatan. Menurut Potter & Perry (2007), berpikir kritis merupakan suatu proses dimana seseorang atau individu dituntut untuk menginterpretasikan atau mengevaluasi informasi untuk membuat sebuah penilaian atau keputusan berdasarkan kemampuan, menerapkan ilmu rasional terhadap ide-ide, kesimpulan, pendapat, prinsip, pemikiran, masalah, kepercayaan dan tindakan. Dalam berpikir secara kritis terdapat lima komponen model yaitu pengetahuan dasar, pengalaman, kompetensi berpikir kritis, perilaku dan standar.

Model-model pemikiran kritis akan menjelaskan bagaimana menerapkan elemen pemikiran kritis untuk melakukan asesmen terhadap pasien, merencanakan tindakan yang akan diambil dan evaluasi hasil yang didapat. Menerapkan tiap elemen dalam berpikir tentang seorang pasien dapat meningkatkan rasa percaya diri dan menjadi profesional yang efektif bagi seorang perawat.

Komponen pertama dari model pemikiran kritis adalah pengetahuan dasar spesifik perawat. Sebagai seorang perawat, pengetahuan dasar meliputi informasi dan teori dari ilmu dasar, rasa kemanusiaan, ilmu perilaku dan keperawatan. Perawat yang menggunakan pengetahuan dasar dengan disiplin ilmu kesehatan pasti akan memikirkan masalah pasien secara holistik. Sebagai contohnya, pengetahuan luas yang dimiliki seorang perawat akan memperhatikan segi fisik, psikologi, sosial,



moral, etika, dan budaya dalam perawatan terhadap seorang pasien. Kedalaman dan luasnya pengetahuan akan mempengaruhi kemampuan untuk berpikir kritis dalam menangani masalah keperawatan.

Komponen kedua dari model pemikiran kritis adalah pengalaman. Keperawatan merupakan sebuah disiplin ilmu yang menerapkan praktik. Pengalaman praktik belajar klinik diperlukan untuk memenuhi keterampilan membuat keputusan klinik. Adanya pengalaman klinik seorang perawat akan dipelajari mulai dari mengobservasi, merasakan, berbicara kepada pasien dan keluarga serta dapat merefleksikan secara aktif dengan pengalaman yang telah didapat. Pengalaman akan membuat seorang perawat mengerti situasi klinis, dapat mengenali pola kesehatan pasien dan memicu timbulnya pemikiran yang inovatif.

Komponen ketiga dari model berpikir kritis adalah kompetensi proses keperawatan. Dengan menerapkan komponen model berpikir kritis dalam proses keperawatan, seorang perawat akan menerapkan pada rasa, kesan, dan data yang berupa fakta yang ditemukan pada pelaksanaan asuhan keperawatan yang dijalankan.

Komponen keempat adalah sikap atau perilaku. Perilaku menggambarkan bagaimana pendekatan seorang pemikir kritis dalam menyelesaikan sebuah masalah. Perilaku dalam berpikir secara kritis meliputi rasa percaya diri, mandiri, adil, tanggung jawab, mau mengambil risiko,

disiplin, kreatif, memiliki rasa ingin tahu, integritas dan memiliki sikap ramah. Jika diaplikasikan, seorang perawat yang memiliki sifat pemikiran kritis dalam praktik keperawatan yaitu perilaku rasa ingin tahu yang meliputi kemampuan untuk mengenali adanya masalah dan mencari data untuk mendukung kebenaran dari apa yang kita pikirkan. Selain itu dengan rasa percaya diri seorang perawat dapat belajar bagaimana berbicara secara meyakinkan saat memulai perawatan terhadap pasien dengan mempersiapkan segala sesuatu sebelum melakukan tindakan keperawatan. Adanya rasa tanggung jawab dan otoritas seperti merujuk pada aturan dan prosedur untuk melakukan penanganan terhadap pasien. Perilaku disiplin seperti sistematis dalam setiap hal dan rasa adil, seorang pemikir kritis dapat mengatasi segala hal dengan adil.

Komponen kelima dalam berpikir secara kritis adalah memiliki standar intelektual dan standar profesional (Kataoka Yahiro dan Saylor, 1994). Seorang perawat yang memiliki standar intelektual seperti jelas, tepat, spesifik, akurat, relevan, beralasan, konsisten, logis, dalam, luas, lengkap, signifikan, tercukupi dan adil. Dalam standar intelektual gunakanlah pemikiran yang kritis terhadap masalah seorang pasien seperti ketepatan, akurasi dan konsistensi untuk memastikan bahwa keputusan klinis kita benar. Sedangkan standar profesional untuk pemikiran secara kritis merujuk pada kriteria etik untuk penilaian

keperawatan, kriteria berdasarkan bukti untuk evaluasi dan kriteria untuk bertanggung jawab secara profesional.

Berikut merupakan salah satu contoh model berpikir kritis yang dikemukakan oleh Kataoka-Yahiro dan Saylor (1994):



Gambar 1.7. Model Berpikir Kritis menurut Kataoka-Yahiro dan Saylor (1994)

Pada gambar 1.7 dapat dilihat bahwa model berpikir kritis mempunyai dasar yaitu komponen berpikir kritis yang dapat dijabarkan sebagai berikut:



Gambar 1.8. Komponen Berpikir Kritis menurut Kataoka-Yahiro dan Saylor (1994)

Pada gambar 1.8 dapat dilihat bahwa komponen berpikir kritis meliputi:

- a. Dasar pengetahuan khusus, yang dicirikan sebagai persiapan perawat untuk mengantisipasi dan mengidentifikasi masalah pasien.
- b. Pengalaman, yang dicirikan sebagai pengalaman belajar klinik yang diperlukan untuk mendapatkan keterampilan pengambilan keputusan klinik.
- c. Kompetensi, yang dicirikan sebagai kemampuan berpikir kritis umum, berpikir kritis khusus, proses keperawatan.

- d. Perilaku, yang dicirikan sebagai kemampuan percaya diri, berpikir mandiri, adil, bertanggung jawab dan memiliki orotitas, disiplin, tekun, berani mengambil risiko, kreatif, memiliki rasa ingin tahu, memiliki integritas, rendah hati.
- e. Standar, yang dicirikan sebagai kepatuhan terhadap standar intelektual dan standar profesional.

Menurut Kataoka-Yahiro *and* Saylor (1994), kompetensi berpikir kritis adalah proses kognitif seorang perawat yang digunakan untuk menilai tentang perawatan klinis pada pasien kelolaan. Terdiri dari *general critical thinking*, *specific critical thinking ini clinical situations* dan *specific critical thinking in nursing*.

Kompetensi berpikir kritis diantaranya sebagai berikut:

- a. Berpikir kritis umum (metode saintifik, pemecahan masalah, pengambilan keputusan).
- b. Berpikir kritis spesifik pada situasi klinis (penalaran diagnostik/*diagnostic reasoning*, *clinical inference*, *clinical decision making*).
- c. Berpikir kritis spesifik dalam keperawatan (proses keperawatan).

Berpikir mencakup beberapa hal yaitu membuat pendapat, membuat keputusan, menarik kesimpulan, dan merefleksikan (Gordon, 1995 dalam Potter dan Perry, 2005). Ketika perawat mengarahkan berpikir ke arah

pemahaman dan menemukan jalan keluar dari masalah kesehatan pasien, prosesnya menjadi bertujuan dan berorientasi pada tujuan. Dalam kaitannya dengan keperawatan, berpikir kritis adalah reflektif, pemikiran yang masuk akal tentang masalah keperawatan tanpa ada solusi dan difokuskan pada keputusan apa yang harus diyakini dan dilakukan (Kataoka dan Saylor, 1994 dalam Potter dan Perry, 2005).

Kompetensi berpikir kritis merupakan proses kognitif yang digunakan perawat untuk membuat penilaian keperawatan. Kompetensi merupakan kemampuan individual yang dibutuhkan untuk mengerjakan suatu tugas atau pekerjaan yang dilandasi pengetahuan, keterampilan dan sikap kerja keras sesuai untuk kerja yang dipersyaratkan.

Ada tiga tipe kompetensi yaitu 1) berpikir kritis umum, 2) berpikir kritis spesifik dalam situasi klinis, dan 3) berpikir kritis spesifik dalam keperawatan. Kompetensi berpikir kritis umum mencakup metode ilmiah, pemecahan masalah, dan pembuatan keputusan. Pemecahan masalah mencakup mendapatkan informasi ketika terdapat kesenjangan antara apa yang sedang terjadi dan apa yang seharusnya terjadi. Dalam pembuatan keputusan, individu memilih tindakan untuk memenuhi tujuan. Guna membuat keputusan, seseorang harus mengkaji semua pilihan, menimbang setiap pilihan tersebut terhadap serangkaian kriteria, dan

kemudian membuat pilihan akhir yang diambil (Potter dan Perry, 2005).

Ketika dihadapkan pada suatu keputusan, penting sekali untuk mengidentifikasi mengapa keputusan diperlukan. Kriteria untuk pembuatan keputusan harus ditegakkan sehingga pilihan yang tepat dapat dibuat. Kriteria harus mencakup hal berikut: Pertama, apa yang akan dicapai perawat? Kedua, apa yang akan dicapai selanjutnya oleh perawat? Ketiga, apa yang harus dihindari perawat? Sejalan dengan perawat mempertimbangkan kriteria, terjadi tingkat pengurutan prioritas.

Perawat membuat prioritas dengan mengaitkannya pada situasi spesifik pasien. Agar perawat mampu mengatasi berbagai masalah kelompok pasien yang ada, pembuatan keputusan berkelanjutan sangat penting. Selain itu, manajemen waktu merupakan bagian dari pembuatan keputusan dan memastikan bahwa waktu perawat digunakan dengan baik dan bahwa perawat cukup tanggap terhadap kebutuhan pasien.

Kompetensi berpikir kritis spesifik dalam situasi klinis, mencakup pertimbangan diagnostik, kesimpulan klinis, dan pembuatan keputusan klinis. Berpikir kritis spesifik dalam keperawatan mencakup pendekatan sistematis yang digunakan untuk secara kritis mengkaji dan menelaah kondisi pasien, mengidentifikasi respon pasien terhadap masalah kesehatan, melakukan tindakan yang sesuai, dan mengevaluasi apakah tindakan yang dilakukan telah efektif.

Format untuk proses keperawatan merupakan hal yang unik untuk disiplin keperawatan dan memberikan bahasa dan proses yang umum bagi perawat untuk “memikirkan semua” masalah pasien. Proses keperawatan merupakan suatu pendekatan sistematis, komprehensif untuk asuhan keperawatan.

### **1.9. Konsep *Basic and Complex Critical Thinking* dan Konsep *Commitment***

*Basic critical thinking* dapat dijabarkan sebagai berikut:

- a. Pembelajar mempercayai *expert* atau ahli telah menentukan jawaban yang tepat pada setiap masalah.
- b. Berpikir adalah nyata dan berdasarkan pada sekumpulan aturan atau prinsip.
- c. Misalnya: Anda seorang mahasiswa perawat yang sedang praktik di rumah sakit menggunakan prosedur yang ditetapkan untuk memasang *folley cateter* (kateter urine). Anda harus mengikuti prosedur tersebut setiap langkahnya tanpa harus menyesuaikan. Ketika menemukan pasien yang memerlukan perlakuan khusus (misal posisi untuk meminimalkan nyeri pasien dengan mengurangi pergerakan). Anda tidak memiliki cukup pengalaman untuk mengantisipasi prosedur secara mandiri.
- d. Merupakan langkah awal dalam mengembangkan penalaran.



- e. Kurangnya pengalaman, kurangnya kompetensi dan perilaku yang tidak fleksibel dapat menahan kemampuan individu untuk berpindah ke level dari berpikir kritis yang sedang dijalankan.

*Complex critical thinking* dapat dijabarkan sebagai berikut:

- a. Dimulai ketika seseorang mampu memisahkan dirinya dari para ahli.
- b. Melakukan analisis dan menguji adalah pilihan untuk lebih mandiri.
- c. Perawat belajar alternatif dan akan menemukan solusi dari berbagai konflik yang terjadi.
- d. Bersedia untuk membuat perbedaan dalam pilihannya pada prosedur rutin pada situasi yang dapat dikatakan mempunyai kompleksitas.
- e. Mempelajari berbagai macam pendekatan yang berbeda pada terapi yang sama.

*Commitment* dapat dijabarkan sebagai berikut:

- a. Pada level ini seseorang sudah mempersiapkan langkah antisipasi ketika pilihan yang dibuat tanpa bantuan dari orang dan bertanggung jawab terhadap pilihan yang sudah dibuat.
- b. Sebagai perawat akan banyak alternatif kompleks yang harus diantisipasi.

Sebagai perawat diharapkan dalam memberikan asuhan selalu melakukan hal berikut ini:

- a. Harus berpikir *SMART* untuk mengembangkan keterampilan berpikir kritis.
- b. Ketika pasien mengalami gejala, tanyakan tentang kenyamanan atau melakukan prosedur.
- c. Berpikir kritis bukan merupakan langkah yang mudah, merupakan proses linier yang akan dipelajari selamanya yang memerlukan pengalaman, komitmen dan proses belajar yang aktif.
- d. Bertanggung jawab untuk membuat keputusan klinis yang akurat dan tepat.
- e. Membuat keputusan klinik sebagai penilaian yang terdiri dari berpikir kritis dan reflektif, dan aksi dan aplikasi dari logika keilmuan dan praktik.

Silahkan cermati contoh kasus yang ada di bawah ini untuk penerapan konsep berpikir kritis:

“Mr.Jacob, berusia 58 tahun adalah pasien *post* operasi prostatektomi radikal (kanker prostat) kemarin. Perawat pasien bernama Tonya, menemukan pasien dalam posisi terlentang di tempat tidur dengan kondisi tangan ekstensi. Ketika Tonya melakukan pemeriksaan pada area luka operasi dan drainasenya, dia melihat pasien meringis saat dia meletakkan tangannya secara perlahan untuk melakukan palpasi/menekan area insisi. Tonya bertanya kepada Mr.Jacob sejak kapan dia berada dalam posisi

tersebut dan dijawab dengan “Tidak sejak kemarin malam, terkadang”. Tonya bertanya apakah Mr.Jacob merasakan nyeri pada area insisi dan dia menjawab dengan anggukan dan mengatakan “Terasa sakit ketika banyak bergerak”. Tonya mempertimbangkan informasi yang didapatkan ketika observasi dan mempelajari dari pasien untuk memastikan nyeri pasien dan mengurangi mobilisasi karena hal tersebut. Tonya memutuskan bahwa dia perlu melakukan tindakan untuk membantu nyeri yang dialami Mr.Jacob dengan merubah posisi secara teratur dan mulai untuk bangun dari tempat tidur sebagai upaya pemulihan pasien.

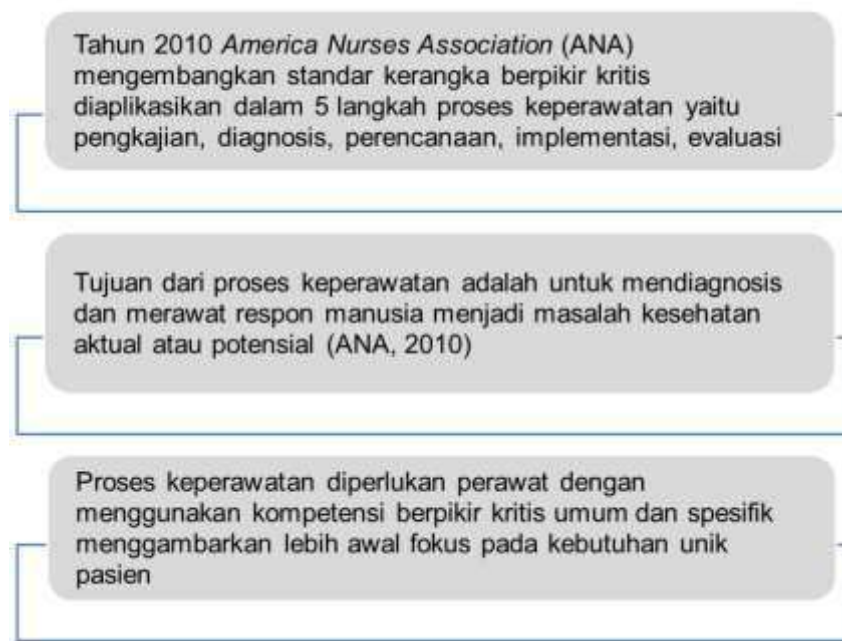
Dalam menelaah kasus di atas maka diperlukan kemampuan berpikir kritis dan refleksi sebagai berikut:

- a. Refleksi adalah memutar kembali situasi dalam pikiran seseorang dan meluangkan waktu untuk secara jujur meninjau semua yang diingat tentang hal itu. Perawat mungkin bertanya:
  - 1) Bagaimana saya harus bertindak?
  - 2) Mengapa saya memilih tindakan ini?
  - 3) Apakah saya menyelesaikan secara berbeda?
  - 4) Apa hasil yang nanti saya harapkan?
  - 5) Apa yang harus saya lakukan pada situasi yang sama di kesempatan lainnya?
- b. Perawat yang berpikir kritis akan bertanya:
  - 1) Apakah yang dapat saya ketahui tentang situasi ini?
  - 2) Bagaimana saya mengetahui tentang hal ini?

- 3) Apakah bias personal yang saya miliki dapat mempengaruhi situasi ini?
- 4) Apakah pilihan yang akan saya lakukan pada situasi ini?

### **1.10. Berpikir Kritis dalam Proses Keperawatan, Persamaan *Nursing Process* dengan *Scientific Method*, dan Cara Mengembangkan Keterampilan Berpikir Kritis**

Dalam pelaksanaannya, berpikir kritis dalam proses keperawatan dijabarkan sebagai berikut:

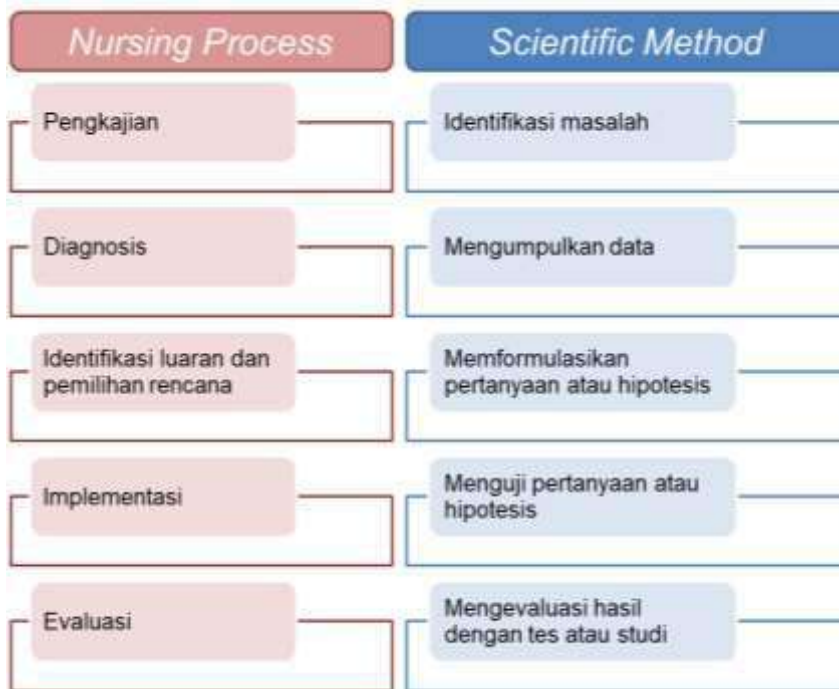


Gambar 1.9. *Nursing Process* sebagai Sebuah Kompetensi dalam Berpikir Kritis

Pada gambar 1.9 dapat dilihat bahwa *nursing process* sebagai sebuah kompetensi yaitu sebagai berikut:

- a. Tahun 2010 *America Nurses Association* (ANA) mengembangkan standar kerangka berpikir kritis di aplikasikan dalam 5 langkah proses keperawatan, yaitu pengkajian keperawatan, diagnosis keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan.
- b. Tujuan dari proses keperawatan adalah untuk mendiagnosis dan merawat respon manusia menjadi masalah kesehatan aktual atau potensial (ANA, 2010).
- c. Proses keperawatan diperlukan perawat dengan menggunakan kompetensi berpikir kritis umum dan spesifik menggambarkan lebih awal fokus pada kebutuhan unik diri pasien.

Terdapat persamaan antara *nursing process* dan *scientific method*, pada gambar 1.10 dapat dilihat bahwa terdapat persamaan *nursing process* dan *scientific method*. Dimana keduanya selalu dimulai dari mengidentifikasi permasalahan yang terjadi. Pada metode saintifik yang dapat diartikan sama dengan melakukan asesmen pada proses keperawatan. Pada proses akhir, keduanya diakhiri dengan melakukan evaluasi guna mengukur apakah proses yang dijalankan memberikan dampak yang signifikan atau tidak, penjelasan di atas dapat dilihat pada gambar berikut ini:



Gambar 1.10. Persamaan *Nursing Process* dan *Scientific Method* yang Dapat Diamati Secara Langsung

Berikut merupakan cara mengembangkan keterampilan berpikir kritis



Gambar 1.11. Cara Mengembangkan Keterampilan Berpikir Kritis pada Seorang Perawat

Pada gambar 1.11 dapat dilihat bahwa cara mengembangkan keterampilan berpikir kritis dapat dilakukan dengan 3 cara yaitu: 1) Melakukan refleksi dengan mengumpulkan pengalaman-pengalaman yang sudah dilewati dengan cara menulis di dalam jurnal pribadi (notulensi) perawat yang sewaktu-waktu dapat *direcall* kembali apa yang pernah dilakukan sebagai referensi tindakan yang akan dilakukan pada proses keperawatan, 2) Pada prinsipnya jika perawat tidak mampu memutuskan sendiri apa yang harus dilakukan adalah bertemu kolega demi mendapatkan referensi pengambilan keputusan merupakan hal yang terbaik bagi seorang perawat, 3) Cara terakhir adalah dengan membuat pemetaan konsep pada kondisi-kondisi yang menunjang praktik keperawatan yang dijalani. Ketiga cara di atas merupakan hal yang sangat baik jika dilakukan oleh perawat guna mengembangkan keterampilan berpikir kritis. Kemampuan berpikir kritis inilah yang nantinya akan menjadi modal kuat dalam proses asuhan keperawatan yang dijalankan perawat selama memberikan asuhan kepada pasien yang dikelola.

### **1.11. Rangkuman**

Kemampuan perawat dalam berpikir kritis pada saat pengambilan keputusan klinis merupakan suatu keniscayaan yang harus dimiliki di era sekarang ini. Perhatian besar kepada *evidence based practice* dan *evidence based nursing practice* dalam praktik asuhan

keperawatan memberikan pegangan bagi perawat dalam pengambilan keputusan klinis dalam pelayanan asuhan keperawatan. Tiga komponen berpikir kritis yang harus dimiliki perawat yaitu sebagai berikut *mental operations*, *knowledge* dan *attitudes*. Semua ini dimaksudkan agar perawat dalam praktiknya mempunyai kecakapan dalam hubungan interpersonal baik antar perawat dengan pasien atau antar perawat dengan perawat serta antar perawat dengan Profesional Pemberi Asuhan (PPA) lainnya di era asuhan yang serba terintegrasi seperti saat ini. Sebagai seorang Perawat Penanggung Jawab Asuhan (PPJA), haruslah dapat memantaskan diri untuk memiliki komponen berpikir kritis seperti yang disebutkan di atas untuk menjamin terlaksananya keterlibatan perawat dalam asuhan terintegrasi di rumah sakit.

Sebagai seorang perawat profesional diharapkan memiliki pemikiran yang kritis dalam melakukan suatu tindakan keperawatan. Dalam pelaksanaannya model berpikir kritis dibedakan menjadi tingkat yang terendah yaitu tingkat berpikir kritis dasar, kemudian tingkatan berpikir kritis yang kompleks hingga menuju tingkat berpikir yang komitmen. Secara komponen berpikir kritis tersusun dari dasar pengetahuan khusus, pengalaman, kompetensi, sikap dan standar.



## 1.12. Latihan

Untuk memperdalam pemahaman Anda mengenai materi di atas, kerjakanlah latihan berikut:

1. Jelaskan bagaimana perawat profesional yang seharusnya selalu mengedepankan berpikir kritis dalam bertindak!
2. Jelaskan komponen berpikir kritis yang harus dimiliki perawat profesional!
3. Jelaskan tahapan perkembangan kognitif yang dilewati seorang perawat!
4. Jelaskan langkah-langkah mengembangkan berpikir kritis pada perawat!
5. Jelaskan tentang 3 tingkatan berpikir kritis dalam keperawatan!
6. Jelaskan terkait komponen berpikir kritis dalam proses keperawatan!
7. Jelaskan persamaan *nursing process* dan *scientific method*!
8. Jelaskan cara mengembangkan keterampilan berpikir kritis bagi seorang perawat!

Untuk memperdalam materi di atas maka kerjakanlah soal di bawah ini:

Petunjuk: untuk soal nomor 1-10, pilihlah salah satu jawaban yang paling tepat!

1. Mengolah dan memanipulasikan informasi untuk memberikan respons berupa keputusan dan memecahkan masalah adalah pengertian dari...
  - a. Mental operation
  - b. Berpikir
  - c. Pengambilan keputusan klinis
  - d. Refleksi
  - e. Proses keperawatan
2. Berpikir kritis adalah kompetensi esensial keperawatan, adalah pernyataan dari...
  - a. *National League for Nursing*
  - b. *NANDA-International*
  - c. *American Nursing Association*
  - d. SDKI
  - e. Ketua NLN
3. Esensi yang ada dalam makna berpikir kritis adalah...
  - a. Menggunakan seluruh ide yang ada melalui pemikiran logis dan analisis
  - b. Mengumpulkan data dan langsung membuat kesimpulan
  - c. Mampu menganalisis data tanpa rasional
  - d. Proses terampil dalam membuat kesimpulan
  - e. Berpikir rasional namun sulit menyimpulkan hasil

4. Perilaku berpikir kritis sistematis artinya...
  - a. Mencari makna kebenaran dari situasi
  - b. Memiliki toleransi terhadap perbedaan pandangan
  - c. Menganalisis situasi yang berpotensi bermasalah
  - d. Terorganisir, fokus dengan berbagai macam data
  - e. Percaya pada proses penalaran sendiri
5. Kualitas perawatan yang dilakukan dipengaruhi oleh ...
  - a. Kemampuan perawat memahami komponen berpikir kritis
  - b. Kemampuan perawat dalam mengambil keputusan yang terbaik
  - c. Kemampuan perawat memiliki kreativitas dalam pelayanan keperawatan
  - d. Kemampuan perawat mengambil keputusan berdasarkan pengetahuan dan sikapnya
  - e. Kemampuan perawat dalam menyikapi suatu permasalahan
6. Salah satu upaya untuk meningkatkan kemampuan berpikir kritis adalah...
  - a. Mengembangkan kemampuan kognitif perawat
  - b. Mengembangkan kemampuan mengambil keputusan
  - c. Melatih kreativitas individu
  - d. Belajar dengan prinsip "*life long learner*"
  - e. Melatih psikomotor/kompetensi dengan intens
7. Menyampaikan berbagai pertanyaan di dalam pikiran tentang apa yang akan dilakukan. Pernyataan tersebut

menggambarkan salah satu proses berpikir kritis yaitu...

- a. Antisipasi
  - b. Mengumpulkan data
  - c. Refleksi
  - d. Aksi
  - e. Pengetahuan
8. Seseorang yang berpikir kritis dan kreatif dapat ditunjukkan dengan perilaku ...
- a. Selalu menganalisa dulu baru melakukan tindakan
  - b. Selalu belajar untuk meningkatkan kognitifnya sendiri
  - c. Selalu belajar dari setiap kesalahan yang dilakukan
  - d. Selalu bertanggung jawab dengan kegiatan yang dia lakukan
  - e. Selalu bingung dalam mengambil setiap keputusan
9. Perawat memiliki alternatif dan menemukan solusi dari berbagai konflik, merupakan tingkatan berpikir kritis yang dikemukakan oleh Kataoka yaitu :
- a. Mental operational
  - b. Dasar
  - c. Kompleks
  - d. Komitmen
  - e. Dualism
10. Keputusan klinis berbanding lurus dengan kemampuan perawat dalam...
- a. Menentukan diagnosis keperawatan

- b. Pengetahuan dasar dan pengalaman perawat dalam memberi asuhan
- c. berpikir kritis dan kreatif
- d. Mengambil keputusan dan memberikan solusi suatu permasalahan
- e. Meningkatkan pelayanan asuhan keperawatan

### 1.13. Bahan Bacaan Pendukung

A Potter, & Perry, A. G. (2007). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep Proses dan Praktik*, edisi 4, Volume 2. Jakarta: EGC.

Alfaro-Lefevre, R. (2017). *Critical Thinking, Clinical Reasoning, And Clinical Judgment* (Vol. 6th). Philadelphia: Elsevier.

American Nurses Association. (2010). *Nursing: Scope and standard of practice*. Diakses dari nursesbook.org pada 15 Oktober 2022.

Bandman, E.L., and Bandman, B. (1995). *Nursing Ethics through the Life Span. 3rd Edition*, Appleton & Langa, Norwalk.

Byrne, H. (1997). *Existential advocacy: Phylosophical foundation of nursing (nursing image and ideas)*. New york: Springer Publishing co

DeLaune, S. C., & Ladner, P. K. (2010). *Fundamental of nursing: Standart & Practice*. New York. Delmar

Facione, P. A. (1990). *Critical thinking: A Statement Of Expert Consensus for Purposes of Educational Assessment And Instruction*. Millbrae, CA: The California Academic Press.

Facione N, Facione P. (1996). *Externalizing the critical thinking in knowledge development and clinical judgment*, Nurs Outlook 44:129,

Kataoka-Yahiro, M., & Saylor, C. (1994). *A critical thinking model for nursing judgment*. The Journal of Nursing Education, 33(8), 351–356.



## BAB II

# PENGAMBILAN KEPUTUSAN KLINIS DALAM PRAKTIK KEPERAWATAN

 <https://keperawatan.ulm.ac.id>

### 2.1. Deskripsi Singkat

Pada bab kedua buku ini membahas tentang gambaran umum mengenai pembuatan keputusan klinis: *problem solving*, *critical thinking*, *clinical judgment*, dan *clinical decision-making*, persepsi membuat keputusan klinis: *a matrix model*, berpikir kreatif untuk bekerja dalam *system* yang *holistic*, belajar seumur hidup dalam membuat keputusan, memprioritaskan keputusan selama perjalanan pengobatan pasien, merefleksikan pada *judgment* dan keputusan dalam supervisi klinis juga dibahas dalam bab ini.

### 2.2. Relevansi

Pada proses pendidikan keperawatan, mahasiswa harus mulai belajar membuat keputusan klinis tentang pasien dan keluarganya, hal ini mengingat ke depannya pembuatan keputusan klinis akan menjadi suatu kompetensi yang harus dimiliki oleh perawat dalam praktiknya. Perawat teregistrasi atau yang sering disebut

*Registered Nurse* (RN) memiliki tanggung jawab untuk membuat keputusan klinik yang akurat dan tepat, dalam *setting* pelaksanaan manajemen asuhan di Indonesia di era akreditasi perawat dengan kriteria ini disebut dengan Perawat Penanggung Jawab Asuhan (PPJA). Dimana seorang PPJA diharapkan mempunyai kemampuan untuk membuat keputusan klinik yang akurat dan tepat dari pasiennya, sejak pasien diterima di ruang perawatan hingga pemulangan pasien dari ruang perawatan.

Keputusan klinik yang baik berhubungan dengan kemampuan berpikir kritis seorang perawat. Aplikasinya dilaksanakan setiap hari sebagai perawat di ruang perawatan ketika berinteraksi dengan pasien kelolaannya. Sebagai seorang perawat, dibutuhkan kemampuan sebagai seorang pemikir dan pengambil keputusan yang efektif dimana perawat mampu menganalisis data klinis, pengetahuan medis dan keperawatan, data lingkungan, mengartikan analisis ke dalam intervensi keperawatan kepada pasien kelolaan yang menjadi tanggung jawabnya.

Dalam menjalankan tugasnya, perawat tentu akan dihadapkan pada suatu situasi kondisi dimana perawat tersebut akan memutuskan tentang kondisi kesehatan pasien yang sedang ditangani. Kondisi kesehatan pasien yaitu terdiri dari pasien yang sehat dan pasien yang sedang mengalami sakit. Pemikiran kritis akan sangat dibutuhkan karena menentukan skala kondisi kesehatan pasien tentu



bukanlah hal yang mudah untuk dilakukan seorang perawat.

Mengambil keputusan secara tergesa-gesa ataupun tidak tepat akan mempengaruhi kualitas serta kuantitas pelayanan kesehatan pasien. Apabila seorang perawat tidak berhati-hati, terdapat kemungkinan pasien akan menerima perawatan yang tidak sesuai dengan apa yang dibutuhkan dan bahkan menimbulkan perpanjangan masa perawatan serta jauh dari prinsip keamanan dan keselamatan pasien.

Guna membantu perawat dalam mendata dan memutuskan kondisi kesehatan pasien, perawat dibantu dengan sebuah catatan yang disebut diagnosis, dalam hal ini diagnosis keperawatan dalam sebuah proses asuhan keperawatan yang akan dijalankan kepada pasien kelolaan. Diagnosis keperawatan berisi tentang kondisi klinis pasien secara spesifik. Diagnosis keperawatan dapat dijadikan sebuah acuan bagi pelayanan yang akan diberikan kepada pasien agar lebih cepat dan tepat dalam pelaksanaan asuhan keperawatan. Untuk itu maka penjelasan mengenai pengambilan keputusan klinis dalam keperawatan penting untuk diberikan.

### **2.3. Kompetensi**

Setelah menyelesaikan bab ini, mahasiswa akan mempunyai kemampuan untuk:

1. Menjelaskan terkait pengambilan keputusan klinis: *problem solving, critical thinking, clinical judgment, dan clinical decision-making.*
2. Menjelaskan terkait persepsi membuat keputusan klinis: *a matrix model*, berpikir kreatif untuk bekerja dalam *system* yang *holistic*, belajar seumur hidup dalam membuat keputusan, memprioritaskan keputusan selama perjalanan pengobatan pasien, merefleksikan pada *judgment* dan keputusan dalam supervisi klinis.

#### **2.4. Kegiatan Berpikir Kritis dalam Keperawatan**

Pada kegiatan praktiknya perawat akan menghadapi berbagai situasi klinis yang melibatkan pasien, keluarga pasien, staff di rumah sakit atau klinik, dan Profesional Pemberi Asuhan (PPA) lainnya. Mengingat rumah sakit merupakan organisasi padat karya dan padat tanggung jawab. Satu pasien yang dirawat akan melibatkan banyak PPA yang bersesuaian dengan kondisi klinisnya.

Di lain sisi sebagai perawat, kondisi praktiknya selalu dihadapkan pada tuntutan keluarga pasien agar merasa nyaman, ketika mengalami sakit berat, melakukan observasi perubahan kondisi pasien, mengidentifikasi masalah baru yang meningkat. Hal ini cukup berasal karena perawatlah bagian dari PPA yang mempunyai kontak paling erat dengan pasien dan keluarga, dalam kesehariannya perawat mempunyai 24 jam waktu berada di

sisi pasien. Alokasi waktu yang paling lama dari PPA lainnya di sisi pasien.

Seorang perawat profesional akan menggunakan pengetahuan dan pengalaman ketika memutuskan jika pasien memiliki komplikasi dalam pelayanan kesehatannya. Perawat harus memiliki cara berpikir tentang situasi yang dihadapi dan harus selalu bertanya “kenapa?”, “Apa yang terlupa?”, “Apakah saya benar-benar paham dengan situasi pasien atau keluarga?” dan “Apa yang akan menjadi pilihan saya dalam memberikan asuhan?”

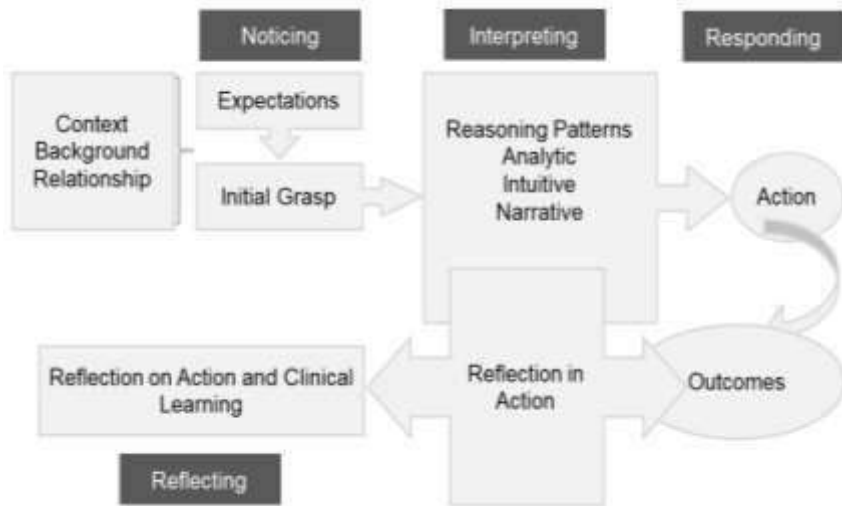
Menurut Tanner (2006), keputusan klinik atau pengambilan keputusan yang kompleks, memerlukan fleksibilitas dan kemampuan mengetahui dan mengenali sedikit saja perubahan yang terjadi atau aspek yang belum terdefinisi pada situasi klinis. Kebanyakan pasien memiliki masalah kesehatan yang solusinya tidak ada di dalam buku teks ataupun buku ajar. Seringkali perawat tidak punya gambaran yang jelas tentang kebutuhan pasien dan memberikan tindakan yang tepat ketika pertama bertemu dengan pasien. Kedua fenomena tersebut haruslah menjadi pengalaman tersendiri bagi perawat, perawat harus banyak belajar dari kondisi yang dihadapi di praktiknya pada semua pasien yang pasti memiliki karakteristik berbeda-beda. Harapan terbaiknya adalah perawat dapat mengambil beberapa pelajaran penting

pada kondisi yang dialami pasien dan akan menjadi bekal praktiknya di masa yang akan datang.

## **2.5. Konsep *Clinical Judgement* dan Kompetensi Berpikir Kritis**

*Clinical judgement* merupakan kesimpulan perawat yang mengakui kemudian menafsirkan dengan benar data klinis yang relevan untuk menentukan respon terbaik. Terdapat istilah "*Is An Outcome That Cannot Be Taught Directly*" atau dapat diartikan sebagai "hasil yang tidak dapat diajarkan secara langsung". *Clinical judgement* pada prosesnya memerlukan pemikiran guna menafsirkan data klinis dengan benar, melihat relevansi data untuk mendasari pengambilan keputusan tentang masalah yang dihadapi pasien guna menyusun rencana tindakan yang akan diberikan kepada pasien.

Pada *Clinical Judgement* terdapat suatu model yang sering dipakai sebagai landasan berpikir dan bertindak. *Tanner's Clinical Judgement Model (Research And Evidence-Based Published In 2006)*, Model ini untuk membangun *clinical reasoning skills* untuk praktik dan mendapatkan lisensi bagi seorang perawat. Berikut merupakan gambaran model yang dimaksud:



Gambar 2.1. Model *Tanner's Clinical Judgement* untuk Membangun *Clinical Reasoning Skills*

Pada gambar 2.1. dapat dilihat bahwa model ini terbagi menjadi beberapa keterangan yang harus dipahami yaitu sebagai berikut:

- a. *Noticing*: Apakah data klinis yang didapatkan perawat penting atau signifikan?
- b. *Interpreting*: Apa arti atau signifikansi klinis dari data klinis relevan yang diperhatikan?
- c. *Responding*: Bagaimana perawat merespon dengan prioritas keperawatan dan rencana perawatan berdasarkan data klinis yang diperhatikan dan ditafsirkan?
- d. *Reflecting*: Setelah memberikan respon, apa evaluasinya, merefleksikan data klinis yang diperhatikan oleh perawat?

*Clinical judgement* merupakan bagian paling awal dari suatu proses yang akan dilakukan perawat ketika memberikan asuhan keperawatan kepada pasien. *Clinical judgement* akan mendasari *clinical reasoning/critical thinking* yang dilakukan perawat, selanjutnya *clinical reasoning/ critical thinking* akan mendasari dari *problem solving* yang akan dilakukan perawat. Sedangkan *problem solving* inilah yang nantinya akan diterjemahkan ke dalam *psychomotor skill* berupa tindakan-tindakan yang diupayakan untuk menyelesaikan permasalahan pada pasien. Sehingga dapat diartikan bahwa *clinical judgement* yang dilakukan di awal nantinya akan mempengaruhi *psychomotor skill* yang akan dilakukan perawat. Jika *clinical judgement* yang dilakukan perawat bersesuaian dengan kondisi pasien maka dapat dipastikan bahwa *psychomotor skill* yang dilakukan akan membawa kondisi pasien ke arah yang lebih baik dari sebelumnya. Berikut merupakan Model dari *Nursing Skill Development dan Judgment* yang kita kenal:



Gambar 2.2. Model *Nursing Skill Development dan Judgment*

Pada gambar 2.2. dapat dilihat bahwa *nursing skill* atau *psychomotor skill* yang akan dilakukan perawat pada praktiknya akan sangat spesifik pada kondisi yang dialami pasien selama proses keperawatan dijalankan. Spesifik atau tidaknya *nursing skill* yang akan dilakukan sangat tergantung pada *clinical judgement* yang dilakukan perawat itu sendiri.

Kompetensi berpikir kritis diantaranya:

- a. Berpikir kritis umum (metode saintifik, pemecahan masalah, pengambilan keputusan).
- b. Berpikir kritis spesifik pada situasi klinis (penalaran diagnostik/*diagnostic reasoning, clinical inference, clinical decision making*).
- c. Berpikir kritis spesifik dalam keperawatan (proses keperawatan).

## **2.6. Scientific Method, Problem Solving, dan Decision Making sebagai Bagian dari Berpikir Kritis Umum**

*Scientific method* merupakan cara sistematis memecahkan masalah menggunakan penalaran yang dilakukan oleh perawat dalam kesehariannya. Sistematis diartikan sebagai kegiatan perawat dalam menggunakan pendekatan pengumpulan data dan pemecahan masalah menggunakan berbagai profesional di bidang kesehatan. Pendekatan ini untuk mengetahui kebenaran atau verifikasi sekelompok fakta dengan kenyataannya. *Scientific method* merupakan suatu kemampuan berpikir kritis umum pada

seorang perawat dengan contoh penjabaran yaitu sebagai berikut:



Gambar 2.3. *Scientific Method* dalam Berpikir Kritis

Pada gambar 2.3. dapat dilihat bahwa *scientific method* sebagai bagian dari berpikir kritis umum dan pada praktik keperawatan dapat terlihat pada kasus misalnya pada masalah klinik berupa “gagal jantung yang umumnya mengakibatkan remisi 30 hari di antara orang dewasa yang lebih tua di rumah sakit”.

Seorang perawat yang mencoba menggunakan *scientific method* pada praktik keperawatan mulai memikirkan hal-hal berikut ini yaitu:

a. Identifikasi masalah

“Apakah level dari staf keperawatan dan pendidikan perawat berhubungan dengan remisi 30 hari pada pasien dengan gagal jantung?”

b. Kumpulkan data



“Peneliti melakukan *review* pada literatur tentang remisi gagal jantung dan studi lanjutan yang melihat efek dari persiapan perawat pada *discharge planning*. Peneliti selalu melakukan *review* tentang bagaimana lingkungan kerja perawat berdampak pada pelayanan kesehatan”

- c. Membentuk pertanyaan penelitian untuk mempelajari masalah

“Apa hubungan antara faktor perawat rumah sakit (gambarkan lingkungan kerja perawat, level perawat dan pendidikan perawat) dan remisi 30 hari pasien dengan gagal jantung?”

- d. Menjawab pertanyaan

“Analisis data dari 3 negara bagian di *United State* terdiri dari perawat rumah sakit (misal lingkungan kerja, rasio perawat-pasien, proporsi perawat lulusan sarjana), data pasien pulang dan data dari Lembaga survei di *United State*”

- e. Evaluasi dari hasil studi. Apakah ini merupakan jawaban pertanyaan penelitian?

“Metode statistik memperkirakan hubungan antara faktor perawat dan remisi 30 hari. Hampir 1 triwulan pasien yang masuk rumah sakit dengan gagal jantung sebanyak 23,30% (39.954) tidak terdaftar dalam 30 hari. Setiap pasien tambahan yang diberikan pada setiap perawat dalam rerata beban kerja perawat berhubungan dengan 7,00% berisiko tinggi tidak terdata sebagai gagal jantung. Perawatan di rumah sakit dengan lingkungan

kerja baik dibandingkan buruk berhubungan dengan peluang tidak terdaftar sebanyak 7,00% lebih rendah sebagai gagal jantung (McHug and Ma, 2013).” Rendahnya pelayanan yang diberikan bersesuai dengan penelitian Monalisa, Pertiwiwati, Setiawan (2021), yang menyebutkan bahwa terdapat hubungan beban kerja perawat dengan kinerja perawat dalam pelaksanaan asuhan keperawatan.

*Problem solving* merupakan cara perawat ketika menghadapi sebuah masalah yang muncul, perawat akan mengumpulkan informasi dan menggunakannya, menambahkan apa yang sudah diketahui dan menemukan solusi dari masalah yang terjadi. Hal ini penting dilakukan mengingat pada praktik keperawatan, pasien akan sering mengalami masalah dapat terlihat pada kasus misalnya pada “seorang memiliki kesulitan untuk mendapatkan pengobatan secara teratur, pasien tidak dapat menggambarkan pengobatan yang sudah didapatkan 3 hari yang lalu, botol obat sudah diberi label dan tulisan. Perawat harus memberi solusi dari masalah tersebut yaitu mengapa pasien tidak mengikuti jadwal medikasinya?”

Seorang perawat yang mencoba menggunakan *problem solving* pada praktik keperawatan mulai memikirkan hal-hal berikut ini yaitu:

- a. Temukan masalah
- b. Analisis kemungkinan penyebab dari masalah

- c. Buat solusi yang memungkinkan
- d. Pilih kemungkinan solusi terbaik
- e. Buat rencana aksi
- f. Laksanakan dan evaluasi solusi

*Decision making* merupakan produk dari berpikir kritis yang berfokus pada resolusi atau penyelesaian masalah yang terjadi pada pasien. Kriteria yang akan membantu dalam membuat keputusan kemungkinan bersifat personal berdasarkan pada aturan organisasi, atau biasanya pada kasus di keperawatan yaitu standar profesional.

Seorang perawat yang mencoba menggunakan *decision making* pada praktik keperawatan mulai memikirkan hal-hal berikut ini yaitu:

- a. Kumpulkan dan temukan masalah atau situasi.
- b. Kaji semua pilihan.
- c. Pertimbangkan setiap pilihan bandingkan dengan kriteria personal.
- d. Coba kemungkinan pilihan.
- e. Pertimbangkan konsekuensi dari keputusan.
- f. Buat keputusan final/akhir.

Pengambilan keputusan merupakan kemampuan mendasar bagi praktisi kesehatan, khususnya dalam asuhan keperawatan. Pengambilan keputusan merupakan suatu pendekatan yang sistematis terhadap hakikat suatu masalah dengan pengumpulan fakta-fakta dan data,

menentukan alternatif yang matang untuk mengambil suatu tindakan yang tepat. Ada lima hal yang perlu diperhatikan dalam pengambilan keputusan, yaitu:

- a. Proses pengambilan keputusan tidak terjadi secara kebetulan.
- b. Pengambilan keputusan tidak dilakukan secara sembrono tapi harus berdasarkan pada sistematika tertentu.
- c. Masalah harus diketahui dengan jelas.
- d. Pemecahan masalah harus didasarkan pada fakta-fakta yang terkumpul dengan sistematis.
- e. Keputusan yang baik adalah keputusan yang telah dipilih dari berbagai alternatif yang telah dianalisis secara matang.

Dalam proses pemecahan masalah untuk satu situasi dapat digunakan untuk membantu dalam pemecahan pada situasi yang lain. Beberapa pendekatan yang sering digunakan dalam pemecahan masalah, adalah *trial and error*, intuisi, proses penelitian atau metode ilmiah. Pada kondisi pemecahan masalah yang dihadapi oleh pasien. perawat harus secara seksama mengevaluasi solusi dan memilih solusi terbaik untuk diimplementasikan. Sehingga pemecahan masalah diselesaikan dengan beberapa langkah-langkah.

Seorang perawat dalam pemecahan masalah harus senantiasa mendapatkan informasi untuk mengklarifikasi sifat masalah dan mencari solusi dalam pemecahan

masalah yang dihadapi oleh pasien. Kemudian secara seksama mengevaluasi solusi dan memilih solusi terbaik untuk diimplementasikan. Berdasarkan hasil penelusuran literatur ada 7 langkah-langkah yang dapat digunakan dalam pemecahan masalah asuhan keperawatan yaitu:

- a. Mengetahui hakikat dari masalah dengan mendefinisikan masalah yang dihadapi.
- b. Mengumpulkan fakta-fakta dan data yang relevan.
- c. Mengolah fakta dan data.
- d. Menentukan beberapa alternatif pemecahan masalah.
- e. Memilih cara pemecahan dari alternatif yang dipilih.
- f. Memutuskan tindakan yang akan diambil.
- g. Melakukan evaluasi.

Pertimbangan etis yang meliputi tantangan dalam masalah dan dilema etis dapat diarahkan dengan metode proses asuhan keperawatan. Hal terbaik sebelum diambil suatu keputusan sebaiknya didiskusikan terlebih dahulu antara pasien dengan perawat atau petugas kesehatan yang akan melakukan suatu tindakan tertentu dengan mempertimbangkan berbagai informasi yang relevan.

## **2.7. *Diagnostic Reasoning, Clinical Interference* dan *Clinical Decision Making* sebagai Bagian dari Berpikir Kritis Spesifik**

Pada praktiknya perawat membutuhkan kemampuan *clinical reasoning* atau dalam istilah lainnya disebut penalaran klinis guna menentukan masalah keperawatan

yang sangat beragam dengan kondisi yang hampir mirip ditunjukkan pasien. *Clinical reasoning* (penalaran klinis) merupakan sebuah kemampuan yang harus dimiliki oleh perawat dalam mengaplikasikan berbagai teori dan kemampuan klinis pada kasus pasien yang dihadapi pada masa perawatan. Kemampuan ini berguna untuk kemudian dapat menentukan diagnosis keperawatan yang tepat dan memberikan rencana asuhan keperawatan yang sesuai dengan kondisi yang terjadi pada pasien. Penalaran klinis didefinisikan sebagai sebuah kemampuan pengambilan keputusan, pemecahan terhadap masalah yang dihadapi, pemikiran kritis, dan penilaian klinis (Hunter & Arthur, 2016). Penalaran klinis yang baik dapat membantu perawat meningkatkan performa dalam pemberian asuhan keperawatan yang aman dan efektif serta selalu menjaga mutu dan keselamatan pasien (Harmon & Thompson, 2015). Pada proses penalaran klinis terdapat *clinical interfenrence* yang diartikan sebagai proses menggambarkan kesimpulan dari bagian bukti dan pengalaman sebelumnya.

Seorang perawat yang mencoba menggunakan *clinical reasoning* pada praktik keperawatan mulai memikirkan hal-hal berikut ini yaitu:

- a. Proses analitik untuk menentukan masalah kesehatan pasien.
- b. Dimulai ketika perawat menemukan informasi tentang pasien di situasi klinik.

- c. Perawat dapat mengartikan perilaku dan tanda dan gejala fisik yang ditemukan pada pasien.
- d. Kegiatan terus menerus dalam praktik keperawatan.
- e. Perawat mengumpulkan data dan menganalisis diagnosis keperawatan yang muncul, namun perawat tidak membuat diagnosa medis.
- f. Bagian dari *diagnostic reasoning* adalah *clinical interfenrence*, yaitu proses menggambarkan kesimpulan dari bagian bukti dan pengalaman sebelumnya.
- g. Ketika menentukan kesimpulan, perawat membentuk pola informasi dari data sebelum menentukan diagnosis keperawatan.

Pengambilan keputusan klinis merupakan suatu pendekatan yang sistematis terhadap hakikat masalah dengan pengumpulan fakta-fakta dan data, menentukan alternatif yang matang untuk mengambil suatu tindakan yang tepat pada pasiennya. Pengambilan keputusan dalam penyelesaian masalah adalah kemampuan mendasar bagi praktisi kesehatan, khususnya dalam asuhan keperawatan. Tidak hanya berpengaruh pada proses pengelolaan asuhan keperawatan tetapi penting untuk meningkatkan kemampuan merencanakan perubahan. Perawat dalam semua tingkatan posisi klinis harus memiliki kemampuan menyelesaikan masalah keperawatan dan mengambil keputusan yang efektif serta efisien, baik sebagai pelaksana keperawatan maupun sebagai Perawat

Penanggung Jawab Asuhan (PPJA). Penyelesaian masalah dan pengambilan keputusan bukan merupakan bentuk sinonim atau perasamaan kata. Pemecahan masalah dan proses pengambilan keputusan membutuhkan pemikiran kritis dan analisis yang dapat ditingkatkan dalam praktiknya. Pengambilan keputusan merupakan upaya pencapaian tujuan dengan menggunakan proses yang sistematis dalam memilih alternatif penyelesaian masalah keperawatan yang ada. Tidak semua pengambilan keputusan dimulai dengan situasi masalah. Pemecahan masalah termasuk dalam langkah proses pengambilan keputusan yang difokuskan untuk mencoba memecahkan masalah secepatnya. Masalah dapat digambarkan sebagai kesenjangan diantara “apa yang ada dan apa yang seharusnya ada pada asuhan keperawatan”. Pemecahan masalah dan pengambilan keputusan yang efektif diprediksi bahwa individu harus memiliki kemampuan berpikir kritis dan mengembangkan dirinya dengan adanya bimbingan dan *role model* di lingkungan kerjanya.

Seorang perawat yang mencoba menggunakan *clinical decision making* pada praktik keperawatan mulai memikirkan hal-hal berikut ini yaitu:

- a. Aktivitas pemecahan masalah yang berfokus pada menemukan masalah dan memilih tindakan yang tepat.
- b. Perawat mengidentifikasi masalah pasien dan memilih intervensi keperawatan.



- c. Perawat membuka keputusan klinik sepanjang waktu untuk meningkatkan kesehatan pasien dan menjaga kesehatan.
- d. Contohnya pada pasien dengan kurangnya pergerakan dan adanya kemerahan pada persendian maka dapat diidentifikasi masalah “kerusakan integritas kulit” dengan intervensi *skin care* pada area persendian.
- e. Keterampilan membuat keputusan klinik terjadi ketika mengetahui pasien.
- f. Mengetahui pasien adalah pengetahuan yang dalam untuk mengetahui pola respon pasien di situasi klinik dan mengetahui pasien sebagai individu.
- g. Mengetahui pasien berhubungan dengan pengalaman perawat dalam merawat pasien, memiliki pengalaman klinik di area tersebut dan memiliki sensitifitas untuk dekat dengan pasien.

Beberapa tips membangun kemampuan untuk mengambil keputusan klinik, diantaranya:

- a. Meluangkan waktu untuk melakukan asesmen keperawatan kepada pasien secara menyeluruh, tingkatkan koneksi dengan pasien.
- b. Ketika berbicara dengan pasien, dengarkan dan pahami apa yang diungkapkan pasien dan keluarga.
- c. Periksa pasien secara konsisten untuk mengkaji dan monitor masalah yang dialami pasien.
- d. Mintalah untuk merawat pasien yang sama untuk dilakukan perawatan beberapa hari ke depan.

e. Melakukan pembicaraan sosial dan berkelanjutan.

*Clinical decision making* untuk sekelompok pasien dalam masa perawatan dapat dilihat dari langkah berikut ini:

- a. Mengidentifikasi diagnosis keperawatan dan masalah kolaboratif yang mungkin terjadi pada pasien.
- b. Menganalisis masalah keperawatan yang terjadi dan berusaha memilih masalah yang paling urgen sesuai kebutuhan dasar untuk diselesaikan terlebih dahulu.
- c. Membuat prioritas masalah keperawatan.
- d. Mempertimbangkan sumber daya yang dapat digunakan untuk mengatasi masalah keperawatan yang dialami pasien.
- e. Melibatkan pasien dan atau keluarganya dalam rencana asuhan keperawatan.
- f. Memutuskan kombinasi aktivitas untuk mengatasi masalah keperawatan pasien.
- g. Mendiskusikan kasus rumit dengan perawat lain atau profesional pemberi asuhan (PPA) lainnya.

Pengambilan keputusan klinis akan memperlihatkan perbedaan antara perawat dengan staf teknis, pada kondisi tertentu perawat akan cepat bertindak ketika kondisi pasien menurun mendeteksi masalahnya dan berinisiatif untuk memperbaikinya. Pengambilan keputusan klinis sebagai

keputusan yang terdiri atas pemikiran kritis dan penuh pertimbangan, serta penetapan dari ilmu serta pikiran kritis.

Pasien tentu akan memiliki keluhan yang berbeda-beda yang dipengaruhi oleh kesehatan fisik, gaya hidup, budaya, hubungan kekerabatan, lingkungan tempat tinggal, hingga pengalaman pasien itu sendiri. Oleh karena itu, perawat tidak dapat langsung mengetahui apa yang pasien butuhkan, melainkan pasien tersebut harus menyampaikan keluhan yang pasien rasakan dan perawat harus banyak bertanya dan memiliki rasa ingin tahu untuk melihat suatu hal dengan perspektif yang berbeda.

Pemikiran kritis merupakan pusat praktik keperawatan profesional karena hal tersebut membuat seorang perawat terus memperbaiki cara pendekatan kepada pasien dan menerapkan pengetahuan-pengetahuan baru yang berdasarkan pengalaman dari sebelumnya.

## 2.8. Aplikasi Berpikir Kritis dalam Praktik Keperawatan

Pada pelaksanaan aplikasi berpikir kritis dalam praktik keperawatan dapat dilihat pada tabel di bawah ini:

| <b>Perilaku Berpikir Kritis</b> | <b>Aplikasi di Praktik</b>  |
|---------------------------------|---|
| Percaya diri                    | Mempelajari bagaimana memperkenalkan diri kepada pasien, berbicara dengan keyakinan Ketika memulai tindakan atau prosedur. Jangan membuat pasien berpikir bahwa anda tidak dapat melakukan perawatan dengan |

| Perilaku Berpikir Kritis     | Aplikasi di Praktik  |
|------------------------------|--|
|                              | aman. Selalu melakukan persiapan dengan baik sebelum melakukan aktivitas keperawatan. Dorong pasien untuk memberikan pertanyaan.   |
| Berpikir mandiri             | Baca literatur keperawatan, terutama ketika ada perbedaan pandangan pada subjek yang sama. Bicara dengan perawat lain dan berbagi ide tentang intervensi keperawatan.  |
| Bersikap adil                | Dengarkan dari berbagai sisi pada beberapa diskusi. Jika pasien atau anggota keluarga menyampaikan komplain tentang rekan kerja, dengarkan cerita dan berbicara dengan rekan kerja dengan baik. Jika anggota staf memberi label pasien tidak kooperatif, asumsikan perawatan pada pasien dengan terbuka dan memiliki keinginan untuk menemukan kebutuhan pasien. |
| Bertanggung jawab dan otonom | Meminta bantuan jika anda tidak yakin tentang bagaimana melakukan keterampilan keperawatan. Merujuk pada aturan dan manual prosedur untuk melakukan <i>review</i> langkah pelaksanaan keterampilan. Laporkan berbagai masalah yang terjadi. Gunakan standar praktik pada tempat anda bekerja.  |

| <b>Perilaku Berpikir Kritis</b> | <b>Aplikasi di Praktik</b>   |
|---------------------------------|--|
| Berani mengambil risiko         | Jika pengetahuan anda menyebabkan anda menanyakan tentang pesanan pelayanan kesehatan, maka lakukanlah. Terima rekomendasi alternatif dalam pendekatan keperawatan dari kolega anda yang mungkin telah sukses dilakukan kepada pasien.   |
| Disiplin                        | Lakukan apapun yang anda lakukan. Gunakan keilmuan yang diketahui dan kriteria dasar praktik untuk aktivitas seperti pengkajian dan evaluasi. Gunakan waktu untuk lebih teliti dan atur waktu dengan efektif.  |
| Tekun                           | Berhati-hati dengan jawaban yang mudah. Jika rekan kerja anda memberikan informasi tentang pasien dan beberapa fakta terlihat ada yang hilang, klarifikasi informasi tersebut atau bicarakan dengan pasien secara langsung. Jika masalah pada tipe yang sama masih terjadi pada divisi keperawatan, ajak rekan kerja Bersama-sama, melihat kepada pola dan cari solusinya. |
| Kreatif                         | Lihat pada beberapa pendekatan berbeda jika intervensi tidak berfungsi bagi pasien. Contohnya, pada pasien nyeri mungkin membutuhkan posisi berbeda atau teknik distraksi. Bila perlu, libatkan  |

| <b>Perilaku Berpikir Kritis</b> | <b>Aplikasi di Praktik</b>   |
|---------------------------------|--|
|                                 | keluarga pasien untuk mengadaptasikan pendekatan anda untuk menggunakan metode perawatan tersebut di rumah.  |
| Rasa ingin tahu                 | Selalu bertanya kenapa. Tanda klinis atau gejala seringkali mengindikasikan beberapa masalah. Jelajahi dan pelajari lebih banyak tentang pasien sehingga dapat membuat keputusan klinis yang tepat.  |
| Memiliki integritas             | Kenali ketika pendapat anda berselisih dengan beberapa pasien, <i>reiview</i> posisi anda dan putuskan bagaimana proses yang terbaik untuk mencapai tujuan yang akan memuaskan semua orang. Jangan mengkompromikan standar keperawatan atau kejujuran dalam asuhan keperawatan.                                      |
| Rendah hati                     | Kenali ketika anda membutuhkan informasi lebih untuk membuat keputusan. Ketika anda masih baru sebagai divisi klinis, tanyakan sebagai bentuk orientasi pada lingkungan. Tanyakan kepada RN (perawat teregistrasi) yang ditugaskan secara rutin ke area tersebut untuk membantu melakukan pendekatan saat perawatan. |

## **2.9. Standar dalam Berpikir Kritis**

### **2.9.1. Standar Intelektual**

- 1) Paul (1993) mengidentifikasi 14 standar intelektual dalam berpikir kritis, penting dalam penentuan rasional.
- 2) Standar ini diaplikasikan pada seluruh langkah pada proses keperawatan.
- 3) Ketika anda menemukan masalah pasien, gunakan standar intelektual sebagai presisi, akurasi dan konsistensi untuk memastikan bahwa seluruh data yang dibutuhkan dapat menjadi keputusan klinik yang baik.
- 4) Selama perencanaan keperawatan, gunakan standar yang logis dan signifikan untuk membuat rencana keperawatan yang bermakna dan relevan dengan kebutuhan pasien.

### **2.9.2. Standar Profesional**

- 1) Berkaitan dengan kriteria etik dalam pengambilan keputusan, kriteria berdasarkan bukti untuk evaluasi dan kriteria tanggung jawab profesional.
- 2) Standar profesional meningkatkan level kualitas keperawatan.
- 3) Sangat penting untuk fokus pada nilai dan kepercayaan pasien membantu anda untuk membuat keputusan klinik.

Penilaian klinis merupakan kesimpulan tentang kebutuhan pasien atau masalah kesehatan dan keputusan untuk melakukan atau mencegah aksi. Proses pembuatan keputusan klinis oleh perawat terdiri dari mengumpulkan data, mengobservasi perubahan kondisi, identifikasi masalah, perencanaan keperawatan, melakukan intervensi sesuai kondisi. Refleksi merupakan kesengajaan berpikir kembali atau mengingat kembali situasi untuk mencari tujuan atau makna sehingga dapat menjadi referensi dalam pelaksanaan asuhan di masa yang akan datang.

## **2.10. Rangkuman**

Pengambilan keputusan klinis oleh seorang perawat memerlukan dasar pijakan yang kuat dalam praktiknya. Pengambilan keputusan klinis harus berorientasi pada pemecahan masalah yang sedang dialami oleh pasien kelolaan. Dalam menentukan keputusan klinis diharapkan perawat mampu untuk mengumpulkan fakta-fakta dan data sehingga menjadi dasar bagi pengambilan keputusan klinis berdasarkan kemampuan berpikir kritis seorang perawat. Keputusan klinis yang dibuat seorang perawat ke depannya akan mempengaruhi asuhan keperawatan yang dijalankan kepada pasien yang dikelola.



## 2.11. Latihan

Untuk memperdalam pemahaman Anda mengenai materi di atas, kerjakanlah latihan berikut:

1. Jelaskan alasan keputusan klinis penting dibuat dalam proses asuhan keperawatan!
2. Jelaskan keterkaitan antara tindakan keperawatan yang diberikan kepada pasien dengan keputusan klinis yang dibuat!

Untuk memperdalam materi di atas maka kerjakanlah soal di bawah ini:

Petunjuk: untuk soal nomor 1-10, pilihlah salah satu jawaban yang paling tepat!

1. Di bawah ini merupakan pernyataan yang benar tentang hubungan berpikir kritis dan pengambilan keputusan klinis...
  - a. Mampu memecahkan masalah dan membuat keputusan yang tepat
  - b. Perawat praktisi sudah dapat dipastikan mampu berpikir kritis dan mengambil keputusan klinik tepat
  - c. Mengumpulkan data dan mengambil keputusan klinis dengan melalui proses berpikir kritis
  - d. Memastikan dulu data lengkap baru kemudian mengambil keputusan

- e. Setiap perawat yang teregistrasi dapat disebut pengambil keputusan klinis baik
2. Keputusan klinis menurut Tanner (2006) yang ada pada tahap *notice* adalah ...
- a. Menemukan data klinis yang penting atau signifikan
  - b. Memaknai data klinis yang signifikan yang diperhatikan
  - c. Perawat membuat prioritas masalah dan rencana keperawatan
  - d. Perawat membuat rencana keperawatan berdasarkan prioritas masalah
  - e. Perawat melakukan evaluasi data klinis yang muncul
3. Dalam pengambilan keputusan klinis perlu dipahami tentang konsep berpikir kritis yang umum. Pada tahap awal perlu mengetahui tentang *scientific method*. Apa yang dimaksud dengan *scientific method*?
- a. Cara sistematis memecahkan masalah menggunakan rasional
  - b. Kesimpulan perawat yang menafsirkan data klinis yang relevan
  - c. Pengumpulan informasi dengan menggunakan pendekatan berpikir kritis umum
  - d. Produk berpikir kritis yang berfokus pada resolusi masalah
  - e. Proses analitik untuk menentukan masalah Kesehatan pasien

4. Proses *scientific methode* pada tahapan kedua setara dengan tahapan dalam proses keperawatan yaitu...
  - a. Identifikasi Masalah
  - b. Mengumpulkan data
  - c. Merumuskan diagnosis keperawatan
  - d. Membuat perencanaan
  - e. Melakukan evaluasi
5. Seorang perawat menentukan diagnosis keperawatan Ketika mendapatkan data yang sudah di validasi, keputusan klinik perawat tersebut berdasarkan tahapan menurut Tanner (2006) maka berada pada tahap...
  - a. *Noticing*
  - b. *Interpreting*
  - c. *Responding*
  - d. *Reflecting*
  - e. *Evaluation*
6. Berpikir kritis yang spesifik dalam keperawatan adalah...
  - a. Proses keperawatan
  - b. Penalaran diagnostik
  - c. Pengambilan keputusan klinik
  - d. Perumusan masalah klinik
  - e. *Scientific method*
7. Pada proses pemecahan masalah, tahap akhir yang harus dilakukan yaitu...
  - a. Temukan masalah
  - b. Analisis kemungkinan penyebab masalah

- c. Buat solusi yang memungkinkan
  - d. Buat rencana
  - e. Laksanakan dan evaluasi solusi
8. Tahapan awal dari pengambilan keputusan adalah...
- a. Kumpulkan dan temukan masalah atau analisis
  - b. Kaji semua pilihan
  - c. Coba kemungkinan pilihan
  - d. Pertimbangkan konsekuensi dari keputusan
  - e. Buat keputusan akhir
9. Proses analitik untuk menentukan masalah kesehatan pasien dalam pengambilan keputusan klinik dalam proses keperawatan termasuk pada tahapan...
- a. Pengkajian
  - b. Perumusan diagnosis keperawatan
  - c. Perencanaan
  - d. Implementasi
  - e. Evaluasi
10. Pengambilan keputusan klinik yang merupakan keterampilan penting bagi seorang perawat adalah....
- a. Mampu membuat diagnosis keperawatan yang tepat
  - b. Mampu mengenali pola respon pasien di situasi klinik dan sebagai individu
  - c. Mampu menentukan solusi dan perencanaan dari masalah keperawatan
  - d. Mampu melakukan tindakan sesuai masalah yang ditentukan

- e. Mampu melakukan evaluasi dari respon pasien di situasi klinik

## **2.12. Bahan Bacaan Pendukung**

Harmon, M. M., Thompson, C. (2015). *Clinical reasoning in pre-licensure nursing students*.

Hunter, S., Arthur, C. (2016). *Nurse Education in Practice Clinical reasoning of nursing students on clinical placement: Clinical educators' perceptions*. *Nurse Education in Practice*, 18, 73–79.

Monalisa, Endang Pertiwiwati, Herry Setiawan. Hubungan Beban Kerja Perawat dengan Kinerja Perawat dalam Pelaksanaan Asuhan Keperawatan di Rawat Inap RSUD Ratu Zalecha Martapura. *Nerspedia*, 2021; 3(1): 122-130.

Tanner, C. A. (2006). *Thinking Like a Nurse A Research-Based Model of Clinical Judgment in Nursing*. *Journal of Nursing Education*, 45, 204-211.



<https://keperawatan.ulm.ac.id>

## BAB III

# KONSEP DASAR PROSES KEPERAWATAN

### 3.1. Deskripsi Singkat

Pada bab ketiga buku ini membahas tentang gambaran umum mengenai konsep dasar keperawatan yang terdiri dari siklus yang dimulai dari teori keperawatan, asesmen keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan/ catatan perkembangan juga dibahas dalam bab ini.

### 3.2. Relevansi

Seiring perjalanan waktu, dunia keperawatan terus berbenah dan berubah ke arah yang lebih baik berdasarkan *evidence based practice* dan *evidence based nursing practice*. Pada pelaksanaannya siklus proses asuhan keperawatan terbaru terdapat perubahan paradigma berpikir seorang perawat profesional. Dahulu kita atau pendahulu keperawatan mengenal bahwa proses keperawatan dimulai dari pengkajian atau asesmen, penegakan diagnosis, pemilihan intervensi, pelaksanaan asuhan atau implementasi dan diakhiri oleh pelaksanaan

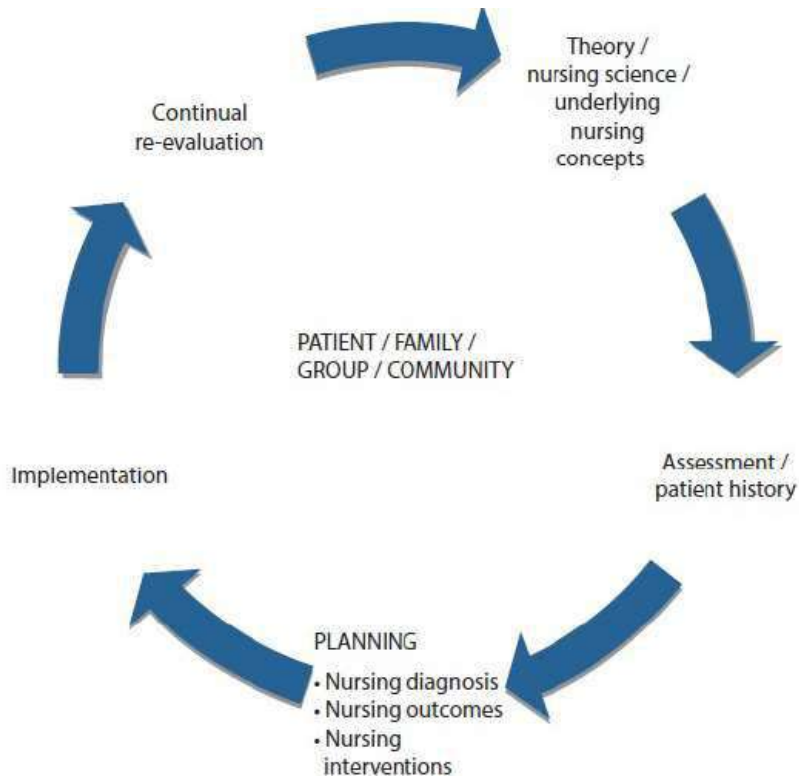
evaluasi. Hal ini pun telah berpuluh-puluh tahun diajarkan di kampus-kampus keperawatan di Indonesia khususnya. Hal ini dapat terlihat seperti yang di gambar berikut ini:



Gambar 3.1. Siklus Proses Keperawatan dengan Paradigma Lama

Pada gambar 3.1 dapat dilihat bahwa terdapat lima tahapan proses keperawatan yang biasanya dimulai dari asesmen keperawatan dan diakhir oleh evaluasi keperawatan. Hal ini menurut beberapa ahli kurang menggambarkan proses keperawatan yang utuh dimana latar belakang keperawatan sebenarnya mempunyai batang tubuh pengetahuan yang kuat dan mendasar, proses keperawatan didasari ilmu-ilmu keperawatan, ilmu kesehatan serta kedokteran, serta teori-teori keperawatan yang banyak sehingga dapat menjadi bekal awal bagi

perawat dalam proses asuhan keperawatan. Siklus proses keperawatan yang menempatkan pasien/ keluarga/ kelompok/ komunitas di tengah sebagai perwujudan *Patient Center Care* (PCC) mengalami pergeseran paradigma seperti yang terlihat di gambar berikut ini:



Gambar 3.2. Siklus Proses Keperawatan dengan Paradigma Baru (Adaptasi dari Herdman, 2013)

Pada gambar 3.2 dapat dilihat bahwa seiring perkembangan ilmu pengetahuan dan banyak ahli serta tokoh keperawatan yang menyatakan pentingnya seorang perawat mengenal teori-teori, ilmu pengetahuan keperawatan, serta hal-hal yang melatar belakangi konsep



keperawatan sebagai landasan dalam pelaksanaan proses keperawatan. Mengapa teori atau ilmu pengetahuan terkait keperawatan penting? Hal ini dengan mudah dapat dijelaskan kepada perawat dan mahasiswa keperawatan. Sebagai contoh: ketika PPJA menghadapi pasien dengan keluhan nyeri, maka terlebih dahulu sebagai perawat profesional harusnya menguasai konsep nyeri sehingga dalam melakukan asesmen pada pasien akan semakin banyak data yang dapat dikumpulkan (holistik dan komprehensif) serta dapat fokus dengan keluhan yang diperlihatkan pasien. Hal ini akan memperkaya data yang dapat menunjang sebuah perumusan masalah keperawatan yang ke depannya akan menjadi landasan dalam melakukan asuhan keperawatan kepada pasien.

Sebagai seorang PPJA, hal ini sangat penting mengingat konsep Perawat Penanggung Jawab Asuhan adalah perawat yang bertanggung jawab penuh 1 x 24 jam dari pasien masuk ke ruang perawatan hingga pasien pulang setelah perawatan. Kontak pertama dalam asuhan pada saat asesmen keperawatan sangat menentukan. Kelengkapan, relevansi, akurasi data akan menentukan tahap proses keperawatan selanjutnya. Seorang PPJA yang menguasai teori-teori, ilmu pengetahuan keperawatan, serta hal-hal yang melatar belakangi konsep keperawatan akan menjadi mudah dalam proses mengumpulkan data dalam tahap asesmen keperawatan.

Bersesuaian dengan era akreditasi rumah sakit sekarang, perencanaan asuhan keperawatan haruslah dengan menetapkan diagnosisnya terlebih dahulu, kemudian menentukan luaran serta dilengkapi dengan memilih intervensi yang bersesuaian dengan kondisi pasien. Hal ini juga selaras dengan referensi global melalui *NANDA-International* yang merupakan referensi untuk penegakan diagnosis keperawatan, NOC sebagai referensi untuk menetapkan luaran keperawatan serta NIC sebagai referensi dalam pemilihan intervensi keperawatan untuk pasien. Jika berbicara kekhasan bahasa keperawatan Negara Kesatuan Republik Indonesia maka terdapat pula referensi proses asuhan keperawatan yaitu SDKI untuk penegakan diagnosis, SLKI untuk menetapkan luaran keperawatan dan SIKI untuk pemilihan intervensi keperawatan.

Implementasi keperawatan merupakan bagian penting dalam asuhan keperawatan mengingat tahap ini adalah tahapan untuk melaksanakan semua perencanaan keperawatan yang telah ditentukan sebelumnya. Penting bagi seorang PPJA untuk menjadi profesional di hadapan pasien maupun keluarga, mempunyai kemampuan komunikasi yang baik serta selalu menjunjung tinggi etika keperawatan dan menjaga keseimbangan antara hak dan kewajiban pasien ataupun hak dan kewajiban sebagai seorang perawat. Pada tahap implementasi keperawatan,

kemampuan psikomotor terkait jenis tindakan tertentu juga penting diperhatikan oleh seorang PPJA.

Evaluasi keperawatan merupakan bagian yang tidak kalah penting mengingat di bagian inilah masalah keperawatan akan ditentukan apakah sudah selesai/teratasi ataukah masih menyisakan masalah yang lama atau justru timbul masalah keperawatan baru. Kemampuan PPJA dalam melakukan asesmen ulang guna mendapatkan data yang relevan dengan kondisi pasien sangat diharapkan disini. Seorang PPJA harus dapat menentukan beberapa hal diantaranya: 1) Apakah implementasi keperawatan yang diberikan sesuai perencanaan sudah dapat menyelesaikan masalah keperawatan sesuai target yang telah ditetapkan atau tidak? 2) Apakah perlu ada modifikasi atau pergantian intervensi keperawatan untuk menyelesaikan masalah keperawatan atau tidak? Hal-hal ini harus dapat dijawab dengan baik oleh seorang PPJA dalam pelaksanaan asuhan keperawatan. Untuk itu maka penjelasan mengenai konsep dasar proses keperawatan penting untuk diberikan.

### **3.3. Kompetensi**

Setelah menyelesaikan bab ini, mahasiswa akan mempunyai kemampuan untuk:

1. Menjelaskan mengenai siklus dalam proses keperawatan terbaru
2. Menjelaskan mengenai asesmen keperawatan

3. Menjelaskan mengenai perencanaan keperawatan
  - a. Penegakan diagnosis keperawatan
  - b. Penentuan luaran keperawatan
  - c. Pemilihan intervensi keperawatan
4. Menjelaskan mengenai implementasi keperawatan
5. Menjelaskan mengenai evaluasi keperawatan.

### **3.4. Teori dan Karakteristik Dasar Teori Keperawatan**

Teori merupakan hubungan beberapa konsep atau suatu kerangka konsep, atau definisi yang memberikan suatu pandangan sistematis terhadap gejala-gejala atau fenomena-fenomena dengan menentukan hubungan spesifik antara konsep-konsep tersebut dengan maksud untuk menguraikan, menerangkan, meramalkan dan atau mengendalikan suatu fenomena. Teori dapat diuji, diubah atau digunakan sebagai suatu pedoman dalam penelitian.

Teori merupakan sebuah sistem konsep abstrak yang mengindikasikan adanya hubungan di antara konsep-konsep tersebut yang membantu kita memahami sebuah fenomena. Dapat juga dikatakan bahwa suatu teori merupakan suatu kerangka kerja konseptual untuk mengatur pengetahuan dan menyediakan suatu cetak biru (*blue print*) untuk melakukan beberapa tindakan selanjutnya.

Teori keperawatan didefinisikan sebagai upaya untuk menguraikan serta menjelaskan berbagai fenomena dalam keperawatan. Teori keperawatan berperan dalam

membedakan keperawatan dengan disiplin ilmu lainnya dan bertujuan untuk menggambarkan, menjelaskan, memperkirakan dan mengontrol hasil asuhan atau pelayanan keperawatan yang telah dilakukan oleh perawat.

Teori keperawatan sebagai salah satu bagian kunci perkembangan ilmu keperawatan dan pengembangan profesi keperawatan memiliki tujuan yang ingin dicapai di antaranya:

- a. Adanya teori keperawatan diharapkan dapat memberikan alasan-alasan tentang kenyataan-kenyataan yang dihadapi dalam pelayanan keperawatan, baik bentuk tindakan atau bentuk model praktik keperawatan sehingga berbagai permasalahan dapat teratasi dengan baik.
- b. Adanya teori keperawatan membantu para anggota profesi perawat untuk memahami berbagai pengetahuan dalam pemberian asuhan keperawatan kemudian dapat memberikan dasar dalam penyelesaian berbagai masalah keperawatan yang terjadi pada pasien.
- c. Adanya teori keperawatan membantu proses penyelesaian masalah dalam keperawatan dengan memberikan arah yang jelas bagi tujuan tindakan keperawatan sehingga segala bentuk dan tindakan dapat dipertimbangkan dengan baik oleh seorang perawat pada praktiknya.
- d. Adanya teori keperawatan dapat memberikan dasar dari asumsi dan filosofi keperawatan sehingga pengetahuan

dan pemahaman dalam tindakan keperawatan dapat terus bertambah dan berkembang seiring jalannya waktu.

Torre (1985) dan Chin dan Ycob (1983), secara jelas menegaskan karakteristik dasar teori keperawatan. Menurut mereka, ada lima karakteristik dasar teori keperawatan, yaitu:

- a. Teori keperawatan mengidentifikasi dan didefinisikan sebagai hubungan yang spesifik dari konsep keperawatan seperti hubungan antara konsep manusia, konsep sehat-sakit, keperawatan dan konsep lingkungan.
- b. Teori keperawatan harus bersifat ilmiah, artinya teori keperawatan digunakan dengan alasan atau rasional yang jelas dan dikembangkan dengan menggunakan cara berpikir yang logis/dapat diterima akal sehat serta menggunakan dasar ilmiah yang dapat dipertanggung jawabkan.
- c. Teori keperawatan bersifat sederhana dan umum, artinya teori keperawatan dapat digunakan pada masalah yang sederhana maupun masalah kesehatan yang kompleks sesuai dengan situasi praktik keperawatan yang dihadapi dalam kesehariannya.
- d. Teori keperawatan berperan dalam memperkaya *body of knowledge* keperawatan yang dilakukan melalui penelitian.

e. Teori keperawatan menjadi pedoman dan berperan dalam memperbaiki kualitas praktik keperawatan.

### **3.5. Asesmen Keperawatan dan Arti Penting Asesmen Keperawatan**

Asesmen keperawatan merupakan pemikiran dasar dari sebuah proses keperawatan yang ditujukan untuk mengumpulkan data dan informasi terkait diri pasien. Hal ini dimaksudkan agar perawat dapat mengidentifikasi, mengenali masalah yang terjadi, kebutuhan kesehatan dan keperawatan pasien, baik dalam hal fisik, mental, sosial, spiritual dan lingkungan. Tahap asesmen keperawatan merupakan pemikiran yang mendasar dalam memulai pemberian asuhan keperawatan sesuai dengan kebutuhan dasar individu yang unik. Arti unik disini bahwa sebagai seorang Perawat Penanggung Jawab Asuhan (PPJA), kita harus menyadari bahwa setiap pasien yang dihadapi mempunyai karakteristik masing-masing, mempunyai kepribadian yang tidak sama sehingga kita tidak boleh menyamaratakan semua pasien yang kita hadapi. Sebagai seorang perawat profesional kita harus menghargai keunikan individu pasien tersebut. Asesmen keperawatan yang lengkap, akurat, sesuai kenyataan, kebenaran data sangat penting untuk merumuskan suatu diagnosis keperawatan dan dalam memberikan rencana asuhan keperawatan sesuai dengan respon individu pasien tersebut.

Asesmen keperawatan yang sistematis dalam keperawatan dibagi dalam empat tahap kegiatan, yang meliputi; 1) pengumpulan data, 2) analisis data, 3) sistematika data dan 4) penentuan masalah keperawatan. Adapula yang menambahkannya dengan kegiatan pendokumentasian data. Pengumpulan data dan pengorganisasian data harus menggambarkan dua hal, yaitu: 1) status kesehatan pasien, 2) kekuatan-masalah kesehatan yang dialami oleh pasien. Asesmen keperawatan tidak sama dengan asesmen medis. Asesmen medis difokuskan pada keadaan patologis, sedangkan asesmen keperawatan ditujukan pada respon pasien terhadap masalah-masalah kesehatan yang berhubungan dengan pemenuhan kebutuhan dasar manusia. Misalnya dapatkah pasien melakukan aktivitas sehari-hari, sehingga fokus asesmen pasien adalah respon pasien yang nyata maupun potensial terhadap masalah-masalah aktivitas harian selama pasien sakit dan menjalani perawatan.

Data dasar merupakan kumpulan data yang berisikan kondisi kesehatan pasien, kemampuan pasien untuk mengelola kesehatan dan keperawatannya terhadap diri pasien sendiri dan hasil konsultasi dari pihak medis atau Profesional Pemberi Asuhan (PPA) lainnya. Data fokus keperawatan merupakan data tentang respon pasien serta perubahan-perubahan terhadap kesehatan dirinya dan masalah kesehatannya, serta hal-hal yang mencakup



tindakan yang diberikan kepada pasien. Sebagai seorang PPJA diharapkan mempunyai kemampuan untuk mengorganisir data sehingga dalam pelaksanaan asesmen keperawatan yang dilakukan dapat dijalankan dengan sistematis dan mendapatkan data yang akurat, relevan serta sesuai kenyataan.

Adapun arti penting asesmen keperawatan yaitu sebagai berikut:

- a. Awal interaksi perawat dan pasien, dapat diartikan bahwa tahap asesmen keperawatan merupakan kesempatan pertama adanya hubungan interpersonal pasien dan perawat. Maka dari itu pentingnya perawat membangun kesan pertama yang baik dan terapeutik guna menghindari kondisi *blocking* dari pasien dan keluarga. Kondisi *blocking* pada pasien dan keluarga akan menyulitkan perawat dalam mengumpulkan data sebagai pertimbangan untuk menemukan masalah keperawatan yang nantinya akan diberikan perencanaan keperawatan dalam proses asuhan keperawatan. Sebagai seorang PPJA maka kontak awal sangatlah krusial mengingat asuhan yang akan dilakukan adalah asuhan dari *admission to discharge*.
- b. Pengumpulan data, pelaksanaan asesmen keperawatan yang mana merupakan kesempatan perawat guna mengumpulkan data sebanyak mungkin dapat dari pasien ataupun keluarga. Data dapat berupa data

objektif maupun subjektif yang nantinya menjadi dasar untuk penegakan masalah keperawatan. Banyak hal yang dapat digali oleh seorang PPJA dalam kesempatan ini, tidak hanya menggali data subjektif melalui kegiatan wawancara mendalam, namun gestur bahkan tampilan fisik yang ditunjukkan pasien merupakan data objektif yang memperkuat penegakan masalah keperawatan.

- c. Pilihan dan organisasi data, perawat harus dapat melakukan pemilihan dan pengorganisasian data dari semua data yang dikumpulkan selama proses asesmen keperawatan pada pasien dan keluarga. Mengapa demikian? Pada pelaksanaannya, asesmen keperawatan akan mendapatkan beberapa data penting dan terdapat pula data yang sebenarnya tidak cukup kuat mendukung pengangkatan masalah keperawatan. Perlu ketelitian untuk mengorganisasikan data yang didapat sehingga memudahkan seorang PPJA guna merumuskan diagnosis keperawatan yang terjadi pada pasien. Diagnosis keperawatan ini yang selanjutnya akan menjadi dasar dari sebuah perencanaan asuhan keperawatan.
- d. Validasi data, perawat dalam pelaksanaannya harus mempertimbangkan bahwa tidak semua yang disampaikan secara verbal oleh pasien dan keluarga menjadi dasar penegakan masalah keperawatan. Kemampuan berpikir kritis dalam memvalidasi data yang

tampak tidak relevan merupakan suatu keharusan yang harus dilakukan seorang PPJA.

- e. Pengenalan pola data, perawat dalam pelaksanaan asesmen keperawatan harus mempertimbangkan pola data yang dipakai. Misalnya dalam melakukan asesmen keperawatan dapat memakai pola asesmen 11 fungsional Gordon, pola *review of system* (ROS) ataupun pola *head to toe*. Sebenarnya masih banyak pola asesmen yang dapat digunakan namun ketiga pola tersebut yang cukup dikenal oleh perawat di rumah sakit dan klinik. Penggunaan gabungan pola di atas pada pelaksanaan asesmen keperawatan adalah hal yang sangat baik sehingga pada pelaksanaan asesmen keperawatan mendapatkan data yang banyak dan akurat.
- f. Laporan data, setelah asesmen selesai dilakukan maka tahap terakhir adalah membuat laporan atau mendokumentasikan data tersebut yang mana akan sangat berguna dalam penegakan masalah keperawatan yang terjadi pada pasien. Pendokumentasian atau pelaporan data dapat dilakukan dengan menggunakan format yang ada (akan dibahas dalam Bab selanjutnya mengenai pola asesmen keperawatan). Pendokumentasaan di beberapa *setting* wahana juga sangat bervariasi. Variasi ini dalam hal waktu pelaksanaannya, sebagai contoh pelaksanaan pendokumentasian di ruang IGD dapat dilakukan di akhir

setelah pasien dianggap stabil (prioritas pada *lifesaving* terlebih dahulu). Hal ini berbeda dengan ruang rawat biasa yang pada kesempatannya mempunyai pasien yang kooperatif dan mudah diajak bekerjasama.

### **3.6. Perencanaan Keperawatan (Penegakan Diagnosis Keperawatan, Penentuan Luaran Keperawatan, dan Pemilihan Intervensi Keperawatan)**

Perencanaan keperawatan merupakan suatu proses penyusunan berbagai intervensi keperawatan yang dibutuhkan untuk mencegah, menurunkan, atau mengurangi masalah-masalah pasien. Perencanaan keperawatan merupakan langkah kedua dalam membuat suatu proses asuhan keperawatan. Dimana di dalam perencanaan keperawatan mempunyai tiga sub bagian yaitu penegakan diagnosis keperawatan, penentuan luaran keperawatan serta pemilihan intervensi keperawatan yang bersesuaian dengan diagnosis keperawatan yang ada. Perencanaan keperawatan merupakan bagian dari fase pengorganisasian dalam proses keperawatan sebagai pedoman untuk mengarahkan tindakan keperawatan dalam usaha membantu, meringankan, memecahkan masalah atau memenuhi kebutuhan pasien.

Suatu perencanaan yang tertulis dengan baik akan memberi petunjuk dan arti pada asuhan keperawatan karena perencanaan adalah sumber informasi bagi semua perawat yang terlibat dalam asuhan keperawatan pasien

yang menjadi tanggung jawab bersama. Perencanaan merupakan suatu petunjuk tertulis yang mendeskripsikan secara tepat rencana tindakan keperawatan yang dilakukan kepada pasien sesuai dengan kebutuhan pasien berdasarkan diagnosis keperawatan yang ditegakkan sebelumnya.

Perencanaan keperawatan terdiri dari 3 tahapan yaitu penegakan diagnosis keperawatan, penentuan luaran keperawatan dan pemilihan intervensi keperawatan. Ketiganya akan dipaparkan pada bagian setelah pembahasan ini.

Dalam penegakan diagnosis keperawatan, perlu diperhatikan hal-hal berikut ini:

- a. Pemrosesan data, merupakan hal sangat penting mengingat hasil asesmen keperawatan akan mendapatkan data-data penting yang nantinya akan ditransformasikan ke dalam informasi-informasi yang bersesuaian dengan batasan karakteristik yang merupakan hal penting untuk mencirikan suatu diagnosis keperawatan tertentu sesuai kasus yang dihadapi.
- b. Analisis dan interpretasi, seorang perawat memerlukan daya analisis yang baik sehingga dapat melanjutkan pada tahapan interpretasi hasil asesmen keperawatan yang nantinya akan menimbulkan sintesis terhadap masalah keperawatan yang mencirikan kondisi tertentu pada pasien yang dikelola.

- c. Sintesis, dalam pelaksanaannya perawat melakukan sintesis guna mencocokkan apa yang didapat pada tahap asesmen keperawatan. Data-data mentah kemudian mentrasformasikan ke dalam informasi yang terkait dengan ciri tertentu melalui daya sintesis dan analisis yang baik.
- d. Rumusan diagnosis keperawatan, masalah keperawatan yang bersesuaian hasil dari tahapan sintesis akan menjadi masalah keperawatan. Masalah keperawatan yang ada jika ditambahkan etiologi serta tanda gejala maupun faktor risiko akan menghasilkan rumusan diagnosis keperawatan yang sesuai dengan kondisi yang terjadi pada pasien.

Luaran keperawatan atau biasa disebut dengan kriteria hasil merupakan hasil yang ingin dicapai untuk mengatasi masalah diagnosis keperawatan yang ada. Kata lain luaran keperawatan merupakan sinonim dari kriteria hasil yang mempunyai komponen sebagai berikut:

- a. S (subjek) : Perilaku pasien yang diamati.
- b. P (predikat) : Kondisi yang melengkapi pasien.
- c. K (kriteria) : Kata kerja yang dapat diukur atau untuk menentukan tercapainya tujuan.
- d. K (kondisi) : Sesuatu yang menyebabkan asuhan diberikan.
- e. W (waktu) : Waktu yang ingin dicapai.

Kriteria hasil (hasil yang diharapkan) merupakan standar evaluasi yang merupakan gambaran tentang faktor-faktor yang dapat memberikan petunjuk kepada perawat bahwa tujuan telah dicapai dan digunakan dalam membuat pertimbangan dengan ciri-ciri yaitu setiap kriteria hasil berhubungan dengan tujuan yang telah ditetapkan, hasil yang telah ditetapkan dalam kriteria hasil memungkinkan untuk dicapai, setiap kriteria hasil adalah pernyataan satu hal yang spesifik, harus sekongkrit mungkin untuk memudahkan pengukuran dalam pelaksanaan asuhan, kriteria cukup besar atau dapat diukur, hasilnya dapat dilihat, didengar dan kriteria menggunakan kata-kata positif bukan menggunakan kata negatif.

Pada pelaksanaan pemilihan intervensi keperawatan perlu diperhatikan hal-hal berikut ini:

- a. Menyusun perencanaan, setelah melalui proses penentuan luaran keperawatan atau kriteria hasil, tahapan selanjutnya adalah menyusun perencanaan keperawatan untuk menyelesaikan masalah keperawatan pasien.
- b. Menentukan prioritas, perencanaan yang dibuat tentulah sangat beragam bahkan cukup banyak sehingga perawat perlu menentukan prioritas mana yang dikerjakan terlebih dahulu. Hal ini dikarenakan ada perencanaan keperawatan yang akan menyelesaikan

beberapa permasalahan langsung jika kondisinya saling berkaitan.

- c. Merumuskan tujuan, pada pelaksanaannya perencanaan keperawatan dapat berupa tindakan mandiri, monitoring, edukasi bahkan kolaborasi. Setiap tindakan tersebut haruslah mempunyai tujuan untuk menyelesaikan permasalahan yang ada pada pasien.
- d. Memilih tindakan, pada tahap ini perawat harus mampu memilih mana tindakan yang berupa tindakan independen, dependen maupun interdependen. Hal ini juga terkait dengan fungsi perawat dalam pelaksana asuhan terintegrasi.
- e. Merumuskan tugas, hampir relevan dengan pemilihan tindakan dalam pelaksanaannya, perawat juga harus menentukan apakah perencanaan ini merupakan tugas atau kewenangan mandiri atau kolaboratif dengan profesional pemberi asuhan (PPA) lainnya.
- f. Mendokumentasikan, tahapan ini dimaksudkan dimana perencanaan yang disusun dapat didokumentasikan sebagai bukti autentik dalam sebuah proses keperawatan. Biasanya pendokumentasian dilakukan pada sebuah format yang tersedia bahkan di dalam format yang berbentuk *checklist* sehingga perawat dapat melakukan perencanaan secara mudah dan efisien waktu.



### **3.7. Implementasi Keperawatan dan Arti Penting Implementasi Keperawatan**

Implementasi keperawatan merupakan serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien atau keluarga dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan (Gordon, 1994, dalam Potter & Perry, 2011).

Terdapat hal-hal yang menjadi arti penting pada pelaksanaan implementasi keperawatan yang dilakukan seorang perawat, antara lain:

- a. Melanjutkan pengumpulan data, selama pelaksanaan tindakan atau implementasi keperawatan perawat selalu mengumpulkan data terbaru baik itu dengan inspeksi, palpasi, perkusi maupun auskultasi. Hal ini karena pada proses implementasi keperawatan terjadi kesempatan bertemu, berhadapan dan saling berkomunikasi dengan pasien. Kesempatan inilah yang menjadi alasan mengapa dalam implementasi perawat juga selalu mengumpulkan data terbaru. Misalnya saja pada pemeriksaan fisik sederhana, pemeriksaan tanda vital, observasi risiko jatuh dan kejadian nyeri pada pasien.
- b. Menentukan ulang prioritas, pelaksanaan implementasi keperawatan menghasilkan data-data baru yang mungkin merupakan masalah yang belum pernah muncul sebelumnya. Jika hal ini terjadi dan masalah yang ada merupakan suatu yang sangat serius maka

dapat saja mempengaruhi prioritas keperawatan yang telah ditetapkan sebelumnya, sehingga terjadilah penentuan prioritas ulang perencanaan keperawatan serta implementasi keperawatannya.

- c. Implementasi tindakan, merupakan tahapan dimana perencanaan yang telah disusun diaplikasikan ke pasien atau keluarga. PPJA dapat melakukannya berupa tindakan observasi, terapeutik, edukasi dan kolaborasi. PPJA dapat melakukan implementasinya secara mandiri maupun bekerjasama dengan perawat lainnya serta dapat pula mendelegasikan tindakan sesuai perencanaan keperawatan yang telah dibuat sebelumnya.
- d. Melaporkan perawatan yang diberikan, maksudnya disini adalah perencanaan yang telah dibuat harus dilaporkan dalam bentuk catatan tertulis atau didokumentasikan sehingga perawatan yang telah diberikan dapat diketahui sesama perawat, sesama profesional pemberi asuhan bahkan diketahui pasien atau keluarga pasien sendiri.

### **3.8. Evaluasi Keperawatan/Catatan Perkembangan dan Arti Penting Evaluasi Keperawatan**

Evaluasi keperawatan merupakan tindakan intelektual untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan seberapa jauh perencanaan dan implementasi keperawatan sudah berhasil dicapai atas diagnosis

keperawatan yang ditegakkan. Evaluasi dilakukan berdasarkan kriteria yang telah ditetapkan sebelumnya dalam perencanaan keperawatan, evaluasi keperawatan dilakukan dengan membandingkan data terkini hasil dari tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan dengan luaran keperawatan yang telah ditetapkan sebelumnya. Evaluasi keperawatan juga menilai efektivitas proses keperawatan mulai dari tahap asesmen keperawatan, perencanaan keperawatan dan implementasi keperawatan.

Catatan perkembangan berisikan perkembangan/kemajuan dari tiap masalah keperawatan yang telah dilakukan implementasi dari perencanaan keperawatan yang dibuat atau disusun oleh semua Profesional Pemberi Asuhan (PPA) yang terlibat dengan menambahkan catatan perkembangan pada lembar yang sama. Catatan perkembangan membentuk rangkaian informasi dalam sistem pendekatan berorientasi masalah pasien sebagai pusat asuhan serta terintegrasi dalam pelaksanaannya. Catatan ini menyediakan suatu rekaman kemajuan pasien dalam usaha mengatasi masalah tertentu, perencanaan yang dibuat dan evaluasi pencapaian.

Adapun arti penting evaluasi keperawatan yaitu sebagai berikut:

- a. Evaluasi proses, tahapan setelah implementasi keperawatan disebut juga evaluasi keperawatan yang dalam pelaksanaannya mengandung evaluasi proses

keperawatan yang telah diberikan. Pada pelaksanaan evaluasi ini masalah keperawatan yang muncul di awal dapat dinilai apakah telah terselesaikan atau masih ada dan menjadi masalah yang masih dirasakan pasien. Jika masalah keperawatan terselesaikan maka seorang PPJA dapat mengakhiri implementasi keperawatan yang telah dicanangkan pada proses perencanaan keperawatan, jika masih belum teratasi maka dapat dilanjutkan atau dimodifikasi perencanaan keperawatan yang akan diimplementasikan pada kesempatan berikutnya.

- b. Tindakan untuk menyesuaikan rencana, pada proses asuhan keperawatan penting adanya kesesuaian antara tindakan keperawatan dengan perencanaan keperawatan yang telah disusun. Jika dalam tahapan evaluasi keperawatan terdapat implementasi yang dirasakan tidak sesuai perencanaan awal maka dapat diperbaiki dan disesuaikan dengan rencana yang seharusnya sesuai dengan kondisi yang dialami pasien.
- c. Terminasi hubungan perawatan, masalah keperawatan yang terselesaikan buah dari implementasi keperawatan yang sebelumnya direncanakan dapat diakhiri pada tahapan evaluasi ini. Terlihat peran PPJA sangat penting dalam menggunakan kemampuan penilaian klinis guna menyatakan masalah teratasi sepenuhnya atau tidak. Jika masalah teratasi sepenuhnya maka sebagai

justifikasi dapat dilakukan terminasi hubungan perawatan dengan pasien serta keluarga.

### **3.9. Rangkuman**

Pemahaman mahasiswa keperawatan, praktisi keperawatan ataupun Perawat Penanggung Jawab Asuhan (PPJA) mengenai teori keperawatan sangatlah penting karena dengan teori yang mencukupi seorang perawat dapat melakukan asesmen keperawatan secara holistik dan komprehensif. Dasar-dasar ilmu atau teori keperawatan memberikan gambaran kepada perawat mengenai apa dan bagaimana harus melakukan asesmen keperawatan pada kondisi tertentu pada pasien ataupun keluarga. Perawat yang menguasai dasar-dasar ilmu atau teori keperawatan akan sangat mudah mengumpulkan data pada tahap asesmen keperawatan. Kelengkapan data saat melakukan asesmen akan menjadi kunci ketika melakukan asuhan keperawatan. Seorang PPJA yang mempunyai banyak data tentang pasien yang menjadi kelolaannya akan semakin kuat dalam memberikan rencana asuhan keperawatan serta terlibat aktif di dalam asuhan terintegrasi bersama profesional pemberi asuhan (PPA) lainnya. Mengingat rencana asuhan yang dibuat oleh PPJA akan juga dijalankan oleh rekan perawat lainnya dalam menghadapi pasien yang sama serta memberikan dampak yang signifikan pada asuhan terintegrasi.

Pada pelaksanaannya asesmen keperawatan merupakan tahap awal untuk perawat melakukan interaksi dengan pasien dan keluarga dengan tujuan mengumpulkan data guna menentukan masalah keperawatan yang menjadi. Perawat harus memperhatikan kontak pertama ini karena tahap asesmen keperawatan merupakan tahap yang sangat penting, kegagalan di tahap asesmen keperawatan menyebabkan data yang dikumpulkan tidak maksimal dan kurang mendukung terkait asuhan keperawatan yang diberikan. Sebagai seorang PPJA haruslah memiliki ketelitian untuk mengorganisasikan data yang didapat sehingga memudahkan untuk merumuskan diagnosis keperawatan yang terjadi pada pasien.

Pada pelaksanaannya perencanaan keperawatan merupakan bagian utuh dari 3 tahapan penting yaitu penegakan diagnosis keperawatan, penentuan luaran keperawatan dan pemilihan intervensi keperawatan yang akan diberikan kepada pasien. Perencanaan keperawatan akan menjadi dasar implementasi keperawatan yang dilakukan. Perencanaan keperawatan akan mudah dilakukan jika asesmen keperawatan yang telah dilakukan dapat cukup menggambarkan masalah keperawatan yang ada pada pasien.

Pada pelaksanaannya implementasi keperawatan diartikan sebagai tindakan keperawatan yang dilakukan perawat berdasarkan perencanaan keperawatan yang telah dibuat sebelumnya. Pelaksanaan implementasi

keperawatan yang dilakukan dapat sekalian diartikan sebagai melanjutkan pengumpulan data, menentukan ulang prioritas masalah, implementasi tindakan berdasarkan perencanaan, serta melaporkan perawatan yang diberikan. Perlu kemampuan komunikasi yang baik bagi PPJA untuk melanjutkan implementasi keperawatan ke depannya.

Pada pelaksanaannya evaluasi keperawatan merupakan bagian yang tidak kalah penting dalam proses asuhan keperawatan. Hal ini dikarenakan pada tahap evaluasi keperawatan ini seorang PPJA akan melakukan penilaian dan penentuan keputusan klinis terkait kondisi pasien yang terkini apakah sudah sesuai dengan luaran keperawatan yang ditetapkan ataukah belum. Jika hasil evaluasi keperawatan mendapatkan data bahwa kondisi terkini sesuai dengan luaran keperawatan yang telah ditetapkan maka dapat dinyatakan masalah keperawatan pasien selesai dan jika belum sesuai dengan luaran keperawatan maka dapat diartikan bahwa masalah keperawatan pasien belum teratasi sepenuhnya atau dapat juga sebagian masalah teratasi dan sebagian belum teratasi.

### **3.10. Latihan**

Guna memperdalam pemahaman Anda mengenai materi di atas, kerjakanlah latihan berikut!

1. Jelaskan kepentingan teori keperawatan dalam pelaksanaan asuhan keperawatan!
2. Jelaskan karakteristik dasar teori keperawatan!
3. Jelaskan mengapa sebagai seorang PPJA haruslah menguasai teori keperawatan sebelum melakukan tindakan asuhan keperawatan!
4. Jelaskan pentingnya asesmen dalam pelaksanaan asuhan keperawatan!
5. Jelaskan bagaimana perawat seharusnya bersikap dalam kondisi kontak pertama dengan pasien dalam asesmen keperawatan!
6. Jelaskan mengapa perawat harus memahami pola asesmen keperawatan!
7. Jelaskan bagaimana tanggung jawab perawat merencanakan asuhan keperawatan!
8. Jelaskan bagaimana penegakan diagnosis keperawatan dalam proses perencanaan asuhan keperawatan!
9. Jelaskan bagaimana penentuan luaran keperawatan dalam proses perencanaan asuhan keperawatan!
10. Jelaskan bagaimana pemilihan intervensi keperawatan dalam proses perencanaan asuhan keperawatan!
11. Jelaskan pertimbangan perawat dalam memilih intervensi keperawatan!
12. Jelaskan hubungan pelaksanaan implementasi keperawatan dengan melanjutkan pengumpulan data, berikan contoh!



13. Jelaskan hubungan pelaksanaan implementasi keperawatan dengan menentukan ulang prioritas, berikan contoh!
14. Jelaskan hubungan pelaksanaan implementasi keperawatan dengan implementasi tindakan, berikan contoh!
15. Jelaskan hubungan pelaksanaan implementasi keperawatan dengan melaporkan perawatan yang diberikan, berikan contoh!
16. Jelaskan dasar perawat melakukan implementasi keperawatan!
17. Jelaskan hubungan pelaksanaan evaluasi keperawatan dengan evaluasi proses, berikan contoh!
18. Jelaskan hubungan pelaksanaan evaluasi keperawatan dengan tindakan untuk menyesuaikan rencana, berikan contoh!
19. Jelaskan hubungan pelaksanaan evaluasi keperawatan dengan terminasi hubungan perawatan, berikan contoh!
20. Jelaskan bagaimana seharusnya kompetensi perawat dalam melaksanakan evaluasi keperawatan pada pasien!

Untuk memperdalam materi di atas maka kerjakanlah soal di bawah ini:

Petunjuk: untuk soal nomor 1 - 24, pilihlah salah satu jawaban yang paling tepat!

1. Teori keperawatan dapat digunakan pada masalah yang sederhana maupun masalah kesehatan yang kompleks sesuai dengan situasi praktik keperawatan, artinya...
  - a. Memperkaya *body of knowledge* keperawatan
  - b. Teori keperawatan harus bersifat ilmiah
  - c. Teori keperawatan bersifat sederhana dan umum
  - d. Menjadi pedoman dan berperan memperbaiki kualitas praktik keperawatan
  - e. Didefenisikan sebagai hubungan yang spesifik
2. Teori keperawatan digunakan dengan alasan atau rasional yang jelas dan dikembangkan dengan menggunakan cara berpikir yang logis, artinya...
  - a. Memperkaya *body of knowledge* keperawatan
  - b. Teori keperawatan harus bersifat ilmiah
  - c. Teori keperawatan bersifat sederhana dan umum
  - d. Menjadi pedoman dan berperan memperbaiki kualitas praktik keperawatan
  - e. Didefenisikan sebagai hubungan yang spesifik
3. Teori keperawatan dapat digunakan untuk mengembangkan pelaksanaan asuhan keperawatan ke arah yang lebih baik, artinya...
  - a. Memperkaya *body of knowledge* keperawatan
  - b. Teori keperawatan harus bersifat ilmiah
  - c. Teori keperawatan bersifat sederhana dan umum
  - d. Menjadi pedoman dan berperan memperbaiki kualitas praktik keperawatan

- e. Didefenisikan sebagai hubungan yang spesifik
- 4. Teori keperawatan selalu memperkaya dan memberikan pengembangan keilmuan guna membentuk struktur yang utuh dalam keilmuan keperawatan, artinya...
  - a. Memperkaya *body of knowledge* keperawatan
  - b. Teori keperawatan harus bersifat ilmiah
  - c. Teori keperawatan bersifat sederhana dan umum
  - d. Menjadi pedoman dan berperan memperbaiki kualitas praktik keperawatan
  - e. Didefenisikan sebagai hubungan yang spesifik
- 5. Dalam proses keperawatan, selalu dimulai dengan asesmen yang merupakan ...
  - a. Tahap awal dari proses keperawatan
  - b. Dasar pertama dalam memberikan asuhan keperawatan
  - c. Kontrak kerja perawat dengan pasien
  - d. Kontak terakhir perawat dengan pasien
  - e. Situasi pengenalan bergantung pada keadaan perawat
- 6. Kegiatan yang harus dilakukan seorang Ners pada tahap asesmen adalah ...
  - a. Melakukan pencatatan terhadap data yang sudah dikumpulkan
  - b. Melakukan validasi terhadap data yang sudah teridentifikasi

- c. Mengidentifikasi kriteria hasil untuk merencanakan tindakan pada pasien
  - d. Memformulasikan daftar masalah keperawatan
  - e. Melakukan observasi dan evaluasi terhadap kegiatan yang sudah dilakukan
7. Asesmen keperawatan diartikan sebagai kesempatan perawat guna mengumpulkan data sebanyak mungkin dari pasien dan keluarga. Data dapat berupa data objektif maupun subjektif yang nantinya menjadi dasar untuk menemukan masalah keperawatan, hal ini mengandung arti penting yaitu...
- a. Awal hubungan pasien-perawat
  - b. Pengumpulan data
  - c. Validasi data
  - d. Pengenalan pola data
  - e. Laporan data
8. Asesmen keperawatan diartikan sebagai kesempatan pertama adanya hubungan interpersonal pasien dan perawat, hal ini mengandung arti penting yaitu...
- a. Awal hubungan pasien-perawat
  - b. Pengumpulan data
  - c. Validasi data
  - d. Pengenalan pola data
  - e. Laporan data
9. Asesmen keperawatan mempertimbangkan bahwa tidak semua yang disampaikan secara verbal oleh

pasien dan keluarga menjadi dasar penentuan masalah keperawatan, hal ini mengandung arti penting yaitu...

- a. Awal hubungan pasien-perawat
  - b. Pengumpulan data
  - c. Validasi data
  - d. Pengenalan pola data
  - e. Laporan data
10. Tahap dimana keputusan mengenai masalah keperawatan telah ditetapkan yang selanjutnya akan dilanjutkan dengan tahap berikutnya adalah...
- a. Analisis data dan interpretasi
  - b. Pemrosesan data
  - c. Penegakan Diagnosis
  - d. Penentuan Luaran
  - e. Pemilihan Intervensi
11. Tahap dimana tindakan keperawatan ditetapkan guna mengatasi masalah keperawatan yang ada merupakan...
- a. Analisis data dan interpretasi
  - b. Pemrosesan data
  - c. Penegakan Diagnosis
  - d. Penentuan Luaran
  - e. Pemilihan Intervensi
12. Tahap dimana tujuan dan kriteria hasil ditetapkan sebagai ukuran atau target yang harus dicapai dalam tahap evaluasi nantinya disebut...
- a. Analisis data dan interpretasi

- b. Pemrosesan data
  - c. Penegakan Diagnosis
  - d. Penentuan Luaran
  - e. Pemilihan Intervensi
13. Tahap dimana perawat mentransformasikan informasi-informasi yang bersesuaian dengan batasan karakteristik yang merupakan hal penting untuk mencirikan suatu diagnosis tertentu sesuai kasus yang ada disebut...
- a. Analisis data dan interpretasi
  - b. Pemrosesan data
  - c. Penegakan Diagnosis
  - d. Penentuan Luaran
  - e. Pemilihan Intervensi
14. Tahap dimana perawat memerlukan kemampuan berpikir kritis dalam menimbulkan sintesis terhadap masalah keperawatan yang mencirikan kondisi tertentu pada pasien disebut...
- a. Analisis data dan interpretasi
  - b. Pemrosesan data
  - c. Penegakan Diagnosis
  - d. Penentuan Luaran
  - e. Pemilihan Intervensi
15. Tahapan dimana terjadi serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien atau keluarga dari masalah status kesehatan yang dihadapi merupakan pengertian dari...

- a. Asesmen keperawatan
  - b. Perencanaan keperawatan
  - c. Implementasi keperawatan
  - d. Evaluasi keperawatan
16. Tahapan dimana perencanaan yang telah disusun diaplikasikan ke pasien atau keluarga. Dapat berupa tindakan observasi, edukasi, terapeutik dan kolaborasi disebut dengan...
- a. Melanjutkan pengumpulan data
  - b. Menentukan ulang prioritas
  - c. Implementasi tindakan
  - d. Melaporkan perawatan yang diberikan
17. Tahapan dimana perawat mengumpulkan data terbaru baik itu dengan inspeksi, palpasi, perkusi maupun auskultasi, tahapan ini disebut dengan...
- a. Melanjutkan pengumpulan data
  - b. Menentukan ulang prioritas
  - c. Implementasi tindakan
  - d. Melaporkan perawatan yang diberikan
18. Tahapan dimana pelaksanaan implementasi keperawatan menghasilkan data-data baru yang mungkin merupakan masalah yang belum pernah muncul sebelumnya dan penting untuk diselesaikan, tahapan ini disebut dengan...
- a. Melanjutkan pengumpulan data
  - b. Menentukan ulang prioritas
  - c. Implementasi tindakan

- d. Melaporkan perawatan yang diberikan
19. Tahapan dimana perencanaan yang telah dibuat harus dilaporkan dalam bentuk catatan tertulis atau didokumentasikan sehingga perawatan yang telah diberikan dapat diketahui sesama perawat, sesama profesional pemberi asuhan (PPA) bahkan diketahui pasien atau keluarga pasien sendiri, tahapan ini disebut...
- a. Melanjutkan pengumpulan data
  - b. Menentukan ulang prioritas
  - c. Implementasi tindakan
  - d. Melaporkan perawatan yang diberikan
20. Tahapan tindakan intelektual untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan seberapa jauh diagnosis keperawatan, perencanaan keperawatan, dan pelaksanaannya sudah berhasil dicapai merupakan pengertian dari...
- a. Asesmen keperawatan
  - b. Perencanaan keperawatan
  - c. Implementasi keperawatan
  - d. Evaluasi keperawatan
21. Jika dalam tahapan evaluasi keperawatan terdapat implementasi yang dirasakan tidak sesuai perencanaan awal maka dapat diperbaiki, tujuan dari pelaksanaannya adalah...
- a. Evaluasi proses
  - b. Evaluasi keperawatan



- c. Tindakan untuk menyesuaikan rencana
  - d. Terminasi hubungan perawatan
22. Jika dalam tahapan evaluasi keperawatan didapatkan kondisi bahwa masalah pasien telah teratasi dan proses keperawatan akan diakhiri, tujuan dari pelaksanaannya adalah...
- a. Evaluasi proses
  - b. Evaluasi keperawatan
  - c. Tindakan untuk menyesuaikan rencana
  - d. Terminasi hubungan perawatan
23. Tahapan dimana dilakukan evaluasi terhadap masalah keperawatan yang muncul di awal dapat dinilai apakah telah terselesaikan atau masih ada dan menjadi masalah yang masih dirasakan pasien, tujuan dari pelaksanaannya adalah...
- a. Evaluasi proses
  - b. Evaluasi keperawatan
  - c. Tindakan untuk menyesuaikan rencana
  - d. Terminasi hubungan perawatan
24. Dokumentasi terkait perkembangan/kemajuan dari tiap masalah keperawatan yang telah dilakukan implementasi dari perencanaan keperawatan yang dibuat atau disusun oleh perawat disebut...
- a. Catatan evaluasi keperawatan
  - b. Catatan Perkembangan perawatan
  - c. Catatan Perkembangan pasien terintegrasi
  - d. Catatan kemajuan pasien

Petunjuk: jawaban (A) jika 1,2,3 benar; (B) jika 1 dan 3 benar; (C) jika 2 dan 4 benar; (D) jika 4 benar/salah; (E) jika semua benar/salah

25. Pentingnya memahami teori keperawatan dalam sebuah asuhan keperawatan dimaksudkan untuk...

1. Dasar dalam pelaksanaan asesmen
2. Pertimbangan dalam penegakan diagnosis
3. Wawasan dalam mengeksplor data pasien
4. Bukti eksistensi perawat

### **3.11. Bahan Bacaan Pendukung**

Ackley B.J., Ladwig G.B. (2014). *Nursing Diagnosis Handbook: An Evidence-Based Guide to Planning Care*. 10th edition. Mosby: Elsevier Inc.

Alfaro-LeFevre R. (2013). *Critical Thinking, Clinical Reasoning, and Clinical Judgment*. 5th edition. Saunders: Elsevier Inc.

Alligood, M.R. (2014). *Nursing Theorists and Their Work*. 8th edition. Mosby: Elsevier Inc.

Bulechek G.M., Butcher H.K., Dochterman J.M., Wagner C. (2013). *Nursing Interventions Classifications (NIC)*. 6th edition. Mosby: Elsevier Inc.

Herdman, T.H. (2021). *NANDA International Nursing Diagnoses: definitions and classification 2021-2023*. Jakarta: EGC.

- Kozier, B., Erb, G., Berwan, A.J., & Burke, K. (2008). *Fundamentals of Nursing: Concepts, Process, and Practice*. New Jersey: Prentice Hall Health.
- Moorhead S., Johnson M., Maas M.L., Swanson E. (2013). *Nursing Outcomes Classifications (NOC): Measurement of Health Outcomes. 5th edition*. Mosby: Elsevier
- Potter, P.A. & Perry, A.G. (2011). *Fundamental Keperawatan. Edisi Bahasa Indonesia 7*. Elsevier Pte.Ltd.
- Rubinfeld, M.G. & Scheffer, B.K. (2010). *Critical Thinking Tactics for nurses, 2nd Ed*. Jones and Bartlett Publishers.



## BAB IV

# PROSES KEPERAWATAN: ASESMEN KEPERAWATAN

 <https://keperawatan.ulm.ac.id>

### 4.1. Deskripsi Singkat

Pada bab keempat buku ini membahas tentang gambaran umum mengenai berbagai pola asesmen yang umum digunakan, seperti:

1. Pola fungsional Gordon
2. Pola *Review of System* (ROS)
3. Pola B1 - B6
4. Dokumentasi asesmen keperawatan

Serta asesmen sesuai Standar Akreditasi Rumah Sakit Kementerian Kesehatan (STARKES) juga dibahas dalam bab ini, antara lain:

1. Asesmen awal
2. Asesmen lanjutan
3. Asesmen ulang

### 4.2. Relevansi

Asesmen keperawatan dapat diartikan sebagai langkah pembuka dalam usaha perawat untuk mendapatkan data-data terkait pasien. Data-data inilah

yang diperlukan untuk membuat sebuah perencanaan keperawatan berdasarkan masalah keperawatan yang ada. Asesmen keperawatan merupakan tahapan awal dari proses keperawatan yang mana dapat mengidentifikasi dan mengevaluasi status kesehatan pasien. Asesmen keperawatan juga merupakan kontak pertama perawat dengan pasien sehingga perawat harus dengan detail mempersiapkan diri baik itu fisik maupun psikologis. Kontak pertama harus meyakinkan sehingga pasienpun akan mudah memberikan informasi penting terkait dirinya. Situasi perkenalan yang bervariasi dalam proses asesmen keperawatan sangat bergantung pada keparahan serta sifat masalah yang dihadapi pasien. Asesmen keperawatan merupakan dasar utama dalam menjalankan proses asuhan keperawatan sesuai dengan apa yang menjadi kebutuhan individu. Asesmen keperawatan harus akurat, lengkap dan relevan atau sesuai kenyataan. Pada pelaksanaan asesmen keperawatan seorang PPJA dituntut untuk selalu empati pada setiap kondisi pasien yang ditemui. Untuk itu maka penjelasan mengenai proses keperawatan dalam hal ini asesmen keperawatan penting untuk diberikan.

#### **4.3. Kompetensi**

Setelah menyelesaikan bab ini, mahasiswa akan mempunyai kemampuan untuk:

1. Menjelaskan mengenai berbagai pola asesmen yang umum digunakan, seperti:
  - a. Pola fungsional Gordon
  - b. Pola ROS
  - c. Pola B1 - B6
  - d. Dokumentasi asesmen keperawatan
2. Menjelaskan mengenai asesmen sesuai Standar Akreditasi Rumah Sakit Kementerian Kesehatan (STARKES), antara lain:
  - a. Asesmen awal
  - b. Asesmen lanjutan
  - c. Asesmen ulang

#### **4.4. Konsep dan Fokus Asesmen Keperawatan**

Asesmen keperawatan merupakan tahapan awal proses asuhan keperawatan dan merupakan suatu proses yang dirancang secara sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi serta mengidentifikasi status kesehatan pasien. Tahap asesmen keperawatan merupakan pemikiran yang mendasar dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan kebutuhan dasar individu yang berbeda satu dengan yang lainnya. Asesmen keperawatan yang lengkap, akurat, sesuai kenyataan, kebenaran data sangat penting untuk merumuskan suatu diagnosis keperawatan dan dalam merencanakan pemberian asuhan keperawatan sesuai dengan respon individu pasien.

Asesmen keperawatan akan mendapatkan data dasar dan data fokus. Data dasar merupakan kumpulan data yang berisikan mengenai status kesehatan pasien, kemampuan pasien untuk mengelola kesehatan terhadap dirinya sendiri, dan hasil konsultasi dari profesional pemberi asuhan lainnya. Sedangkan data fokus merupakan data tentang perubahan-perubahan atau respon pasien terhadap kesehatan dan masalah kesehatannya serta hal-hal yang mencakup tindakan yang harus dilaksanakan terhadap diri pasien.

Asesmen keperawatan tidak sama dengan asesmen medis. Asesmen medis difokuskan pada keadaan patologis, sedangkan asesmen keperawatan ditujukan pada respon pasien terhadap masalah kesehatan yang berhubungan dengan pemenuhan kebutuhan dasar manusia. Sebagai contoh, misalnya seorang PPJA mencari informasi apakah pasien melakukan aktivitas sehari-hari dalam kondisinya sekarang, sehingga fokus asesmen pasien adalah respon pasien yang nyata maupun potensial terhadap masalah-masalah aktivitas harian. Pengumpulan data merupakan pengumpulan informasi tentang pasien yang dilakukan secara sistematis untuk menentukan masalah yang terjadi serta kebutuhan keperawatan dan kesehatan pasien. Pengumpulan informasi merupakan tahap awal dalam proses keperawatan. Dari informasi yang terkumpul, didapatkan data dasar tentang masalah-masalah yang dihadapi pasien. Selanjutnya data dasar

tersebut digunakan untuk menentukan diagnosis keperawatan, merencanakan asuhan keperawatan, serta melaksanakan tindakan keperawatan untuk mengatasi masalah keperawatan pasien. Pengumpulan data dimulai sejak pasien masuk ke rumah sakit (*initial assessment*), selama pasien dirawat secara terus-menerus (*ongoing assessment*), serta asesmen ulang untuk menambah/melengkapi data (*re-assessment*).

#### **4.5. Tujuan Pengumpulan Data dan Asesmen Fokus**

Adapun tujuan dari pengumpulan data pada pelaksanaan asesmen keperawatan, antara lain:

- a. Dilakukan untuk memperoleh informasi tentang keadaan kesehatan pasien.
- b. Dilakukan untuk menentukan masalah keperawatan dan kesehatan pasien.
- c. Dilakukan untuk menilai keadaan kesehatan pasien.
- d. Dilakukan untuk membuat keputusan yang tepat dalam menentukan langkah-langkah berikutnya yaitu perencanaan asuhan keperawatan.

Secara pelaksanaan asesmen fokus merupakan suatu pemilihan data spesifik yang ditentukan berdasarkan keadaan atau kondisi pasien serta penilaian klinis perawat profesional. Asesmen fokus dapat dilaksanakan selama wawancara berlangsung. Asesmen fokus dapat dilanjutkan dengan pemeriksaan fisik untuk memastikan data yang



mendukung terhadap diagnosis keperawatan yang timbul. Misal dalam pelaksanaan wawancara pasien mengeluhkan sesak nafas, perawat dapat mengejar data fokus terkait pernafasan pasien dengan menanyakan kapan mulai terjadi sesak, saat kapan nafas menjadi sesak, bagaimana cara pasien mengatasi sesak selama ini, posisi apa yang pasien rasakan lebih meringankan sesak nafas, dapat juga perawat melakukan pemeriksaan fisik terkait adanya retraksi interkosta sebagai tanda adanya sesak nafas, perubahan pada visual cuping hidung pada pasien bayi, temuan penggunaan otot bantu pernafasan juga menunjukkan sesak nafas pada pasien disamping pemeriksaan tanda vital yaitu frekuensi pernafasan pasien.

#### **4.6. Pola Asesmen Keperawatan Meliputi Pendekatan Pemeriksaan Fisik *Head-to-Toe*, Pendekatan Pemeriksaan Fisik ROS (*Review of System*), dan Pendekatan Pola Fungsi Kesehatan**

Pola asesmen keperawatan dapat diartikan sebagai suatu konsep dimana asesmen akan dilakukan dengan berbagai macam pendekatan yang memudahkan perawat mengidentifikasi data-data yang mungkin akan didapatkan sewaktu melakukan asesmen keperawatan. Penting untuk seorang Perawat Penanggung Jawab Asuhan (PPJA) menguasai beberapa pendekatan pola asesmen sehingga dalam pelaksanaannya akan memudahkan dalam mengoleksi data yang diperlukan.

Pada pelaksanaannya perawat dapat melakukan asesmen berurutan mengenai sistem tubuh secara keseluruhan. Informasi dari wawancara dan observasi menentukan sistem tubuh yang perlu mendapat perhatian khusus, mungkin dapat dilanjutkan dengan asesmen fokus (seperti yang telah dibahas di sub bab sebelumnya). Asesmen dengan pendekatan *head to toe* dilakukan mulai dari kepala dan secara berurutan sampai dengan ke ujung jari kaki. Penting juga diperhatikan terkait keadaan umum, tanda vital, di samping perawat menelusuri dari bagian kepala, wajah, kedua mata, kedua telinga, bagian hidung, sekitaran mulut dan tenggorokan, bagian leher, seluruh lapang dada yang juga meliputi pemeriksaan fisik paru dan jantung, seluruh bagian abdomen, bagian genitalia dan keempat bagian ekstremitas pasien.

Pada pelaksanaannya dapat dilakukan asesmen keperawatan meliputi lingkup mayor "*body systems*", yang akan dijabarkan sebagai berikut:

- a. Keadaan umum
- b. Tanda vital
- c. Sistem pernafasan
- d. Sistem kardiovaskuler
- e. Sistem persarafan
- f. Sistem perkemihan
- g. Sistem pencernaan
- h. Sistem musculoskeletal

- i. Sistem integumen
- j. Sistem reproduksi

Pada pelaksanaannya perawat sering mendengar istilah 11 pola fungsional kesehatan (Gordon, 1982), hal ini sangat beralasan karena pola fungsional Gordon ini dianggap paling cocok dengan 13 Domain pada *NANDA-International*, penjelasan mengenai 11 pola dapat dilihat seperti penjelasan di bawah ini:

- a. Pola penatalaksanaan kesehatan / persepsi sehat
  - 1) Pola sehat - sejahtera yang dirasakan.
  - 2) Pengetahuan tentang gaya hidup dan berhubungan dengan sehat.
  - 3) Pengetahuan tentang praktik kesehatan preventif.
  - 4) Ketaatan pada ketentuan media dan keperawatan.
- b. Pola nutrisi - metabolik
  - 1) Pola makan biasa dan masukan cairan.
  - 2) Tipe makanan dan cairan.
  - 3) Peningkatan / penurunan berat badan.
  - 4) Nafsu makan, pilihan makanan.
- c. Pola eliminasi
  - 1) Defekasi dan berkemih.
  - 2) Penggunaan alat bantu.
  - 3) Penggunaan obat-obatan.
- d. Pola aktivitas - latihan
  - 1) Pola aktivitas, latihan dan rekreasi.

- 2) Kemampuan untuk mengusahakan aktivitas sehari-hari.
- e. Pola tidur dan istirahat
    - 1) Pola tidur - istirahat dalam 24 jam.
    - 2) Kualitas dan kuantitas tidur.
  - f. Pola kognitif - perseptual - keadekuatan alat sensorik
    - 1) Penglihatan, perasa, pembau.
    - 2) Kemampuan bahasa, belajar, ingatan dan pembuatan keputusan.
  - g. Pola persepsi-konsep diri
    - 1) Sikap pasien mengenai dirinya.
    - 2) Persepsi pasien tentang kemampuannya.
    - 3) Pola emosional.
    - 4) Citra diri, identitas diri, ideal diri, harga diri dan peran diri.
  - h. Pola peran dan tanggung jawab
    - 1) Persepsi pasien tentang pola hubungan.
    - 2) Persepsi pasien tentang peran dan tanggung jawab.
  - i. Pola seksual - reproduksi
    - 1) Kepuasan dan ketidakpuasan yang dirasakan pasien terhadap seksualitasnya.
    - 2) Tahap dan pola reproduksi.
  - j. Pola coping dan toleransi stress
    - 1) Kemampuan mengendalikan stress.
    - 2) Sumber pendukung.
  - k. Pola nilai dan keyakinan
    - 1) Nilai, tujuan dan keyakinan.

- 2) Spiritual.
- 3) Konflik.

#### **4.7. Asesmen sesuai Standar Akreditasi Rumah Sakit**

Asesmen sesuai Standar Akreditasi Rumah Sakit pada Bab Pengkajian Pasien (PP) dapat diartikan sebagai suatu pelaksanaan asesmen dimana asesmen akan dilakukan dengan pendekatan bagaimana asesmen di tatanan rumah sakit dilakukan sesuai dengan era akreditasi rumah sakit terkini. Asesmen keperawatan di tatanan rumah sakit tidak berdiri sendiri namun terintegrasi dengan Profesional Pemberi Asuhan (PPA) lainnya.

Tujuan asesmen pasien yang efektif akan menghasilkan keputusan tentang kebutuhan asuhan, pengobatan pasien yang harus segera dilakukan dan pengobatan berkelanjutan untuk emergensi, elektif atau pelayanan terencana, bahkan ketika kondisi pasien berubah. Proses asesmen pasien merupakan proses yang terus menerus dan dinamis yang digunakan pada sebagian besar unit kerja rawat inap dan rawat jalan.

Asuhan pasien di rumah sakit diberikan dan dilaksanakan berdasarkan konsep pelayanan berfokus pada pasien (*Patient Centered Care*). Pola ini dipayungi oleh konsep WHO: *Conceptual framework integrated peoplecentred health services*. (*WHO global strategy on integrated people-centred health services 2016-2026, July 2015*).

Asesmen pasien terdiri atas 3 proses utama dengan metode IAR yang dijelaskan sebagai berikut:

- a. Mengumpulkan informasi dari data keadaan fisik, psikologis, sosial, kultur, spiritual dan riwayat kesehatan pasien yang disebut dengan (I - informasi dikumpulkan).
- b. Analisis informasi dan data, termasuk hasil laboratorium dan radiologi *diagnostic imaging* untuk mengidentifikasi kebutuhan pelayanan kesehatan pasien yang disebut dengan (A - analisis data dan informasi).
- c. Membuat rencana pelayanan untuk memenuhi semua kebutuhan pasien yang telah diidentifikasi yang disebut dengan (R - rencana disusun).

Asesmen harus memperhatikan kondisi pasien, umur, kebutuhan kesehatan, dan permintaan atau preferensinya. Kegiatan asesmen pasien dapat bervariasi sesuai dengan tempat pelayanan. Asesmen ulang harus dilakukan terus menerus selama asuhan berlangsung, pengobatan dan pelayanan untuk mengidentifikasi kebutuhan pasien. Asesmen ulang suatu hal yang penting untuk memahami respons pasien terhadap pemberian asuhan, pengobatan dan pelayanan, serta juga penting untuk menetapkan apakah keputusan asuhan memadai dan efektif. Proses-proses ini paling efektif dilaksanakan bila Profesional Pemberi Asuhan (PPA) yang bertanggung jawab atas pasien bekerja sama dengan baik.

## **4.8. Jenis-Jenis Asesmen Pasien**

### **4.8.1. Asesmen Awal**

Asesmen awal merupakan kesempatan pertama Profesional Pemberi Asuhan (PPA) dimana dalam hal ini perawat dan dokter yang berkewajiban melakukan asesmen awal. Asesmen awal dapat dilakukan di pendekatan rawat inap, rawat jalan maupun gawat darurat. Asesmen awal wajib diselesaikan maksimal 24 jam oleh Profesional Pemberi Asuhan (PPA) yang bertanggung jawab.

Asesmen yang efektif menghasilkan keputusan tentang tindakan segera dan berkelanjutan yang dibutuhkan pasien untuk tindakan darurat, asuhan terencana, bahkan jika kondisi pasien berubah. Asesmen pasien merupakan proses berkelanjutan, dinamis dan dikerjakan di instalasi / unit gawat darurat, rawat jalan, rawat inap, dan unit pelayanan lainnya. Asesmen pasien terdiri dari 3 proses utama dengan metode IAR:

- a. Mengumpulkan data dan informasi (huruf I) tentang hal-hal sesuai “d” sampai dengan “o”, tersebut di bawah. Pada SOAP adalah S-Subyektif dan O-Obyektif.
- b. Analisis data dan informasi (huruf A), yaitu melakukan analisis terhadap informasi yang menghasilkan diagnosis, masalah, dan kondisi, untuk mengidentifikasi kebutuhan pasien. Pada SOAP adalah A-Asesmen.
- c. Membuat Rencana (huruf R), yaitu menyusun solusi untuk mengatasi / memperbaiki kelainan kesehatan sesuai butir “b”. Pelaksanaan R adalah untuk memenuhi

kebutuhan pasien yang telah teridentifikasi masalahnya. Pada SOAP adalah P-Plan (*outcome*) dan rencana asuhan ditulis di kolom instruksi.

Isi minimal asesmen awal antara lain:

- a. Keluhan saat ini
- b. Status fisik
- c. Psiko-sosio-spiritual
- d. Ekonomi
- e. Riwayat kesehatan pasien
- f. Riwayat alergi
- g. Riwayat penggunaan obat
- h. Pengkajian nyeri
- i. Risiko jatuh
- j. Pengkajian fungsional
- k. Risiko nutrisi
- l. Kebutuhan edukasi; dan
- m. Perencanaan pemulangan pasien (*discharge planning*).

#### **4.8.2. Asesmen Lanjutan**

Asesmen lanjutan merupakan kelanjutan dari asesmen awal yang mana belum terselesaikan sewaktu asesmen awal dilakukan. Asesmen lanjutan sangat penting dilakukan jika ada jeda waktu antara asesmen awal dengan kondisi pasien terkini. Mengingat perubahan kondisi pada pasien dapat berubah dengan drastis dari waktu ke waktu. Terdapat risiko ketika asesmen awal dilakukan namun



asesmen lanjutan tidak dilakukan padahal ada jeda waktu yang mungkin lepas perhatian oleh Profesional Pemberi Asuhan (PPA) yang bertanggung jawab. Biasanya asesmen awal dimulai saat pasien diterima di Instalasi Gawat Darurat, penting untuk melakukan asesmen lanjutan sebelum pasien dipindahkan / ditransportasikan ke ruang lain, asesmen lanjutan juga dapat dilakukan ketika pasien telah dipindahkan ke ruang perawatan. Di ruang perawatan, perawat diharapkan melakukan asesmen lanjutan untuk melengkapi data yang mungkin belum terselesaikan di tahapan asesmen awal.

#### **4.8.3. Asesmen Ulang**

Pelaksanaan asesmen ulang bagi semua Profesional Pemberi Asuhan (PPA) merupakan faktor penting untuk evaluasi terhadap perkembangan pasien. Asesmen ulang dapat menggambarkan keputusan tentang asuhannya sudah efektif dan memberikan dampak perbaikan terhadap kondisi pasien atau tidak. Dilakukannya asesmen ulang dengan interval waktu yang didasarkan atas kebutuhan dan rencana asuhan, dan digunakan sebagai dasar rencana pemulangan pasien sesuai dengan regulasi rumah sakit. Hasil asesmen ulang dicatat di rekam medis pasien/ formulir Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi (CPPT) sebagai informasi untuk digunakan oleh semua Profesional Pemberi Asuhan (PPA) termasuk juga perawat dalam pelaksanaan asuhan terintegrasi.

Asesmen ulang oleh Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP) memperhitungkan asuhan pasien selanjutnya. Seorang DPJP melakukan asesmen terhadap pasien akut sekurang-kurangnya setiap hari, termasuk di akhir minggu/libur, dan jika ada perubahan penting kondisi pasien. Asesmen ulang dilakukan dan dicatat di CPPT berbasis IAR dengan metode SOAP, petugas gizi dapat dengan metode ADIME, dengan memperhatikan:

- a. Interval sepanjang asuhan pasien (contoh, perawat mencatat secara tetap, tanda-tanda vital (TTV), asesmen nyeri, detak jantung dan suara paru, sesuai kondisi pasien).
- b. Setiap hari oleh Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP) terhadap pasien.
- c. Sebagai respons terhadap perubahan penting kondisi pasien.
- d. Jika diagnosis pasien berubah dan dibutuhkan perubahan rencana asuhan.
- e. Menentukan apakah pengobatan dan tindakan lain berhasil dan pasien dapat dipindah atau pulang.

Temuan pada asesmen ulang digunakan sepanjang proses pelayanan untuk mengevaluasi kemajuan pasien dan untuk memahami kebutuhan untuk asesmen ulang. Oleh karena itu sangat perlu bahwa asesmen medis, keperawatan dan asesmen Profesional Pemberi Asuhan (PPA) lain yang berarti, dicatat dan didokumentasikan dengan baik dan dapat dengan cepat dan mudah

ditemukan kembali dalam rekam medis atau dari lokasi lain yang ditentukan standar dan digunakan oleh staf yang terlibat dalam asuhan pasien.

#### **4.9. Rangkuman**

Asesmen keperawatan merupakan awal kontak perawat dengan pasien dengan tujuan melakukan pengumpulan data guna mendukung pengambilan keputusan klinis mengenai masalah keperawatan pasien. Jika asesmen medis berbicara mengenai kondisi patofisiologis, di lain sisi asesmen keperawatan berbicara bagaimana respon pasien atau tanda gejala yang ditimpulkan dari suatu kondisi klinis yang dapat diamati, diukur dan dilakukan pemeriksaan fisik oleh perawat. Asesmen yang dilakukan dapat berupa asesmen fokus yang langsung tertuju dan mengarah pada kondisi yang abnormal untuk dialami dan digali lebih dalam mengenai apa saja yang menjadi masalah, apa saja yang menjadi tanda gejala dari kondisi sakit pasien guna menegakkan diagnosis keperawatan.

Terdapat 3 pola asesmen yang menjadi dasar dalam asesmen keperawatan diantaranya adalah 11 pola fungsional Gordon, pola *Review of System* (ROS), dan pola *Head to toe*. Pola fungsional Gordon yang dianggap cocok dengan 13 Domain NANDA karena tiap pola hampir bersesuaian dengan tiap Domain yang ada di NANDA.

Asesmen yang bersesuaian dengan Standar Akreditasi Rumah Sakit dibedakan menjadi 3 jenis yaitu asesmen awal, asesmen lanjutan dan asesmen ulang. Asesmen awal yang dilakukan saat kontak pertama dengan pasien, tanggung jawab penuh dilakukan oleh perawat dan dokter dalam pelaksanaannya. Asesmen lanjutan dilakukan sebagai lanjutan dari asesmen awal terdahulu untuk menilai kondisi pasien terkini saat ada jeda waktu antara kondisi terkini dengan asesmen awal yang telah dilakukan sebelumnya. Asesmen lanjutan dapat dilakukan sebelum pasien dipindahkan ke ruang perawatan jika ada jeda waktu antara asesmen awal dengan kondisi terkini, serta asesmen lanjutan dapat dilakukan oleh perawat ruangan setelah pasien tiba di ruang perawatan. Asesmen ulang dilakukan oleh Profesional Pemberi Asuhan (PPA) setiap kali berinteraksi dengan pasien dan dilakukan pendokumentasian di lembar formulir CPPT sebagai usaha untuk mengintegrasikan asuhan pasien sesuai dengan amanah akreditasi melalui Standar Akreditasi Rumah Sakit.

#### **4.10. Latihan**

Untuk memperdalam pemahaman Anda mengenai materi di atas, kerjakanlah latihan berikut:

1. Jelaskan mengenai asesmen keperawatan yang dilakukan perawat profesional!
2. Jelaskan mengenai tujuan pengumpulan data yang dilakukan perawat profesional!

3. Jelaskan mengenai asesmen fokus yang dilakukan perawat profesional dan penerapannya!
4. Jelaskan mengenai pola asesmen keperawatan yang dapat mempengaruhi data yang dikumpulkan!
5. Jelaskan mengenai asesmen dengan menggunakan pola *review of system*!
6. Jelaskan mengenai asesmen dengan menggunakan pola *head to toe*!
7. Jelaskan mengenai asesmen dengan menggunakan pola fungsional Gordon!
8. Jelaskan pola asesmen mana yang paling cocok diterapkan dalam keperawatan!
9. Jelaskan mengenai asesmen awal yang dilakukan sesuai amanah akreditasi!
10. Jelaskan mengenai asesmen lanjutan yang dilakukan sesuai amanah akreditasi!
11. Jelaskan mengenai asesmen ulang yang dilakukan sesuai amanah akreditasi!
12. Jelaskan peran dokter dan perawat dalam asesmen awal yang dilakukan sesuai amanah akreditasi!
13. Jelaskan mengenai asesmen yang berbasis I-A-R sesuai amanah akreditasi!

Untuk memperdalam materi di atas maka kerjakanlah soal di bawah ini:

Petunjuk: untuk soal nomor 1 - 15, pilihlah salah satu jawaban yang paling tepat!

1. Suatu pemilihan data spesifik yang ditentukan berdasarkan keadaan atau kondisi pasien serta penilaian klinis perawat profesional dinamakan...
  - a. *Assessment*
  - b. *Focus assessment*
  - c. *Ongoing assessment*
  - d. *Initial assessment*
  - e. *Reassessment*
2. Interaksi pada tahapan awal suatu proses asuhan keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis dalam pengumpulan data dinamakan...
  - a. *Assessment*
  - b. *Focus assessment*
  - c. *Ongoing assessment*
  - d. *Initial assessment*
  - e. *Reassessment*
3. Pengumpulan data dimulai sejak pasien masuk ke rumah sakit dinamakan...
  - a. *Assessment*
  - b. *Focus assessment*
  - c. *Ongoing assessment*
  - d. *Initial assessment*
  - e. *Reassessment*
4. Pengumpulan data melewati asesmen ulang untuk menambah/melengkapi data dinamakan...
  - a. *Assessment*
  - b. *Focus assessment*

- c. *Ongoing assessment*
  - d. *Initial assessment*
  - e. *Reassessment*
5. Pengumpulan data selama pasien dirawat secara terus-menerus dinamakan...
- a. *Assessment*
  - b. *Focus assessment*
  - c. *Ongoing assessment*
  - d. *Initial assessment*
  - e. *Reassessment*
6. Pola asesmen keperawatan yang mengedepankan urutan dari kepala sampai dengan ujung jari kaki disebut...
- a. *Head to toe*
  - b. Pola fungsional Gordon
  - c. *Review of System*
  - d. *Focus assessment*
7. Pola asesmen keperawatan yang mengedepankan asesmen berdasarkan system tubuh disebut...
- a. *Head to toe*
  - b. Pola fungsional Gordon
  - c. *Review of System*
  - d. *Focus assessment*
8. Pola asesmen keperawatan yang sangat bersesuaian dengan Domain NANDA karena memuat pola-pola yang sangat identic dengan NANDA disebut...
- a. *Head to toe*

- b. Pola fungsional Gordon
  - c. *Review of System*
  - d. *Focus assessment*
9. Asesmen terkait kondisi pasien yang mengalami gangguan pada fungsi menelannya sehingga mengganggu kesehatan secara umum dapat dicari pada pola...
- a. Pola penatalaksanaan kesehatan / persepsi sehat
  - b. Pola nutrisi – metabolik
  - c. Pola eliminasi
  - d. Pola aktivitas – latihan
  - e. Pola tidur dan istirahat
10. Asesmen terkait kondisi pasien yang mengalami gangguan pada kemampuan untuk mengusahakan aktivitas sehari-hari dapat dicari pada pola...
- a. Pola penatalaksanaan kesehatan / persepsi sehat
  - b. Pola nutrisi – metabolik
  - c. Pola eliminasi
  - d. Pola aktivitas – latihan
  - e. Pola tidur dan istirahat
11. Asesmen pasien yang dilakukan oleh Profesional pemberi asuhan (PPA) terdapat di Bab...
- a. Hak Pasien dan Keluarga
  - b. Asesmen Pasien
  - c. Pelayanan Asuhan Pasien
  - d. Pelayanan Asuhan Bedah
12. Asesmen awal wajib diselesaikan maksimal...



- a. 6 jam
  - b. 12 jam
  - c. 18 jam
  - d. 24 jam
13. Pelaksanaan asesmen yang dilakukan setiap shift perawat serta didokumentasikan pada lembar CPPT pasien disebut...
- a. Asesmen Awal
  - b. Asesmen Lanjut
  - c. Asesmen Ulang
  - d. Reasesmen
14. Pelaksanaan asesmen yang dilakukan pertama kali bertemu pasien dan tanggung jawab dokter dan perawat disebut...
- a. Asesmen Awal
  - b. Asesmen Lanjut
  - c. Asesmen Ulang
  - d. Reasesmen
15. Pelaksanaan asesmen yang memberikan data tambahan pada asesmen awal yang telah dilakukan disebut...
- a. Asesmen Awal
  - b. Asesmen Lanjut
  - c. Asesmen Ulang
  - d. Reasesmen

#### **4.11. Bahan Bacaan Pendukung**

Ackley B.J., Ladwig G.B. (2014). *Nursing Diagnosis Handbook: An Evidence-Based Guide to Planning Care*. 10th edition. Mosby: Elsevier Inc.

Herdman, T.H. (2021). *NANDA International Nursing Diagnoses: definitions and classification 2021-2023*. Jakarta: EGC.

Kozier, B., Erb, G., Berwan, A.J., & Burke, K. (2008). *Fundamentals of Nursing: Concepts, Process, and Practice*. New Jersey: Prentice Hall Health.

Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/1128/2022 tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit.

Komisi Akreditasi Rumah Sakit, 2019, *Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS) edisi 1.1*, Jakarta: KARS.

Ladwig G.B., Ackley B.J. (2014). *Mosby's Guide to Nursing Diagnosis*. 10th edition. Mosby: Elsevier Inc.

Potter, P.A. & Perry, A.G. (2011). *Fundamental Keperawatan*. Edisi Bahasa Indonesia 7. Elsevier Pte.Ltd.



# BAB V

## KONSEP DAN PRINSIP PENGUMPULAN DATA SERTA PEMURUMUSAN MASALAH KEPERAWATAN

 <https://keperawatan.ulm.ac.id>

### 5.1. Deskripsi Singkat

Pada bab kelima buku ini membahas tentang gambaran umum mengenai konsep dan prinsip pengumpulan data, analisis data, *critical thinking* dalam perumusan masalah keperawatan, dan *clinical decision-making* dalam pengambilan keputusan juga dibahas dalam bab ini.

### 5.2. Relevansi

Sebagai seorang Perawat Penanggung Jawab Asuhan (PPJA), pelaksanaan pengumpulan data dilakukan terhadap pasien yang menjadi tanggung jawab asuhan, baik itu dilakukan oleh PPJA sendiri ataupun dilakukan oleh sejawat perawat lainnya. Meskipun dilakukan perawat lainnya, data yang dikumpulkan akan selalu dikomunikasikan kepada PPJA guna tindak lanjut dalam perencanaan asuhan pasien yang menjadi tanggung jawab kelolaan PPJA tersebut. Data merupakan sesuatu yang belum memiliki arti bagi penerimanya dan masih

mebutuhkan adanya suatu pengolahan. Data dapat memiliki berbagai wujud, mulai dari gambar, suara, huruf, angka, bahasa, simbol, bahkan keadaan. Semua hal tersebut dapat disebut sebagai data asalkan perawat dapat menggunakannya sebagai bahan untuk melihat lingkungan, obyek, kejadian, ataupun suatu konsep tertentu. Untuk itu maka penjelasan mengenai konsep dan prinsip pengumpulan data serta perumusan masalah keperawatan penting untuk diberikan.

### **5.3. Kompetensi**

Setelah menyelesaikan bab ini, mahasiswa akan mempunyai kemampuan untuk:

1. Menjelaskan mengenai konsep dan prinsip pengumpulan data
2. Menjelaskan mengenai analisis data
3. Menjelaskan mengenai *critical thinking* dalam perumusan masalah keperawatan
4. Menjelaskan mengenai *clinical decision-making* dalam pengambilan keputusan

### **5.4. Konsep dan Prinsip Pengumpulan Data, Tujuan Pengumpulan Data, dan Sumber Data**

Pengumpulan data merupakan proses untuk memperoleh informasi yang dibutuhkan dalam rangka mencapai tujuan asuhan keperawatan. Sebelum melakukan asuhan keperawatan, seorang PPJA biasanya

telah memiliki dugaan berdasarkan teori yang digunakan, dugaan tersebut disebut dengan hipotesis. Guna membuktikan hipotesis secara empiris, seorang PPJA atau perawat dalam hal ini membutuhkan prosedur pengumpulan data. Pengumpulan data yang selanjutnya akan dilakukan dalam bentuk asesmen secara lebih mendalam guna mendapatkan apa saja data yang dicari guna memvalidasi hipotesis tersebut.

Tujuan pengumpulan data yang dilakukan antara lain:

- a. Memperoleh informasi tentang keadaan kesehatan pasien yang sesungguhnya terjadi.
- b. Membantu dalam menentukan masalah keperawatan dan kesehatan pasien sesuai dengan kondisinya.
- c. Membantu dalam menilai keadaan kesehatan pasien sesuai dengan kondisinya.
- d. Membantu dalam membuat keputusan yang tepat dalam menentukan langkah-langkah berikutnya dalam proses asuhan keperawatan yang dilakukan.

Data yang didapatkan berdasarkan sumbernya, dapat dibedakan sebagai berikut:

- a. Data primer, merupakan data-data yang dikumpulkan dari pasien secara langsung yang dapat memberikan informasi yang lengkap, kondisi pasien yang sadar serta datanya dapat dipertanggung jawabkan tentang masalah

kesehatan dan keperawatan yang dihadapi pasien guna merumuskan masalah keperawatan yang terjadi.

- b. Data sekunder, merupakan data-data yang dikumpulkan dari orang terdekat pasien (keluarga) seperti orang tua, saudara, atau pihak lain yang mengerti dan dekat dengan pasien guna mendukung untuk merumuskan masalah keperawatan. PPJA harus mempunyai keyakinan dalam menentukan sumber data sekunder ini, harus meyakini bahwa sumber (informan) benar-benar mengerti dan memahami kejadian dan latar belakang penyakit atau status kesehatan pasien. Perlu diperhatikan bahwa status keluarga bukan berarti tinggal serumah dan memahami kondisi pasien, hal ini yang menjadi pertimbangan bahwa harus benar-benar divalidasi dahulu sumber (informan) yang akan dijadikan data sekunder ini.
- c. Data lainnya, merupakan catatan pasien (catatan keperawatan atau catatan rekam medis pasien yang biasanya tersimpan sebagai arsip rumah sakit/fasilitas pelayanan kesehatan). Rekam medis biasanya menyimpan gambaran riwayat penyakit pasien dan perawatan pasien di masa lalu. Data lainnya dapat juga berupa hasil pemeriksaan penunjang seperti pemeriksaan laboratorium, hasil rontgen, hasil USG, hasil MRI, hasil EKG, dan hasil pemeriksaan penunjang lainnya.

## 5.5. Data Dasar dan Data Fokus, Tipe Data, dan Karakteristik Data

Menurut pembagiannya, data dapat dibedakan menjadi data dasar dan data fokus, penjelasan keduanya yaitu sebagai berikut:

### a. Data Dasar

- 1) Data personal (nama, NIK e-KTP, alamat, usia, dll).
- 2) Alasan memerlukan perawatan.
- 3) Masalah kesehatan: keluhan utama, tanda, gejala.
- 4) Persepsi pasien terhadap masalah kesehatan.
- 5) Akibat masalah terhadap perawatan diri dan perawatan *volunteer*.
- 6) Status kesehatan pasien (hasil konsultasi dari medis atau profesi kesehatan lainnya).

### b. Data Fokus

Data fokus merupakan data tentang perubahan-perubahan atau respon pasien terhadap kesehatan dan masalah kesehatannya serta hal-hal yang mencakup tindakan yang dilaksanakan kepada pasien. Data fokus didapatkan dari hasil pengkajian fokus yang dilakukan berdasarkan suatu tanda gejala spesifik yang perlu dialami saat seorang perawat melakukan pengkajian atau asesmen.

Berdasarkan tipe data yang akan diperoleh pada tahap asesmen keperawatan terhadap pasien, tipe data akan dibedakan menjadi:

a. Data subjektif

- 1) Data yang didapatkan dari pasien sesuai persepsinya/ ungkapan verbal yang disebutkan, diungkapkan, dikeluhkan, dikatakan oleh pasien atau keluarga.
- 2) Didapat melalui interaksi/komunikasi dengan pasien atau keluarga tentang status kesehatan yang dirasakan saat ini dan masa lalu.
- 3) Dapat dari sumber lain (keluarga, konsultan, tenaga kesehatan lain). Data subjektif juga didapat dari orang di sekitar pasien saat kita melakukan asesmen.

Contoh dari data subjektif yang biasanya didapatkan pada saat asesmen, antara lain:

- 1) “Saya merasa sesak nafas”
- 2) “Saya merasa sangat takut”
- 3) “Saya merasa lelah dan lemah“
- 4) “Saya merasa sakit lagi, obat penghilang nyeri tidak berfungsi lagi“
- 5) “Orang tua saya sudah lama mengeluhkan sakit ini, bahkan sejak 3 bulan sebelum dia dirawat”
- 6) “Anak saya sudah mengalami penurunan nafsu makan sejak satu minggu terakhir”

b. Data Objektif

- 1) Semua informasi yang dikumpulkan perawat melalui observasi, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang. Data yang benar-benar didapatkan dari pengukuran, penakaran atau hasil laboratorium.



- 2) Informasi yang didapat dari pengamatan dan observasi yang dilakukan, sebagai contoh:
  - a) Pasien menangis 2 kali sehari
  - b) Tingkat kesadaran pasien (koma)
  - c) Kulit pasien tampak kusam
  - d) Terdapat edema pada kedua tungkai pasien
  - e) Konjungtiva pasien anemis
  - f) Pasien tampak menggunakan otot bantu nafas
  - g) Bayi tampak menggunakan cuping hidung saat bernafas.
- 3) Semua informasi hasil pemeriksaan fisik, dengan contoh sebagai berikut:
  - a) Frekuensi pernafasan dalam hitungan menit (kali/menit), tekanan darah dalam satuan baku (mmHg), berat badan dalam satuan kilogram, edema dalam hitungan atau penilaian yang valid, dan sebagainya.
  - b) Menggunakan standar yang diterima: Celcius/ Fahrenheit untuk termometer, centimeter pada pita pengukur, dll. Misalnya: Respiration Rate (RR) = 32 kali/menit, Tekanan darah (TD) = 90/110 mmHg, Berat Badan (BB) = 87 kg.

Pada pelaksanaan asesmen keperawatan, penting untuk perawat memperhatikan karakteristik data yang akan didapatkan, antara lain sebagai berikut:

- a. Lengkap, pada pelaksanaan asesmen keperawatan haruslah dilakukan dengan lengkap mengingat pengambilan keputusan klinis tidak akan maksimal dilakukan PPJA jika data yang terkumpul tidak lengkap dan tidak saling mendukung. Penting bagi seorang PPJA untuk perlahan memastikan kelengkapan data saat melakukan asesmen keperawatan, baik itu asesmen yang dilakukan PPJA sendiri atau dilakukan perawat lainnya.
- b. Akurat dan nyata, pada pelaksanaan asesmen keperawatan haruslah dilakukan dengan keakuratan data serta kenyataan yang ada sangatlah penting, hal ini untuk menghindari bias saat PPJA mengambil keputusan klinis. Banyaknya data yang keliru, data yang dibuat-buat bahkan data fiktif justru akan menyulitkan PPJA dalam melakukan analisis data untuk merumuskan suatu masalah keperawatan.
- c. Relevan, pada pelaksanaan asesmen keperawatan haruslah dilakukan dengan keakuratan tinggi mengingat sangatlah penting bagi perawat untuk bisa menggambarkan kaitan data yang didapat dengan kondisi pasien. Data-data yang kurang relevan dengan kondisi pasien akan mengaburkan kondisi nyata pasien yang akan membuat proses analisis data tidak berjalan maksimal bagi seorang PPJA sebagai penanggung jawab asuhan pasien.

## 5.6. Metode Pengumpulan Data

Cara yang biasa digunakan untuk mengumpulkan data tentang pasien antara lain:

### 5.6.1. Wawancara (*interview*)

- 1) Interaksi perawat-pasien berdasarkan “komunikasi”.
- 2) Komunikasi terapeutik: teknik untuk mengajak pasien dan keluarga bertukar pikiran dan perasaan.
- 3) Teknik: verbal, nonverbal, serta empati.

Tahapan wawancara yang biasanya dilakukan, antara lain:

- 1) Pre Interaksi
- 2) Pembukaan atau perkenalan
- 3) Isi / tahap kerja
- 4) Tahap terminasi

Pada pelaksanaannya jenis wawancara dapat dibedakan menjadi *Auto anamnese* dan *Allo anamnese*:

- 1) *Auto anamnese* merupakan teknik wawancara yang dilakukan dengan pasien secara langsung. Dilaksanakan pada pasien yang sadar dan data yang disampaikan pasien dirasa dapat dipertanggung jawabkan.
- 2) *Allo anamnese* merupakan wawancara yang dilakukan dengan keluarga atau orang terdekat pasien.

Fokus wawancara yang biasanya dilakukan melingkupi hal sebagai berikut:

- 1) Mendengarkan dengan penuh perhatian setiap ucapan yang disampaikan pasien ataupun keluarga. Jelaskan

bila perlu untuk memperjelas maksud dari topik wawancara yang perawat inginkan.

- 2) Menanyakan keluhan yang paling dirasakan oleh pasien, hal ini menjadi batu pijakan untuk perawat dapat melakukan asesmen fokus. Jika sudah diidentifikasi keluhan utama yang dirasakan pasien maka sebaiknya asesmenpun dilakukan dengan mengejar data-data yang berhubungan jelas dengan keluhan utama tersebut.
- 3) Menggunakan bahasa yang mudah dimengerti oleh pasien, penting bagi seorang perawat menyadari bahwa tidak semua pasien yang ditemui mempunyai kecakapan kognitif sama rata. Perawat harus meyakini bahwa diri pasien itu unik, individu pasien itu unik dengan segala kelebihan dan keterbatasannya. Maka dari itu penggunaan bahasa yang mudah dipahami oleh pasien saat melakukan asesmen akan menjadi keniscayaan guna kelengkapan dan kevalidan data hasil asesmen khususnya pada saat wawancara.
- 4) Gunakan pertanyaan terbuka dan tertutup yang tepat pada waktunya, sebagai seorang perawat kita harus pintar memilih kapan menggunakan pertanyaan terbuka dan tertutup sehingga suasana tidak akan monoton dan terkesan membosankan bagi pasien.
- 5) Bila perlu diam, untuk memberikan kesempatan kepada pasien untuk mengungkapkan perasaannya. Penting bagi perawat dalam wawancara menjaga keheningan dalam mendengarkan, pasien akan merasa dihargai jika

dalam pelaksanaannya pasien didengarkan saat mengungkapkan beberapa pernyataan dan keluhan.

- 6) Sentuhan terapeutik, bila diperlukan dan memungkinkan. Banyak penelitian yang menyebutkan pengaruh sentuhan terapeutik terhadap penerimaan pasien terhadap perawat. Sentuhan terapeutik juga dapat meningkatkan hubungan saling percaya dengan pasien selama interaksi yang dilakukan.
- 7) Pergunakan instrumen asesmen, penggunaan instrumen asesmen sangat dianjurkan karena tidak semua item-item yang akan kita tanyakan dapat diingat dengan mudah. Instrumen sebagai pengingat dan penuntun saat wawancara merupakan suatu keniscayaan yang dapat dilakukan perawat.

Pada saat melakukan wawancara, bersikaplah menjadi pendengar yang baik. Menunjukkan cara mendengarkan yang baik penting dilakukan dengan teknik sebagai berikut:

- 1) Jadilah pendengar yang aktif, berikan fokus 100% pada ucapan yang disampaikan oleh pasien. Beri tanggapan jika diperlukan untuk mempertahankan suasana interaktif.
- 2) Beri kesempatan pasien untuk menyelesaikan pembicaraannya, penting diingat bahwa dalam wawancara jangan sekali-sekali memotong pembicaraan yang dilakukan oleh pasien. Selesaikan pembicaraan pasien, baru beri tanggapan sesuai keperluan.

- 3) Bersabarlah jika pasien "*blocking*", memang tidak mudah dan tidak biasa jika pasien harus diwawancara dengan situasi sakitnya. Situasi interaksi yang mungkin bagi sebagian pasien adalah kondisi yang tidak nyaman. Kejadian *blocking* kadang menjadi suatu yang wajar terjadi sehingga sebagai perawat kita harus bersabar ketika menemui kondisi tersebut.
- 4) Berikan perhatian penuh, penting jika kita sebagai perawat dapat menunjukkan bahwa kita mampu memberikan perhatian penuh. Selain akan menunjukkan bahwa kita ada untuk mendengarkan pasien, hal ini juga dapat mempengaruhi penerimaan pasien terhadap kehadiran kita untuk melakukan wawancara.
- 5) Klarifikasi, disimpulkan, dan diulang apa yang telah dikatakan. Penting bagi kita untuk mencermati apa saja yang disampaikan oleh pasien, upaya untuk mengklarifikasi hal-hal yang dianggap perlu menjadi keniscayaan dalam wawancara untuk validitas data yang diinginkan.

### **5.6.2. Pengamatan (*observational*)**

Observasi merupakan suatu tindakan pengamatan pada perilaku dan keadaan pasien untuk mendapatkan data tentang masalah keperawatan dan kesehatan pasien. Observasi dapat dilakukan menggunakan alat indera penglihatan, melalui perabaan, melalui sentuhan dan pendengaran. Tujuan dari pelaksanaan observasi adalah

mengumpulkan data tentang masalah yang dihadapi pasien melalui kepekaan alat panca indera. Contoh hasil observasi misalnya terdapat *grimace* pada pasien yang mengeluh nyeri, frekuensi nafas meningkat pada pasien yang mengeluh sesak nafas.

Pada pelaksanaan observasi, kita mempunyai pedoman yang dapat dijabarkan sebagai berikut:

- 1) Teknik, pemeriksaan yang akan dilakukan tidak selalu harus dijelaskan secara rinci kepada pasien (meskipun prinsip komunikasi terapeutik tetap harus dilakukan). Mengapa hal ini dilakukan? Jawabannya adalah terkadang penjelasan yang dilakukan terpeinci justru dapat meningkatkan kecemasan pasien yang nantinya akan mengaburkan data (data yang diperoleh menjadi tidak murni/natural). Misalnya: Bapak, kami akan menghitung frekuensi nafas bapak dalam satu menit. Kemungkinan besar data yang diperoleh menjadi tidak valid karena kemungkinan pasien akan berusaha untuk mengatur nafasnya sendiri. Hal demikian jelas akan mengaburkan data yang kita harapkan.
- 2) Dalam melakukan asesmen, hal terkait aspek fisik, mental, sosial dan spiritual pasien harus diperhatikan dengan baik. Privasi pasien harus dijaga dengan baik.
- 3) Hasilnya dicatat dalam catatan keperawatan, sehingga dapat dibaca dan dimengerti oleh perawat lain atau PPA lainnya.

Bagaimana cara observasi yang baik dalam pelaksanaan asesmen keperawatan dapat dijabarkan sebagai berikut:

- 1) Pergunakan panca indera
- 2) Perhatikan penampilan pasien
- 3) Tunjukkan sikap yang baik
- 4) Jaga pola interaksi yang baik

Contoh yang biasanya dapat diamati perawat dalam melaksanakan asesmen keperawatan misalnya pasien tidak dapat beristirahat dengan baik selama fase perawatan. Misalnya apakah terdapat tanda-tanda kelelahan pada diri pasien, apakah ada kantung mata pada wajah pasien. Penting bagi perawat untuk menginterpretasikan tanda yang belum diperlihatkan sebelumnya atau telah berubah tipe, intensitas, frekuensi atau durasinya karena data ini akan menjadi suatu hal yang sangat kuat memberikan dampak terhadap rencana asuhan yang akan dikelola oleh perawat. Penting untuk selalu mengasah kemampuan dalam observasi ini.

### **5.6.3. Pemeriksaan fisik (*physical assessment*)**

Pemeriksaan fisik merupakan suatu prosedur melakukan interaksi dengan pasien berorientasi pemeriksaan yang dilakukan terhadap fisik (anggota tubuh) pasien guna menentukan masalah kesehatan pasien. Pemeriksaan fisik dapat dilakukan dengan berbagai cara:



- 1) Inspeksi, dapat diartikan sebagai aktivitas melihat kondisi tubuh atau kondisi pasien secara umum menggunakan panca indera penglihatan.
- 2) Palpasi, dapat diartikan sebagai aktivitas meraba atau menekan bagian tubuh tertentu untuk mendapatkan data yang diinginkan.
- 3) Perkusi, dapat diartikan sebagai aktivitas mengetuk-ngetuk, memukul-mukul bagian tubuh tertentu yang mana dimaksudkan untuk mendapatkan data yang diinginkan.
- 4) Auskultasi, dapat diartikan sebagai aktivitas mendengarkan bunyi yang dapat muncul dari tubuh baik secara langsung atau dengan menggunakan alat bantu tertentu untuk mendapatkan data yang diinginkan.

Secara umum pada tubuh dilakukan dengan urutan Inspeksi - Palpasi - Perkusi - Auskultasi. Namun, khusus pada bagian abdomen dilakukan dengan urutan Inspeksi - Auskultasi - Perkusi - Palpasi. Mengapa ada perbedaan pada bagian perut/abdomen? Hal ini dimaksudkan karena pada bagian perut sangat sensitif terhadap tekanan dan ketukan, dapat saja bunyi yang akan didapatkan sewaktu auskultasi akan berubah jika didahului oleh prosedur pemeriksaan fisik lainnya seperti palpasi dan perkusi. Tidak selalu keempat teknik juga dilakukan pada bagian tertentu misal pada bagian kepala hanya dilakukan Inspeksi dan Palpasi. Pada bagian ekstremitas hanya dilakukan Inspeksi dan Palpasi juga. Perlu ketekunan dan berani mencoba

serta jam terbang yang banyak untuk melakukan pemeriksaan fisik guna meningkatkan kepekaan dalam menterjemahkan hasil yang didapatkan dari pemeriksaan fisik yang dilakukan.

#### **5.6.4. Studi Dokumentasi**

Studi dokumentasi dapat dilakukan dengan melihat catatan keperawatan dan kesehatan pasien. Data dapat berupa hasil pemeriksaan penunjang yang dialami pasien. Di era akreditasi rumah sakit seperti sekarang ini pendokumentasian riwayat kesehatan dapat berupa tulisan manual di rekam medis pasien atau juga dapat berupa elektronik rekam medis. Keduanya dapat dijadikan sebagai sumber data yang menunjang pengumpulan data tentang pasien yang dilakukan.

Studi dokumentasi juga dapat memanfaatkan artikel penelitian dalam suatu jurnal yang telah *publish*. Misalkan saja sebagai contoh penelitian Agianto, Setiawan dan Nasri (2022) yang meneliti terkait identifikasi diagnosis keperawatan dan etiologi pasca banjir pada masyarakat Kalimantan Selatan. Dari penelitian ini dapat tercermin kemungkinan diagnosis keperawatan apa saja yang menjadi referensi mahasiswa keperawatan atau perawat di komunitas dalam memberikan asuhan keperawatan. adanya data tersebut memungkinkan mahasiswa atau perawat untuk dapat langsung menentukan perencanaan keperawatan yang selanjutnya dapat diimplementasikan.

## **5.7. Pedoman dan Pendekatan Pemeriksaan Fisik**

Pada pelaksanaannya pemeriksaan fisik harus dilakukan dengan memperhatikan berbagai aspek sebagai berikut:

- a. Selalu mengedepankan komunikasi perawat-pasien karena pemeriksaan fisik mungkin saja akan membuka bagian privasi pasien sehingga perlu dikomunikasikan terlebih dahulu. Penting bagi perawat untuk selalu dapat menjaga privasi pasien selama prosedur dilaksanakan.
- b. Laksanakan dengan baik dan akurat, penting bagi perawat untuk melaksanakan pemeriksaan fisik dengan baik dan akurat karena prosedur yang dilakukan mungkin akan menyebabkan ketidaknyaman dan rasa sakit jika dilakukan berulang akibat ketidakakuratan dalam melakukannya.
- c. Pilih metode pengorganisasian data:
  - 1) Pertama, lakukan asesmen sesuai masalah yang dikeluhkan pasien.
  - 2) Selanjutnya kaji status fisik secara berurutan sesuai sistem: misalnya pada sistem pernafasan, sistem kardiovaskuler, sistem kulit/integumen, sistem persyarafan, sistem muskuloskeletal, sistem pencernaan, sistem reproduksi dan sistem perkemihan.

Pada pemeriksaan fisik dapat dilakukan dengan pendekatan sebagai berikut:

- a. Pendekatan *Head-to-Toe*, pada pelaksanaannya perawat dapat melakukan asesmen sistem tubuh secara keseluruhan. Informasi dari wawancara dan observasi menentukan sistem tubuh yang perlu mendapat perhatian khusus, mungkin dapat dilanjutkan dengan asesmen fokus (seperti yang telah dibahas di sub bab sebelumnya). Asesmen dengan pendekatan *head to toe* dilakukan mulai dari kepala dan secara berurutan sampai dengan ke ujung jari kaki. Penting juga diperhatikan terkait keadaan umum, tanda vital, di samping perawat menelusuri dari bagian kepala, wajah, kedua mata, kedua telinga, bagian hidung, sekitaran mulut dan tenggorokan, bagian leher, seluruh lapang dada yang juga meliputi pemeriksaan fisik paru dan jantung, seluruh bagian abdomen, bagian genitalia dan keempat bagian ekstremitas pasien.
- b. Pendekatan *Review of System* (ROS) pada pelaksanaannya dapat dilakukan asesmen meliputi lingkup mayor '*body systems*':
  - 1) Keadaan umum
  - 2) Tanda vital
  - 3) Sistem pernafasan
  - 4) Sistem kardiovaskuler
  - 5) Sistem persarafan
  - 6) Sistem perkemihan

- 7) Sistem pencernaan
- 8) Sistem muskuloskeletal
- 9) Sistem integumen
- 10) Sistem reproduksi

### **5.8. Pedoman dan Cara Analisis Data serta Perumusan Masalah Keperawatan**

Dalam melakukan analisis data, perlu adanya pemahaman tentang pedoman yang biasanya dilakukan sebagai berikut:

- a. Menyusun kategorisasi data secara sistematis dan logis.
- b. Identifikasi kesenjangan data, perawat harus dapat membandingkan kondisi yang ditemui dengan kondisi normal pada pasien, misalnya saja tentang tanda vital yang ditemui dengan nilai tanda vital normal pada pasien.
- c. Menentukan pola alternatif pemecahan masalah.
- d. Menerapkan teori, model, kerangka kerja, norma dan standar, dibandingkan dengan data senjang yang didapat.
- e. Identifikasi kemampuan dan keadaan yang menunjang asuhan keperawatan pasien.
- f. Membuat hubungan sebab akibat antara data dengan masalah yang timbul. Kadang kala dua atau lebih masalah yang terjadi bersumber pada masalah utama, ketika masalah utama diselesaikan maka ada

kemungkinan masalah lainnya sebagai penyerta akan terselesaikan juga.

Analisis data merupakan kemampuan kognitif dalam pengembangan daya berpikir dan penalaran yang dipengaruhi oleh latar belakang ilmu dan pengetahuan, pengalaman, dan pengertian keperawatan. Pada proses pelaksanaan analisis data, diperlukan kemampuan mengkaitkan data dan menghubungkan data tersebut dengan konsep, teori dan prinsip yang relevan untuk membuat kesimpulan dalam menentukan masalah kesehatan dan keperawatan yang terjadi pada pasien.

Terdapat cara analisis data yang biasanya dilakukan oleh seorang perawat, meliputi:

- a. Validasi data, teliti kembali data yang telah terkumpul.
- b. Mengelompokkan data berdasarkan kebutuhan bio-psiko-sosial dan spiritual.
- c. Membandingkan dengan standar/nilai normal yang menjadi patokan.
- d. Membuat kesimpulan tentang kesenjangan (masalah keperawatan) yang ditemukan.

Perumusan masalah keperawatan diartikan sebagai langkah dimana mencocokkan antara tanda gejala yang terjadi dengan masalah keperawatan yang dirasakan cocok sesuai justifikasi penilaian klinis perawat.

### 5.9. Dokumentasi Analisis Data

Penting menjadi catatan pada pelaksanaan pendokumentasian analisis data, terutama di masalah keperawatan “risiko” jika terdapat faktor risiko yang dapat diamati, dirasakan, diukur dan lainnya maka dapat diletakkan dalam kolom “tanda dan gejala”, hal ini sebagai langkah pendokumentasian di masalah keperawatan “risiko”. Dimana kita meyakini bahwa diagnosis “risiko” belum ada “tanda dan gejala” yang muncul namun hasil pengamatan dan data yang didapat dapat saja akan menjadi data aktual jika tidak dilakukan intervensi untuk mencegah terjadinya sesuatu yang nyata dari kondisi berisiko tersebut.

Dalam pelaksanaannya dokumentasi analisis data dapat dilakukan seperti contoh berikut:

| Tanda & Gejala                   | Etiologi | Masalah |
|----------------------------------|----------|---------|
| Data Subjektif<br>➤ ...<br>➤ ... |          |         |
| Data Objektif<br>➤ ...<br>➤ ...  |          |         |
| Data Subjektif<br>➤ ...<br>➤ ... |          |         |
| Data Objektif<br>➤ ...<br>➤ ...  |          |         |
| Dst                              |          |         |

Gambar 5.1. Tabel Analisis Data yang Dapat Digunakan Perawat dalam Proses Dokumentasi

## **5.10. Rangkuman**

Pengumpulan data yang dilakukan dengan cara wawancara, observasi, pemeriksaan fisik dan studi dokumentasi akan mendapatkan dua tipe data yaitu data objektif yang merupakan hasil pengamatan, pengukuran dan mengandung nilai pasti dari pasien serta data subjektif yang merupakan data kualitatif dari pasien berupa keluhan, ungkapan, harapan, kemauan terkait kondisinya. Data yang terkumpul ini haruslah lengkap, akurat dan nyata dan relevan guna penegakan masalah keperawatan.

Analisis data merupakan tahapan dimana data yang telah diperoleh melalui tahapan asesmen keperawatan diolah untuk sebuah penilaian klinis dan pengambilan keputusan mengenai masalah apa yang sebenarnya terjadi pada pasien.

## **5.11. Latihan**

Untuk memperdalam pemahaman Anda mengenai materi di atas, kerjakanlah latihan berikut:

1. Jelaskan mengenai sumber data yang didapatkan perawat selama proses asesmen!
2. Jelaskan mengenai jenis wawancara yang dilakukan perawat selama proses asesmen!
3. Jelaskan dengan lengkap mengenai karakteristik data yang diharapkan saat melakukan asesmen keperawatan!



4. Jelaskan bagaimana pelaksanaan asesmen dengan pendekatan pemeriksaan fisik!
5. Jelaskan mengenai tipe data yang didapatkan perawat saat melakukan asesmen keperawatan!
6. Jelaskan mengapa analisis data penting dilakukan seorang perawat!
7. Jelaskan mengenai pedoman pelaksanaan analisis data!
8. Jelaskan bagaimana cara analisis data yang dilakukan seorang perawat!
9. Jelaskan mengenai pendokumentasian analisis data yang baik untuk perawat!

Untuk memperdalam materi di atas maka kerjakanlah soal di bawah ini:

Petunjuk: untuk soal nomor 1 - 13, pilihlah salah satu jawaban yang paling tepat!

1. "Pasien mengatakan terdapat nyeri pada abdomen bawah, terasa ditusuk-tusuk dan menetap". Kalimat tersebut di atas merupakan tipe data :
  - a. Primer
  - b. Sekunder
  - c. Subjektif
  - d. Objektif
  - e. Database
2. Ketika seorang Ners melakukan pengkajian kepada pasien didapatkan hasil berupa TD=120/80mmHg,

Nadi=88 kali/menit, RR=22 kali/menit dan T=36.7°C, menurut tipenya data tersebut termasuk dalam data...

- a. Data Primer
  - b. Data Sekunder
  - c. Data Dasar
  - d. Data Fokus
  - e. Data Objektif
3. Ketika seorang Ners hendak melakukan pengkajian ternyata pasien sedang terbaring dalam keadaan koma maka Ners tersebut bermaksud untuk mengumpulkan data dari orang terdekat yaitu orang tua dan saudara pasien. Data yang didapat berdasarkan sumber berupa...
- a. Data Primer
  - b. Data Sekunder
  - c. Data Dasar
  - d. Data Fokus
  - e. Data Objektif
4. Seorang Ners sedang melakukan wawancara kepada pasien yang di rawat di ruang bangsal, dari pembicaraan tersebut Ners mendapatkan beberapa data terkait riwayat penyakit dahulu berupa Hipertensi. Data yang didapat berdasarkan sumber berupa ...
- a. Data Primer
  - b. Data Sekunder
  - c. Data Dasar
  - d. Data Fokus

- e. Data Objektif
5. Seorang Ners sedang melakukan wawancara kepada pasien yang di rawat di ruang bangsal, dari pembicaraan tersebut Ners mendapatkan beberapa data berupa tanggal lahir, nama orang tua serta alamat pasien. Data yang didapatkan Ners tersebut termasuk dalam data...
    - a. Data Primer
    - b. Data Sekunder
    - c. Data Dasar
    - d. Data Fokus
    - e. Data Objektif
  6. Ketika seorang Ners melakukan pengkajian. Ners tersebut mendapati bahwa sistem pernafasan pasien yang bermasalah kemudian mengkaji lebih dalam mengenai sistem pernafasannya berupa deviasi trackea, penggunaan otot bantu pernafasan, retraksi intercosta dan juga frekuensi pernafasan. Data yang didapatkan Ners tersebut termasuk dalam data...
    - a. Data Primer
    - b. Data Sekunder
    - c. Data Dasar
    - d. Data Fokus
    - e. Data Objektif
  7. Terdapat beberapa cara yang dapat digunakan untuk mengumpulkan data tentang pasien diantaranya mewawancarai pasien secara langsung yang disebut ...

- a. Auto anamnese
  - b. Allo anamnese
  - c. Ano anamnese
  - d. Aulo anamnese
  - e. Audo anamnese
8. Terdapat beberapa cara yang dapat digunakan untuk mengumpulkan data tentang pasien diantaranya mewawancarai keluarga/orang terdekat pasien disebut...
- a. Auto anamnese
  - b. Allo anamnese
  - c. Ano anamnese
  - d. Aulo anamnese
  - e. Audo anamnese
9. Pemeriksaan fisik dengan cara mengetuk-ngetuk bagian tubuh tertentu yang mana dimaksudkan untuk dapat mendapatkan data disebut...
- a. Observasi
  - b. Inspeksi
  - c. Palpasi
  - d. Perkusi
  - e. Auskultasi
10. Kemampuan kognitif dalam pengembangan daya berpikir dan penalaran yang dipengaruhi oleh latar belakang ilmu dan pengetahuan, pengalaman, dan pengertian keperawatan disebut...
- a. Asesmen

- b. Analisis data
  - c. Perumusan masalah
  - d. Prioritas data
11. Dalam pendokumentasian analisis data, keluhan pasien, hasil pemeriksaan fisik yang dilakukan, hasil pemeriksaan laboratorium diletakkan pada kolom...
- a. *Sign and symptom*
  - b. *Etiology*
  - c. *Problem*
  - d. *Qualifier*
12. Dalam pendokumentasian analisis data, faktor yang mempengaruhi kondisi masalah keperawatan pasien diletakkan pada kolom...
- a. *Sign and symptom*
  - b. *Etiology*
  - c. *Problem*
  - d. *Qualifier*
13. Dalam pendokumentasian analisis data, kondisi/permasalahan yang ada pada pasien diletakkan pada kolom...
- a. *Sign and symptom*
  - b. *Etiology*
  - c. *Problem*
  - d. *Qualifier*

Petunjuk: jawaban (A) jika 1,2,3 benar; (B) jika 1 dan 3 benar; (C) jika 2 dan 4 benar; (D) jika 4 benar/salah; (E) jika semua benar/salah

14. Dalam melakukan pengkajian seorang Ners harus menunjukkan cara penerimaan yang baik dengan salah satunya berperan menjadi pendengar yang baik, hal ini dapat tercermin dalam tindakan yaitu...

1. Menjadi pendengar yang aktif
2. Memberi kesempatan pasien untuk menyelesaikan pembicaraannya
3. Bersabarlah jika pasien “blocking”
4. Berikan perhatian penuh

15. Kemampuan seorang perawat dalam menganalisis data hasil dari pengkajian untuk memperoleh diagnosis keperawatan yang sesuai dengan kondisi pasien antara lain...

1. Kemampuan mengkaitkan data dengan konsep, teori dan prinsip yang relevan untuk membuat kesimpulan
2. Kemampuan menyesuaikan data dengan konsep, teori dan prinsip yang relevan untuk membuat kesimpulan
3. Kemampuan menghubungkan data dengan konsep, teori dan prinsip yang relevan untuk membuat kesimpulan
4. Kemampuan mengklarifikasi data dengan konsep, teori dan prinsip yang relevan untuk membuat kesimpulan.

## 5.12. Bahan Bacaan Pendukung

Ackley B.J., Ladwig G.B. (2014). *Nursing Diagnosis Handbook: An Evidence-Based Guide to Planning Care*. 10th edition. Mosby: Elsevier Inc.

Agianto, Herry Setiawan, Novi Mustahdiati Nasri. *Identifikasi Diagnosis Keperawatan dan Etiologi Pasca Banjir Pada Masyarakat Kalimantan Selatan*. *Dunia Keperawatan*, Volume 10, Nomor 1, 2022 : 51-62.

Alfaro-LeFevre R. (2013). *Critical Thinking, Clinical Reasoning, and Clinical Judgment*. 5th edition. Saunders: Elsevier Inc.

Kozier, B., Erb, G., Berwan, A.J., & Burke, K. (2008). *Fundamentals of Nursing: Concepts, Process, and Practice*. New Jersey: Prentice Hall Health.

Ladwig G.B., Ackley B.J. (2014). *Mosby's Guide to Nursing Diagnosis*. 10th edition. Mosby: Elsevier Inc.

Potter, P.A. & Perry, A.G. (2011). *Fundamental Keperawatan*. Edisi Bahasa Indonesia 7. Elsevier Pte.Ltd.

Rubinfeld, M.G. & Scheffer, B.K. (2010). *Critical Thinking Tactics for nurses*, 2nd Ed. Jones and Bartlett Publishers.



# BAB VI

## KONSEP DAN PRINSIP PERUMUSAN DIAGNOSIS KEPERAWATAN

 <https://keperawatan.ulm.ac.id>

### 6.1. Deskripsi Singkat

Pada bab keenam buku ini membahas tentang gambaran umum mengenai konsep diagnosis keperawatan, prinsip diagnosis keperawatan, tipe diagnosis keperawatan, bagian dari diagnosis keperawatan (terdiri dari label diagnosis, definisi label diagnosis, definisi karakteristik, faktor yang berhubungan, faktor risiko, kondisi klinis terkait, dan populasi berisiko), *clinical judgment* dalam penegakan diagnosis keperawatan, dan dokumentasi diagnosis keperawatan juga dibahas dalam bab ini.

### 6.2. Relevansi

Mengapa perawat harus mempunyai diagnosis sendiri? Kadang hal ini yang menjadi pertanyaan banyak mahasiswa keperawatan atau bahkan perawat sendiri. Hal ini sebenarnya dapat dijawab dengan beberapa alasan yaitu sebagai berikut: Pertama, diagnosis keperawatan dimaksudkan untuk menyeragamkan bahasa keperawatan



sendiri baik sesama perawat di Indonesia sendiri maupun antara perawat secara global. Kedua, dimaksudkan agar standar keperawatan menjadi standar yang baku dan digunakan secara Internasional. Ketiga, penyeragaman yang terjadi pada bahasa diagnosis keperawatan akan menimbulkan intervensi keperawatan yang memiliki hasil yang sama. Keempat, atau yang paling utama adalah mengembangkan kualitas keperawatan sendiri.

*International Council of Nurses (ICN)* sejak tahun 1991 telah mengembangkan suatu sistem klasifikasi yang disebut dengan *International Classification for Nursing Practice (ICNP)*. Sistem klasifikasi ini tidak hanya mencakup klasifikasi intervensi dan tujuan keperawatan (*outcome*) saja. Lebih dari itu, sistem klasifikasi ini disusun untuk mengharmonisasikan terminologi-terminologi keperawatan yang digunakan di berbagai negara diantaranya seperti *Clinical Care Classification (CCC)*, *North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)*, *Home Health Care Classification (HHCC)*, *Systematized Nomenclature of Medicine Clinical Terms (SNOMED CT)*, *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*, *Nursing Diagnosis System of the Centre for Nursing Development and Research (ZEFP)*, *Omaha System* (Referensi: Hardiker *et al.*, 2011, Muller-Staub *et al.*, 2007; Wake & Coenen, 1998). Untuk itu maka penjelasan mengenai konsep dan prinsip perumusan diagnosis keperawatan penting untuk diberikan.

### **6.3. Kompetensi**

Setelah menyelesaikan bab ini, mahasiswa akan mempunyai kemampuan untuk:

1. Menjelaskan mengenai konsep diagnosis keperawatan
2. Menjelaskan mengenai prinsip diagnosis keperawatan
3. Menjelaskan mengenai tipe diagnosis keperawatan
4. Menjelaskan mengenai bagian dari diagnosis keperawatan, yang terdiri dari:
  - a. Label diagnosis
  - b. Definisi label diagnosis
  - c. Definisi karakteristik
  - d. Faktor yang berhubungan
  - e. Faktor risiko
  - f. Kondisi klinis terkait
  - g. Populasi berisiko
5. Menjelaskan mengenai *clinical judgment* dalam penegakan diagnosis keperawatan
6. Mengaplikasikan pendokumentasian diagnosis keperawatan.

### **6.4. Konsep dan Prinsip Diagnosis Keperawatan, Perbedaan Diagnosis Medis dan Diagnosis Keperawatan**

Diagnosis keperawatan merupakan suatu bagian integral dari suatu proses keperawatan. Hal ini merupakan komponen dari perencanaan keperawatan yang didahului oleh proses analisis data dimana perawat melakukan

identifikasi terhadap respon-respon individu terhadap masalah-masalah kesehatan yang aktual, risiko maupun potensial.

Terdapat perbedaan yang signifikan antara diagnosis medis dan diagnosis keperawatan baik dalam terminologi maupun dalam implementasinya. Diagnosis medis menggunakan terminologi yang digunakan oleh tenaga medis untuk penilaian klinis, mengidentifikasi atau menentukan penyakit tertentu, kondisi, atau keadaan patologis, serta perjalanan penyakit pasien.

Diagnosis keperawatan menggunakan terminologi yang digunakan oleh perawat profesional yang mengidentifikasi kondisi *actual, risk or wellness responses to a health state, problem or condition*. Terminologi yang digunakan oleh perawat profesional dengan mengidentifikasi motivasi seseorang, keluarga, atau masyarakat dan keinginan untuk meningkatkan kesejahteraan dan mengaktualisasikan potensi kesehatan manusia.

Pada pelaksanaannya Diagnosis medis, dicirikan sebagai berikut:

- a. Dibuat tenaga medis
- b. Menerangkan proses penyakit
- c. Sama pada semua pasien
- d. Sama selama terjadinya jalan penyakit
- e. Intervensi di bidang medis

Sedangkan pada pelaksanaannya Diagnosis keperawatan, dicirikan sebagai berikut:

- a. Dibuat perawat
- b. Menerangkan respon pasien
- c. Berbeda satu individu dengan yang lain
- d. Respon dapat berganti pada pasien
- e. Intervensi di bidang keperawatan

Berikut ini adalah contoh perbandingan antara diagnosis medis dengan diagnosis keperawatan:

| Diagnosis medis   | Diagnosis keperawatan  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) | <input type="checkbox"/> Ketidakefektifan <b>pola nafas</b>              |
| <input type="checkbox"/> Cerebrovascular attack                       | <input type="checkbox"/> Ketidakefektifan <b>bersihan jalan napas</b>    |
| <input type="checkbox"/> Amputation                                   | <input type="checkbox"/> Penurunan <b>kapasitas adaptif</b> intrakranial |
|   | <input type="checkbox"/> Ketidakefektifan <b>bersihan jalan napas</b>    |
|   | <input type="checkbox"/> Gangguan <b>menelan</b>                         |
|   | <input type="checkbox"/> Risiko <b>dekubitus</b>                         |
|   | <input type="checkbox"/> Gangguan <b>citra tubuh</b>                     |
|   | <input type="checkbox"/> Kesiapan meningkatkan <b>koping</b>             |

Gambar 6.1. Perbandingan antara Diagnosis Medis dan Diagnosis Keperawatan

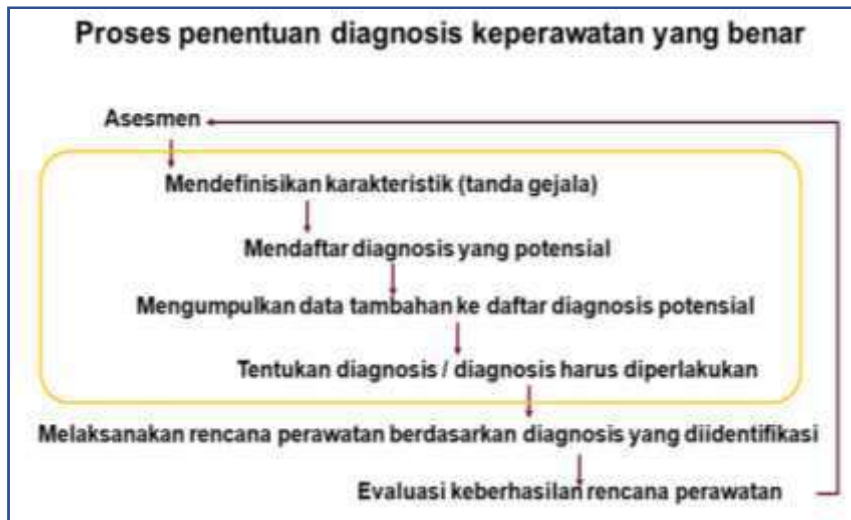
### 6.5. Berpikir Kritis dalam Penegakan Diagnosis

Penting bagi seorang perawat untuk selalu berpikir kritis dalam penegakan diagnosis keperawatan dengan beberapa pertimbangan yaitu sebagai berikut:

- a. Menganalisis adalah kemampuan yang penting karena *sign* atau simptom suatu penyakit mungkin sama dengan penyakit lain, atau bahkan penyakit yang sama justru menimbulkan *sign* atau simptom yang berbeda.

- b. Mempunyai alasan dalam setiap suatu tindakan yang memperhatikan *evidence based practice*.
- c. Mengaplikasikan standar keperawatan yang telah ditetapkan sebagai asas profesionalitas perawat.
- d. Mengambil diagnosis keperawatan tanpa melengkapi asesmen keperawatan terlebih dahulu sangat membahayakan diri pasien.
- e. Perawat merupakan seseorang yang dapat mengambil diagnosis.
- f. Perawat harus yakin dalam menetapkan diagnosis sesuai penilaian klinis karena mungkin saja diagnosis seseorang salah.
- g. Kadang kala diagnosis keperawatan yang dibuat sama dengan penyakit lain maka diperlukan kemampuan untuk memilih dari seorang perawat.

Berikut merupakan proses penentuan diagnosis keperawatan yang benar dapat dilihat pada gambar di bawah ini:



Gambar 6.2. Proses Diagnostik dalam Proses Asuhan Keperawatan

### 6.6. Tipe dan Penjelasan Tipe Diagnosis Keperawatan

Tipe diagnosis dapat dipahami sebagai pembagian diagnosis berdasarkan dari kebutuhan yang ada pada pasien, dapat berupa diagnosis yang ada sekarang atau aktual atau sering disebut juga *problem focus*, dapat berupa kemungkinan yang dapat terjadi jika tidak dilakukan intervensi yang biasa disebut diagnosis risiko, dapat berupa kebaikan yang diharapkan dari kondisi yang ada dari pasien atau keluarga yang biasa disebut diagnosis *wellness*, serta kondisi dimana banyak masalah keperawatan yang ada yang mungkin dapat dirangkum menjadi sebuah diagnosis yang dapat melingkupi dan dicarikan intervensi keperawatan secara bersama untuk

mengatasi masalah keperawatan yang ada pada pasien disebut *diagnosis syndrome*.

Diagnosis keperawatan menurut *NANDA-International* dapat dibedakan menjadi 4 kategori:

- a. Diagnosis keperawatan “aktual”, merupakan suatu diagnosis keperawatan yang menggambarkan penilaian klinis yang harus divalidasi perawat karena adanya batasan karakteristik yang dapat dilihat, dapat diobservasi dan dilakukan pemeriksaan fisik secara langsung. Biasanya disebut juga dengan diagnosis *problem focus* karena masalah yang ada telah nyata di hadapan kita sebagai perawat dan membutuhkan penanganan segera. Syarat dalam menegakkan diagnosis keperawatan aktual harus ada unsur PES. Selain harus memuat Problem (P) dan Etiologi (E), harus juga memuat Simptom (S). Simptom harus memenuhi kriteria yang terdapat di batasan karakteristik. Misalnya, ada data: muntah, diare, dan turgor jelek selama 5 hari terakhir. Maka akan dapat ditegakkan diagnosis keperawatan kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan secara abnormal.
- b. Diagnosis keperawatan “risiko”, merupakan suatu diagnosis keperawatan menggambarkan penilaian klinis dimana individu atau kelompok lebih rentan mengalami masalah dibanding kelompok lain dalam situasi yang sama atau serupa dalam keseharian atau masa

perawatannya. Syarat dalam menegakkan diagnosis keperawatan risiko harus ada unsur PE (Problem dan Etiologi). Contoh diagnosis ini antara lain risiko aspirasi, risiko infeksi, risiko kekurangan volume cairan, risiko intoleransi aktivitas, risiko kontaminasi dan lainnya. Misalnya, ada data: perdarahan masif dan turgor lebih dari 2 detik. Maka akan dapat ditegakkan diagnosis keperawatan risiko syok dengan faktor risiko kehilangan cairan yang aktif.

c. Diagnosis keperawatan “*wellness*”, merupakan suatu diagnosis keperawatan yang menggambarkan kesejahteraan adalah penilaian klinis tentang keadaan individu, keluarga, atau masyarakat dalam transisi dari tingkat sejahtera tertentu ke tingkat sejahtera yang lebih tinggi. Ada 2 kunci yang harus ada:

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

*Clinical judgment* yang menggambarkan motivasi dan keinginan untuk meningkatkan kesejahteraan dan mengaktualisasikan potensi kesehatan individu, keluarga, kelompok, atau komunitas. Diawali frase “Kesiapan meningkatkan...”. Contoh: kesiapan meningkatkan komunikasi.

d. Diagnosis keperawatan “*syndrome*”, merupakan suatu diagnosis keperawatan menggambarkan diagnosis keperawatam yang terdiri dari kelompok diagnosis



keperawatan aktual dan atau risiko yang diperkirakan ada karena situasi atau peristiwa tertentu. Manfaat diagnosis keperawatan *syndrome* adalah agar perawat selalu waspada dan memerlukan keahlian perawat dalam setiap melakukan asesmen dan tindakan keperawatan. *Clinical judgment* yang digunakan untuk menggambarkan suatu kelompok diagnosis keperawatan yang terjadi bersama, mengatasi masalah bersama dan melalui beberapa intervensi yang sama pula. Contoh: Sindrom nyeri kronik berdampak pada respon pasien yang lain: Gangguan pola tidur, isolasi sosial, kelelahan, gangguan mobilitas fisik dan lainnya. Contoh lainnya adalah *syndrom* trauma pemerkosaan (*rape trauma syndrome*) pada diagnosis keperawatan di atas lebih menunjukkan adanya kelompok tanda dan gejala dari pada kelompok diagnosis keperawatan. Tanda dan gejala tersebut meliputi: Cemas, takut, sedih, gangguan istirahat dan tidur, dan merasa nyeri sewaktu melakukan hubungan seksual.

#### **6.7. Bagian dan Komponen dari Diagnosis Keperawatan**

Bagian atau komponen diagnosis keperawatan merupakan penjabaran dari sebuah diagnosis keperawatan utuh yang mana akan menggambarkan masalah, etiologi dan tanda gejala yang mungkin ditemui pada saat penegakan diagnosis keperawatan.

Adapun komponen diagnosis keperawatan yaitu sebagai berikut:

### **6.7.1. Label Diagnosis**

Memberikan sebuah nama untuk sebuah diagnosis keperawatan yang menunjukkan sedikitnya fokus diagnosis (aksis 1) dan penilaian keperawatan (aksis 3). Label ini merupakan istilah atau frase singkat menunjukkan sebuah pola istirahat terkait. Label ini juga mencakup *modifier* atau *qualifier*.

Pada bagian label diagnosis biasanya terdiri dari P (*Problem*) menggunakan beberapa kata tidak dapat menyimpulkan dan Q (*Qualifier*) tambahan untuk diagnosis keperawatan tertentu. Problem (masalah) mempunyai tujuan penulisan yaitu pernyataan masalah adalah menjelaskan status kesehatan atau masalah kesehatan pasien secara jelas dan sesingkat mungkin. Pada bagian ini dari diagnosis keperawatan mengidentifikasi apa yang tidak sehat tentang pasien dan apa yang harus diubah tentang status kesehatan pasien dan juga memberikan pedoman terhadap tujuan dari asuhan keperawatan. Dengan menggunakan standar diagnosis keperawatan dari *NANDA-International* mempunyai keuntungan yang signifikan yaitu:

- 1) Membantu perawat untuk berkomunikasi satu dengan yang lainnya dengan menggunakan istilah yang dimengerti secara umum dan global.

- 2) Memfasilitasi penggunaan komputer dalam keperawatan karena perawat akan mampu mengakses diagnosis keperawatan jika sudah memprogramkannya.
- 3) Sebagai metode untuk mengidentifikasi perbedaan masalah keperawatan yang ada dengan masalah medis.
- 4) Semua perawat dapat bekerja sama dalam menguji dan mendefinisikan kategori diagnosis dalam mengidentifikasi kriteria asesmen dan intervensi keperawatan dalam meningkatkan asuhan keperawatan.

#### **6.7.2. Definisi**

Memberi deskripsi yang jelas dan tepat, menggambarkan makna dan membantu membedakan dari diagnosis yang cukup mirip pada kondisi respon pasien yang juga sangat mirip sehingga perawat dapat membedakan diagnosis satu dengan yang lainnya dengan tepat.

#### **6.7.3. Batasan Karakteristik**

Isyarat atau kesimpulan yang dapat diobservasi bahwa kluster sebagai manifestasi diagnosis berfokus masalah (biasa disebut diagnosis aktual), promosi kesehatan, atau sindrom. Bagian ini tidak hanya menyatakan bahwa sesuatu yang dapat dilihat perawat, tetapi suatu yang terlihat, didengar (misalnya pasien atau keluarga menyatakannya kepada kita tentang kondisinya), disentuh, ataupun dicium.

Sering juga disebut dengan *Sign and symptom* (tanda dan gejala). Identifikasi data subjektif dan objektif sebagai

tanda dari masalah keperawatan. Memerlukan kriteria evaluasi, misalnya: bau “pesing”, rambut tidak pernah dikeramas sebagai data objektif. “saya merasa takut berjalan di kamar mandi”, “saya merasa cemas dengan kondisi sekarang” sebagai data subjektif.

#### **6.7.4. Faktor yang Berhubungan**

Faktor yang tampak menunjukkan beberapa jenis pola hubungan dengan diagnosis keperawatan. Beberapa faktor yang dapat digambarkan sebagai “didahului dengan”, “berhubungan dengan”, “terkait dengan”, “diperberat oleh”, atau “disertai dengan”. Hanya diagnosis keperawatan berfokus-masalah dan sindrom berfokus masalah yang wajib memiliki faktor yang berhubungan; diagnosis promosi kesehatan mungkin memiliki faktor yang berhubungan, bila hal ini membantu mengklarifikasi diagnosis tersebut.

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

diabetes mellitus masuk rumah sakit biasanya dengan hiperglikemi dan mempunyai riwayat yang tidak baik tentang pola makan dan pengobatan (insulin) didiagnosis dengan “ketidaktaatan”. Katakanlah ketidaktaatan tersebut berhubungan dengan kurangnya pengetahuan pasien dan tindakan keperawatan diprioritaskan mengajarkan pasien cara mengatasi diabetes melitus dan tidak berhasil, jika penyebab ketidaktaatan tersebut karena pasien putus asa untuk hidup.

Penulisan etiologi dari diagnosis keperawatan meliputi unsur PSMM, antara lain:

- P = Patofisiologi dari penyakit
- S = Situational (keadaan lingkungan perawatan)
- M = Medikasi (pengobatan yang diberikan)
- M = Maturasi (tingkat kematangan/kedewasaan pasien)

Etiologi, faktor penunjang dan risiko, meliputi:

- 1) Patofisiologi, merupakan semua proses penyakit, akut dan kronis yang dapat menyebabkan atau mendukung masalah, misalnya masalah “*powerlessness*”. Penyebab yang umum:
  - a) Ketidakmampuan berkomunikasi (CVA, *intubation*);
  - b) Ketidakmampuan melakukan aktivitas sehari-hari (CVA, *trauma servical*, nyeri, IMA);
  - c) Ketidakmampuan memenuhi tanggungjawabnya (pembedahan, trauma, dan arthritis).

- 2) Situasional (*personal, environment*), kurangnya pengetahuan, isolasi sosial, kurangnya penjelasan dari petugas kesehatan, kurangnya partisipasi pasien dalam mengambil keputusan, relokasi, kekurangmampuan biaya, pelecehan seksual, pemindahan status sosial, dan perubahan personal teritori.
- 3) Medikasi (*treatment-related*), merupakan keterbatasan institusi atau rumah sakit, misalnya tidak sanggup memberikan perawatan dan tidak ada kerahasiaan.
- 4) *Maturational, Adolescent*: ketergantungan dalam kelompok, independen dari keluarga. *Young adult*: menikah, hamil, orangtua. Dewasa: tekanan karir, dan tanda-tanda pubertas. *Elderly*: kurangnya sensori, motor, kehilangan (uang, faktor lain).

#### **6.7.5. Faktor Risiko**

Faktor lingkungan, fisiologis, psikososial, genetik, atau elemen kimia yang meningkatkan kerentanan individu, keluarga, kelompok, atau komunitas pada kejadian yang tidak sehat. Hanya diagnosis risiko yang memiliki faktor risiko.

#### **6.7.6. Kondisi Klinis Terkait**

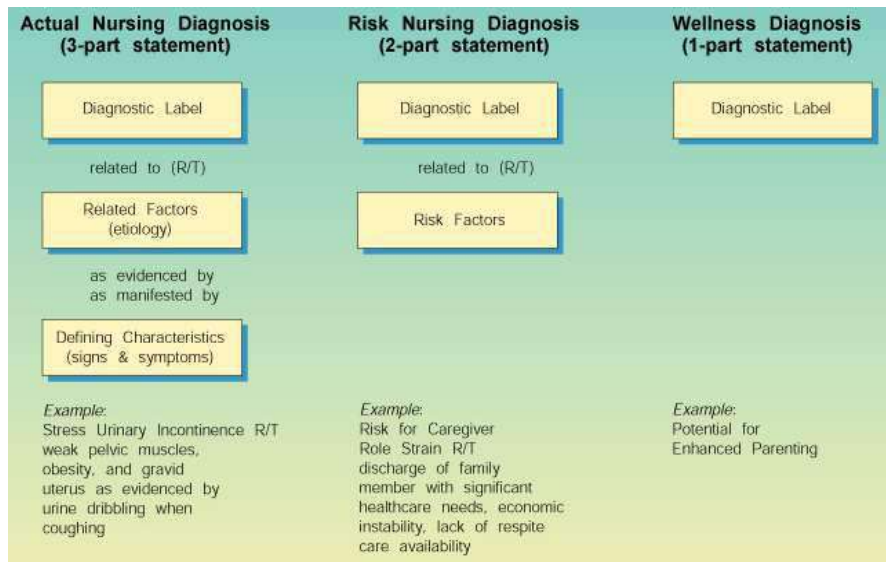
Terdiri dari diagnosis medis, cedera, prosedur, alat medis, atau agen farmaseutika, kondisi ini merupakan faktor yang tidak dapat diubah secara mandiri oleh perawat profesional.

### 6.7.7. Populasi Berisiko

Kelompok individu yang memiliki karakteristik sama yang menyebabkan setiap anggotanya rentan terhadap respons manusia tertentu. Karakteristik ini tidak dapat diubah oleh perawat profesional.

### 6.8. Dokumentasi Diagnosis Keperawatan

Dokumentasi diagnosis keperawatan yang biasa dilakukan oleh perawat dapat dilakukan seperti pada gambar di bawah ini:



Gambar 6.3. Dokumentasi Diagnosis Keperawatan

Pada gambar 6.3. dapat dilihat bahwa dokumentasi diagnosis keperawatan merupakan suatu catatan yang memuat seluruh data yang dibutuhkan untuk menentukan diagnosis keperawatan yang disusun secara sistematis

mulai dari bagian-bagian seperti problem, etiologi dan tanda gejala.

## 6.9. Rangkuman

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian dan pengambilan keputusan klinis berdasarkan data yang didapatkan pada tahapan asesmen keperawatan. Diagnosis keperawatan harus mengandung masalah keperawatan, faktor yang berhubungan atau faktor risiko dan atau juga batasan karakteristiknya. Penting akan kemampuan perawat dalam berpikir kritis dalam penegakan diagnosis keperawatan. Diagnosis keperawatan berdasarkan respon (tanda gejala) yang dikeluhkan atau didapat pada pasien, sedangkan diagnosis medis lebih kepada jalannya patofisiologi dari suatu penyakit.

Secara singkat diagnosis keperawatan dibedakan menjadi 4 yaitu diagnosis tipe *problem focus* / aktual dimana harus mengandung problem, etiologi dan *sign* dan *simptom*; diagnosis tipe risiko dimana harus ada mengandung problem (berbunyi risiko) dan adanya faktor risiko sebagai hasil penilaian dan pengamatan perawat; diagnosis tipe *wellness* dimana biasanya terdapat problem (yang selalu mengarah pada penyempurnaan kondisi) dan beberapa *sign* dan *symptom* / yang dapat dilakukan peningkatan; dan yang terakhir adalah diagnosis tipe *syndrome* yang dimana harus ada beberapa diagnosis keperawatan yang saling terkait satu sama lain dan



memunculkan intervensi keperawatan yang sama, maka dirangkumkanlah menjadi diagnosis tipe *syndrome*.

Berbicara mengenai bagian dari sebuah diagnosis keperawatan maka akan dapat dijabarkan menjadi label diagnosis, definisi diagnosis, batasan karakteristik, faktor risiko, faktor yang berhubungan, populasi berisiko, kondisi klinis terkait. Penting bagi seorang perawat memahami bagaimana penggunaan bagian-bagian ini guna memudahkan penegakan diagnosis keperawatan. Diagnosis keperawatan yang telah ditegakkan sebelumnya kemudian dilakukan pendokumentasian pada format yang bersesuaian.

### **6.10. Latihan**

Untuk memperdalam pemahaman Anda mengenai materi di atas, kerjakanlah latihan berikut:

1. Jelaskan mengenai perbedaan diagnosis medis dan diagnosis keperawatan!
2. Jelaskan mengenai latar belakang mengapa diagnosis medis dan diagnosis keperawatan berbeda!
3. Jelaskan bagaimana seharusnya seorang perawat mengutamakan berpikir kritis dalam penegakan diagnosis keperawatan!
4. Jelaskan mengenai tipe diagnosis *problem focus*/aktual yang mungkin ditegakkan perawat!
5. Jelaskan mengenai tipe diagnosis risiko yang mungkin ditegakkan perawat!

6. Jelaskan mengenai tipe diagnosis *wellness* yang mungkin ditegakkan perawat!
7. Jelaskan mengenai tipe diagnosis *syndrome* yang mungkin ditegakkan perawat!
8. Jelaskan mengenai tipe diagnosis *syndrome* yang dikatakan lebih efektif untuk mengatasi sejumlah masalah keperawatan yang berkaitan!
9. Jelaskan mengenai label diagnosis yang merupakan bagian dari diagnosis keperawatan!
10. Jelaskan mengenai faktor risiko yang merupakan bagian dari diagnosis keperawatan!
11. Jelaskan mengenai faktor yang berhubungan yang merupakan bagian dari diagnosis keperawatan!
12. Jelaskan mengenai populasi berisiko yang merupakan bagian dari diagnosis keperawatan!
13. Jelaskan mengenai kondisi klinis terkait yang merupakan bagian dari diagnosis keperawatan!

Untuk memperdalam materi di atas maka kerjakanlah soal di bawah ini:

Petunjuk: untuk soal nomor 1 - 15, pilihlah salah satu jawaban yang paling tepat!

1. Diagnosis keperawatan diangkat berdasarkan...
  - a. Kondisi pasien
  - b. Patofisiologi penyakit pasien
  - c. Respon pasien
  - d. Kemampuan pasien

- e. Keinginan pasien
2. Diagnosis medis diangkat berdasarkan...
    - a. Kondisi pasien
    - b. Patofisiologi penyakit pasien
    - c. Respon pasien
    - d. Kemampuan pasien
    - e. Keinginan pasien
  3. Suatu diagnosis keperawatan menggambarkan diagnosis yang terdiri dari kelompok diagnosis keperawatan aktual atau risiko yang diperkirakan ada karena situasi atau peristiwa tertentu disebut...
    - a. Diagnosis Keperawatan "Aktual"/ *Problem Focus*
    - b. Diagnosis Keperawatan "Risiko"
    - c. Diagnosis Keperawatan "*Wellness*"
    - d. Diagnosis Keperawatan "*Syndrome*"
  4. Suatu diagnosis keperawatan menggambarkan penilaian klinis dimana individu atau kelompok lebih rentan mengalami masalah dibanding orang lain dalam situasi yang sama atau serupa dalam keseharian atau masa perawatannya disebut...
    - a. Diagnosis Keperawatan "Aktual"/ *Problem Focus*
    - b. Diagnosis Keperawatan "Risiko"
    - c. Diagnosis Keperawatan "*Wellness*"
    - d. Diagnosis Keperawatan "*Syndrome*"
  5. Suatu diagnosis keperawatan aktual menggambarkan penilaian klinis yang harus divalidasi perawat karena adanya batasan karakteristik yang dapat dilihat, dapat

diobservasi dan dilakukan pemeriksaan fisik secara langsung disebut...

- a. Diagnosis Keperawatan "Aktual"/ *Problem Focus*
  - b. Diagnosis Keperawatan "Risiko"
  - c. Diagnosis Keperawatan "*Wellness*"
  - d. Diagnosis Keperawatan "*Syndrome*"
6. Suatu diagnosis keperawatan menggambarkan kesejahteraan adalah penilaian klinis tentang keadaan individu, keluarga, atau masyarakat dalam transisi dari tingkat sejahtera tertentu ke tingkat sejahtera yang lebih tinggi disebut...
- a. Diagnosis Keperawatan "Aktual"/ *Problem Focus*
  - b. Diagnosis Keperawatan "Risiko"
  - c. Diagnosis Keperawatan "*Wellness*"
  - d. Diagnosis Keperawatan "*Syndrome*"
7. Bagian dari penulisan diagnosis keperawatan yang menerangkan faktor yang berhubungan langsung dengan keadaan pasien disebut ...
- a. *Problem*
  - b. *Qualifier*
  - c. *Etiology*
  - d. *Signs*
  - e. *Symptoms*
8. Cara menggunakan NANDA-International dalam perumusan diagnosis keperawatan jika diharuskan melihat daftar isi adalah ...

- a. Membuka Part 1 kemudian mencari domain yang sesuai
  - b. Membuka Part 2 kemudian mencari domain yang sesuai
  - c. Membuka Part 3 kemudian mencari domain yang sesuai
  - d. Membuka Part 4 kemudian mencari domain yang sesuai
  - e. Langsung membuka halaman yang dirasa benar
9. Dalam penggunaan NANDA-International untuk melihat segala bentuk hasil pengkajian terkait data objektif dan subjektif pasien dalam penegakan Diagnosis Keperawatan adalah ...
- a. Label Diagnosis
  - b. Definisi
  - c. Batasan karakteristik
  - d. Faktor yang berhubungan
  - e. Faktor risiko
10. Dalam penggunaan NANDA-International untuk memberi deskripsi yang jelas dan tepat, menggambarkan makna dan membantu membedakan dari diagnosis yang cukup mirip pada kondisi respon pasien yang juga sangat mirip dalam penegakan Diagnosis Keperawatan adalah ...
- a. Label Diagnosis
  - b. Definisi
  - c. Batasan karakteristik

- d. Faktor yang berhubungan
  - e. Faktor risiko
11. Dalam penggunaan NANDA-International untuk memberikan sebuah nama untuk sebuah diagnosis yang menunjukkan, sedikitnya, fokus diagnosis dan penilaian keperawatan dalam penegakan Diagnosis Keperawatan adalah ...
- a. Label Diagnosis
  - b. Definisi
  - c. Batasan karakteristik
  - d. Faktor yang berhubungan
  - e. Faktor risiko
12. Dalam penggunaan NANDA-International menggambarkan faktor lingkungan atau fisiologis, psikososial, genetik, atau elemen kimia yang meningkatkan kerentanan individu, keluarga, kelompok, atau komunitas pada kejadian yang tidak sehat dalam penegakan Diagnosis Keperawatan adalah ...
- a. Label Diagnosis
  - b. Definisi
  - c. Batasan karakteristik
  - d. Faktor yang berhubungan
  - e. Faktor risiko
13. Dalam penggunaan NANDA-International menggambarkan faktor yang tampak menunjukkan beberapa jenis pola hubungan dengan klinis yang

dapat dinilai dalam penegakan Diagnosis Keperawatan adalah...

- a. Label Diagnosis
  - b. Definisi
  - c. Batasan karakteristik
  - d. Faktor yang berhubungan
  - e. Faktor risiko
14. Yang termasuk dalam cakupan kondisi klinis terkait, kecuali...
- a. Diagnosis medis
  - b. Cedera
  - c. Prosedur
  - d. Agen farmaseutika
  - e. Kerentanan individu
15. Berapa domain yang disediakan NANDA-International dalam perumusan diagnosis keperawatan ...
- a. 10
  - b. 11
  - c. 12
  - d. 13
  - e. 14

Petunjuk: jawaban (A) jika 1,2,3 benar; (B) jika 1 dan 3 benar; (C) jika 2 dan 4 benar; (D) jika 4 benar/salah; (E) jika semua benar/salah

16. Dalam proses keperawatan, adanya diagnosis keperawatan memberi keuntungan tersendiri bagi seorang Ners antara lain:
  1. Penyeragaman bahasa keperawatan
  2. Standar keperawatan menjadi standar yang baku
  3. Intervensi memiliki hasil yang sama
  4. Mengembangkan kualitas keperawatan
17. Pernyataan yang benar mengenai diagnosis keperawatan adalah...
  1. Menerangkan respon pasien
  2. Sama selama terjadinya jalan penyakit
  3. Berbeda satu individu dengan yang lain
  4. Sama pada semua pasien
18. Sebagai perbandingan ketika tenaga medis mengatakan pasien harus menjalani amputasi karena kecelakaan yang dialaminya, maka seorang perawat akan kemungkinan diagnosis keperawatan yang mungkin terjadi antara lain:
  1. Ketidakefektifan pola nafas
  2. Gangguan gambaran diri
  3. Intoleransi aktivitas
  4. Kesiapan untuk meningkatkan coping
19. Secara garis besar diagnosis keperawatan dibagi menjadi ...
  1. Problem Focus
  2. Kesiapan
  3. Risiko



4. Qualifier

20. Kata yang biasa digunakan untuk menyambung problem sebagai masalah dengan etiologi sebagai penyebab dalam penulisan diagnosis keperawatan yang benar yaitu ...

1. Berhubungan dengan

2. Ditandai dengan

3. *Related to*

4. *As manifested by*

### **6.11. Bahan Bacaan Pendukung**

Ackley B.J., Ladwig G.B. (2014). *Nursing Diagnosis Handbook: An Evidence-Based Guide to Planning Care*. 10th edition. Mosby: Elsevier Inc.

Alfaro-LeFevre R. (2013). *Critical Thinking, Clinical Reasoning, and Clinical Judgment*. 5th edition. Saunders: Elsevier Inc.

Herdman, T.H. (2021). *NANDA International Nursing Diagnoses: definitions and classification 2021-2023*. Jakarta: EGC.

Kozier, B., Erb, G., Berwan, A.J., & Burke, K. (2008). *Fundamentals of Nursing: Concepts, Process, and Practice*. New Jersey: Prentice Hall Health.

Ladwig G.B., Ackley B.J. (2014). *Mosby's Guide to Nursing Diagnosis*. 10th edition. Mosby: Elsevier Inc.

- Potter, P.A. & Perry, A.G. (2011). Fundamental Keperawatan. Edisi Bahasa Indonesia 7. Elsevier Pte.Ltd.
- Rubinfeld, M.G. & Scheffer, B.K. (2010). Critical Thinking Tactics for nurses, 2nd Ed. Jones and Bartlett Publishers.



# BAB VII

## KONSEP DOMAIN DAN KELAS PADA NANDA INTERNATIONAL

 <https://keperawatan.ulm.ac.id>

### 7.1. Deskripsi Singkat

Pada bab ketujuh buku ini membahas tentang gambaran umum mengenai domain, kelas dan tata cara penggunaan domain dan kelas pada NANDA-*International*. Penting bagi seorang perawat untuk dapat mengaplikasikan penggunaan konsep domain dan kelas dalam praktik pemberian asuhan karena memudahkan untuk menemukan dimana letak diagnosis keperawatan yang akan diangkat. Rincian diagnosis keperawatan berdasarkan domain dan kelas juga dibahas dalam bab ini.

### 7.2. Relevansi

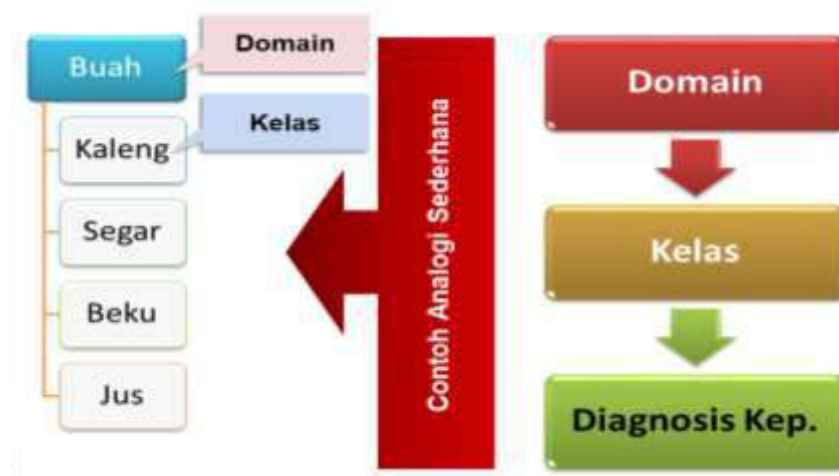
Terdapat banyak referensi yang dapat digunakan sebagai panduan asesmen keperawatan. Pola Fungsional dari Gordon merupakan *tool* yang populer dan mempunyai 11 pola fungsional. Jika kita mencoba melihat dan berpedoman pada pengalaman menggunakan asesmen keperawatan tersebut, seorang perawat akan lebih mudah untuk mengidentifikasi masalah keperawatan dengan

menggunakan pola fungsional ini. Pada prinsipnya diagnosis keperawatan merupakan respon dari pasien atas kondisi yang dialami. Pola atau berbentuk pengelompokan data yang ada berupa pengelompokan respon dari pasien yang akan mempermudah perawat untuk mengidentifikasi masalah keperawatan pasien.

Hal ini akan berbeda jika perawat menggunakan asesmen dengan menggunakan pendekatan sistem (*Review of System*). Jika perawat melakukan asesmen lebih mendalam, asesmen persistem menggunakan pendekatan mencari data dari kelainan pada organ. Apabila perawat menggunakan pendekatan persistem akan kesulitan menemukan respon yang muncul dari pasien. Penting diingat bahwa diagnosis keperawatan berasal dari respon pasien atas gangguan pada organ tubuhnya, ini berbeda dengan diagnosis dokter yang mengacu kepada kelainan organ pasien itu sendiri.

Bersumber pada *website NANDA-International*, memang tidak secara khusus menyebutkan bahwa 13 Domain pada *NANDA-International* dapat digunakan untuk melakukan asesmen keperawatan. Namun demikian, apabila dilihat dari struktur dan pola yang dikembangkan untuk mengelompokkan respon dan sebagai dasar taksonomi untuk *nursing diagnosis*, 13 Domain *NANDA-International* ini memungkinkan untuk digunakan dalam melakukan asesmen keperawatan.

Berikut merupakan analogi penggunaan domain dan kelas pada *NANDA-International*. Banyak keuntungan perawat mengenal domain dan kelas dalam usaha untuk membantu menegakkan diagnosis keperawatan berdasarkan asesmen yang telah dilakukan. Berikut adalah penjelasannya:



Gambar 7.1. Domain dan Kelas pada *NANDA-International*

Mengingat pentingnya topik ini maka penjelasan mengenai konsep domain dan kelas pada *NANDA-International* penting untuk diberikan.

### 7.3. Kompetensi

Setelah menyelesaikan bab ini, mahasiswa akan mempunyai kemampuan untuk:

1. Menjelaskan mengenai Domain
2. Menjelaskan mengenai Kelas
3. Menjelaskan mengenai penggunaan domain dan kelas.

#### **7.4. Konsep Domain dan Domain pada NANDA-*International***

Domain di dalam NANDA-*International* diartikan sebagai label besar yang memungkinkan perawat mengingat posisi permasalahan yang timbul atas hasil asesmen keperawatan yang dilakukan kepada pasien. Strategi perawat dengan cara mengingat domain yang berkaitan maka dengan otomatis seorang perawat dapat mengeliminasi kemungkinan domain yang lain untuk menegakkan diagnosis keperawatan tertentu. Setelah mengeliminasi domain yang sama sekali tidak berhubungan, maka seorang perawat tinggal memilih kelas di dalam domain terpilih yang bersesuaian dengan masalah keperawatan dari hasil asesmen keperawatan yang telah dilakukan.

Terdapat 13 Domain pada NANDA-*International*, berikut merupakan ringkasan dan penjelasan singkat mengenai domain:

##### **7.4.1. *Health Promotion* (Promosi Kesehatan)**

Dideskripsikan sebagai kesadaran akan kesehatan atau normalitas fungsi dan strategi-strategi yang dapat diterapkan untuk mempertahankan kontrol dan meningkatkan kesehatan atau normalitas fungsi tersebut. Domain ini terdiri dari beberapa kelas diantaranya:

- 1) *Health awareness* (kesadaran kesehatan), merupakan pengenalan akan fungsi normal dan kesehatan.
- 2) *Health management* (manajemen kesehatan) merupakan tahap mengidentifikasi, mengontrol,

memperlihatkan dan mengintegrasikan kegiatan-kegiatan untuk mempertahankan kesehatan.

#### **7.4.2. Nutrition (Nutrisi)**

Dideskripsikan sebagai kegiatan memperoleh, mengasimilasi dan menggunakan kandungan gizi untuk tujuan mempertahankan jaringan, perbaikan jaringan dan produksi tenaga. Domain ini terdiri dari beberapa kelas diantaranya:

- 1) *Ingestion* (proses masuknya makanan), merupakan proses masuknya makanan atau kandungan gizi ke dalam tubuh.
- 2) *Digestion* (pencernaan), merupakan kegiatan fisik dan kimiawi yang mengubah kandungan makanan ke dalam zat-zat yang sesuai untuk penyerapan dan asimilasi.
- 3) *Absorption* (penyerapan), merupakan tahapan penyerapan kandungan gizi melalui jaringan-jaringan tubuh.
- 4) *Metabolism* (metabolisme), merupakan proses kimiawi dan fisik yang terjadi di dalam organisme dan sel-sel hidup bagi pengembangan dan kegunaan protoplasma, produksi kotoran dan tenaga dengan pelepasan tenaga untuk seluruh proses vital.
- 5) *Hydration* (minum), merupakan tahapan perolehan dan penyerapan cairan dan larutan-larutan.

### **7.4.3. Elimination (Pembuangan)**

Dideskripsikan sebagai keluarnya produk-produk kotoran dari tubuh. Domain ini terdiri dari beberapa kelas diantaranya:

- 1) *Urinary system* (sistem urinaria), merupakan proses keluarnya urine.
- 2) *Gastrointestinal system* (sistem gastrointestinal), merupakan proses pengeluaran dan pengenyahan produk-produk kotoran dari isi perut.
- 3) *Integumentary system* (sistem integumen), merupakan proses keluarnya melalui kulit.
- 4) *Pulmonary system* (sistem paru-paru), merupakan proses pembersihan produk-produk metabolis secara ikutan, pengeluaran dan benda-benda asing dari paru-paru atau dua saluran bronkus.

### **7.4.4. Activity/Rest (Aktivitas/Istirahat)**

Dideskripsikan sebagai produksi, konservasi, pengeluaran atau keseimbangan sumber-sumber tenaga. Domain ini terdiri dari beberapa kelas diantaranya:

- 1) *Sleep/rest* (tidur/istirahat), merupakan kondisi tidur, istirahat, ketenagaan atau tidak beraktivitas
- 2) *Activity/exercise* (aktivitas/berolahraga), merupakan proses menggerakkan bagian-bagian tubuh (mobilitas), melakukan pekerjaan atau sering melakukan kegiatan-kegiatan (tetapi tidak selalu) untuk meningkatkan daya tahan tubuh (resisitensi).



- 3) *Energy balance* (keseimbangan energi), merupakan kondisi dinamis keharmonisan antara proses masuk dan keluarnya sumber-sumber tenaga.
- 4) *Cardiovascular-pulmonary responses* (respon jantung-paru-paru), merupakan mekanisme jantung-paru-paru yang mendukung aktivitas/istirahat.
- 5) *Self hygiene* (perawatan diri), merupakan tahapan bagaimana seorang merawat dirinya dalam memenuhi kebutuhan dasar perawatan dirinya.

#### **7.4.5. Perception/Cognition (Cara Pandang/Kesadaran)**

Dideskripsikan sebagai sistem pemrosesan informasi manusia, termasuk perhatian, orientasi (tujuan), sensasi, cara pandang, kesadaran, dan komunikasi. Domain ini terdiri dari beberapa kelas diantaranya:

- 1) *Attention* (perhatian), merupakan kesiapan mental untuk memperhatikan atau mengamati.
- 2) *Orientation* (tujuan), merupakan kesadaran akan waktu, tempat dan orang.
- 3) *Sensation/perception* (sensasi/cara pandang), merupakan tahapan penerimaan informasi melalui sentuhan, rasa, bau, penglihatan, pendengaran, dan kinestesi (gerakan otot) dan pemahaman akan data rasa hasil dari penamaan, mengasosiasikan dan atau pengenalan pola.
- 4) *Cognition* (kesadaran), merupakan proses penggunaan memori, belajar, berpikir, penyelesaian masalah,

abstraksi, penilaian, pengetahuan, kapasitas intelektual, kalkulasi dan bahasa.

- 5) *Communication* (komunikasi), merupakan proses mengirim dan menerima informasi verbal (memakai kata-kata) dan non verbal (memakai gerakan anggota badan yang mengandung arti).

#### **7.4.6. Self-Perception (Persepsi Diri)**

Dideskripsikan sebagai kesadaran akan diri sendiri. Domain ini terdiri dari beberapa kelas diantaranya:

- 1) *Self-concept* (konsep diri), merupakan persepsi tentang diri sendiri secara menyeluruh.
- 2) *Self-esteem* (penghargaan diri), merupakan penilaian akan pekerjaan sendiri, kapabilitas, kepentingan, dan keberhasilan.
- 3) *Body image* (citra tubuh), merupakan citra mental akan tubuh diri sendiri.

#### **7.4.7. Role Relationships (Hubungan Peran)**

Dideskripsikan sebagai hubungan atau asosiasi positif dan negatif antar individu atau kelompok-kelompok individu dan sarananya. Hubungan-hubungan tersebut ditunjukkan oleh sarana tersebut. Domain ini terdiri dari beberapa kelas diantaranya:

- 1) *Caregiving roles* (peran-peran yang memberi perhatian), merupakan pola perilaku yang diharapkan secara sosial oleh individu-individu yang menyediakan perawatan dan bukan para profesional perawatan kesehatan.

- 2) *Family relationships* (hubungan keluarga), merupakan pola asosiasi orang-orang yang secara biologis saling berkaitan.
- 3) *Role performance* (kinerja peran), merupakan kualitas memfungsikan di dalam pola-pola perilaku yang diharapkan secara sosial dalam kehidupan sehari-hari.

#### **7.4.8. Sexuality (Seksualitas)**

Dideskripsikan sebagai identitas seksual, fungsi seksual dan reproduksi. Domain ini terdiri dari beberapa kelas diantaranya:

- 1) *Sexual identity* (identitas seksual), merupakan kondisi menjadi seseorang yang khusus dalam hal seksualitas dan atau gender.
- 2) *Sexual function* (fungsi seksual), merupakan kapasitas atau kemampuan untuk berpartisipasi didalam aktivitas seksual.
- 3) *Reproduction* (reproduksi), merupakan segala proses yang melahirkan individu-individu baru.

#### **7.4.9. Coping/Stress Tolerance (Koping/Toleransi Stres)**

Dideskripsikan sebagai kaitan dengan kejadian-kejadian atau proses-proses kehidupan. Domain ini terdiri dari beberapa kelas diantaranya:

- 1) *Post-trauma responses* (respon paska trauma), merupakan reaksi-reaksi yang terjadi setelah trauma fisik atau psikologis.

- 2) *Coping responses* (respon-respon penanggulangan), merupakan proses mengendalikan tekanan lingkungan.
- 3) *Neuro-behavioral responses* (respon-respon perilaku syaraf), merupakan respon perilaku yang mencerminkan fungsi saraf dan otak.

#### **7.4.10. Life Principles (Prinsip-Prinsip Hidup)**

Dideskripsikan sebagai prinsip-prinsip yang mendasari perilaku, pikiran dan perilaku tentang langkah-langkah, adat istiadat, atau lembaga yang dipandang benar atau memiliki pekerjaan intrinsik. Domain ini terdiri dari beberapa kelas diantaranya:

- 1) *Values* (nilai-nilai), merupakan proses identifikasi dan pemeringkatan tentang bagaimana akhirnya bertindak yang disukai.
- 2) *Beliefs* (kepercayaan), merupakan pendapat, harapan atau penilaian atas tindakan, adat istiadat, atau lembaga yang dianggap benar atau memiliki pekerjaan instrinsik.
- 3) *Value/belief/action congruence* (nilai, kepercayaan, kesesuaian tindakan), merupakan korespondensi atau keseimbangan yang dicapai antara nilai-nilai, kepercayaan dan tindakan.

#### **7.4.11. Safety/Protection (Keamanan/Perlindungan)**

Dideskripsikan sebagai rasa aman dari mara bahaya, luka fisik atau kerusakan sistem kekebalan, penjagaan akan kehilangan dan perlindungan keselamatan dan keamanan. Domain ini terdiri dari beberapa kelas diantaranya:

- 1) *Infection* (infeksi), merupakan respon-respon setempat setelah invasi patogenik.
- 2) *Physical injury* (luka fisik), merupakan luka tubuh yang membahayakan.
- 3) *Violence* (kekerasan), merupakan penggunaan kekuatan atau tenaga yang berlebihan sehingga menimbulkan luka atau siksaan.
- 4) *Environmental hazards* (tanda bahaya lingkungan), merupakan sumber-sumber bahaya yang ada di lingkungan sekitar kita.
- 5) *Defensive processes* (proses mempertahankan diri), merupakan proses seseorang mempertahankan diri dari luar.
- 6) *Thermoregulation* (termoregulasi), merupakan proses fisiologis untuk mengatur panas dan energi di dalam tubuh untuk tujuan melindungi organisme.

#### **7.4.12. Comfort (Kenyamanan)**

Dideskripsikan sebagai rasa kesehatan mental, fisik, atau sosial, atau ketentraman. Domain ini terdiri dari beberapa kelas diantaranya:

- 1) *Physical comfort* (kenyamanan fisik), merupakan proses merasakan tentram dan nyaman.
- 2) *Environmental comfort* (kenyamanan lingkungan), merupakan proses merasakan tentram dan nyaman dari situasi lingkungan seseorang.

3) *Social comfort* (kenyaman sosial), merupakan proses merasakan tenang dan nyaman dari situasi sosial seseorang.

#### **7.4.13. *Growth/ Development* (Pertumbuhan/ Perkembangan)**

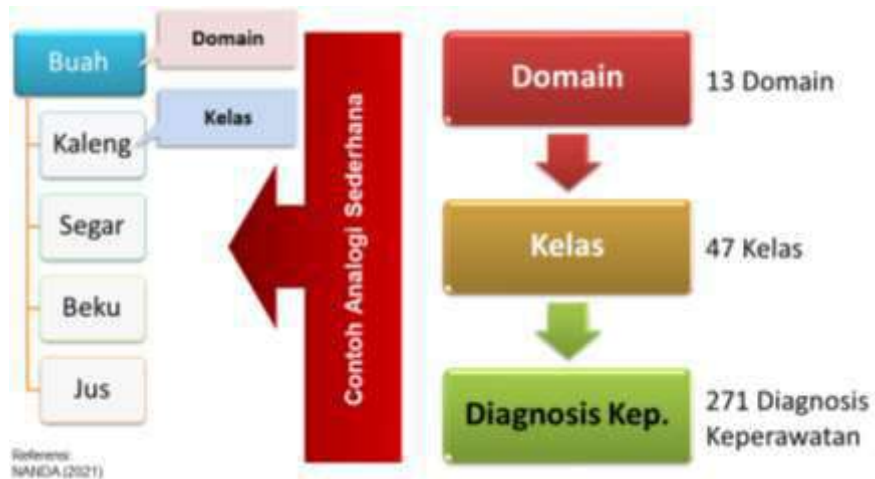
Dideskripsikan sebagai proses bertambahnya usia yang sesuai dengan dimensi fisik, sistem organ dan atau tonggak perkembangan yang dicapai. Domain ini terdiri dari beberapa kelas diantaranya:

- 1) *Growth* (pertumbuhan), merupakan kenaikan dimensi fisik atau kedewasaan sistem organ.
- 2) *Development* (perkembangan), merupakan apa yang dicapai, kurang tercapai, atau kehilangan tonggak perkembangan.

### **7.5. Konsep Kelas dan Kelas pada *NANDA-International***

Kelas di dalam domain *NANDA-International* diartikan sebagai label kecil setelah label besar (domain) yang memungkinkan perawat mengingat posisi permasalahan yang timbul atas hasil asesmen keperawatan yang telah dilakukan kepada pasien terkhusus setelah menentukan letak domainnya. Metode mengingat kelas yang berkaitan maka dengan otomatis seorang perawat dapat mengeliminasi kemungkinan kelas yang lain untuk menegakkan diagnosis keperawatan tertentu sesuai permasalahan yang didapat. Berikut merupakan penggambaran jumlah diagnosis keperawatan berdasarkan

kelas dan penggambaran jumlah kelas berdasarkan domain yang ada di *NANDA-International*:



Gambar 7.2. Kelas pada *NANDA-International* Edisi 2021-2023

Pada gambar 7.2 dapat dilihat bahwa ada 47 kelas yang ada di *NANDA-International* yang selanjutnya memudahkan perawat untuk menentukan dengan cepat diagnosis keperawatan yang ada pada pasien sesuai tanda dan gejala yang didapat sewaktu melakukan asesmen keperawatan.

Seperti apa 47 Kelas di dalam Domain *NANDA-International* tersebut berikut penjelasannya:

#### 7.5.1. **Health Promotion (Promosi Kesehatan)**

Domain ini terdiri dari beberapa kelas diantaranya:

- 1) *Health awareness* (kesadaran kesehatan), merupakan pengenalan akan fungsi normal dan kesehatan.
- 2) *Health management* (manajemen kesehatan) merupakan tahap mengidentifikasi, mengontrol,

memperlihatkan dan mengintegrasikan kegiatan-kegiatan untuk mempertahankan kesehatan.

Berikut daftar lengkapnya:

#### **DOMAIN 1: PROMOSI KESEHATAN**

##### **Kelas 1. Kesadaran Kesehatan**

- 1 Penurunan pelaksanaan aktivitas pengalih - 00097
- 2 Kesiapan meningkatkan literasi kesehatan - 00262
- 3 Gaya hidup kurang gerak - 00168

##### **Kelas 2. Manajemen Kesehatan**

- 4 Risiko upaya kawin lari - 00290
- 5 Sindrom lansia lemah - 00257
- 6 Risiko sindrom lansia lemah - 00231
- 7 Kesiapan meningkatkan keterlibatan olahraga - 00307
- 8 Defisiensi kesehatan komunitas - 00215
- 9 Perilaku kesehatan cenderung berisiko - 00188
- 10 Ketidakefektifan perilaku pemeliharaan kesehatan - 00292
- 11 Ketidakefektifan manajemen kesehatan diri – 00276
- 12 Kesiapan untuk meningkatkan manajemen kesehatan mandiri - 00293
- 13 Ketidakefektifan manajemen diri kesehatan keluarga - 00294
- 14 Ketidakefektifan perilaku perawatan rumah - 00300
- 15 Ketidakefektifan risiko perilaku pemeliharaan rumah - 00308
- 16 Kesiapan meningkatkan perilaku pemeliharaan rumah - 00309
- 17 Ketidakefektifan perlindungan - 00043



### 7.5.2. *Nutrition* (Nutrisi)

Domain ini terdiri dari beberapa kelas diantaranya:

- 1) *Ingestion* (proses masuknya makanan), merupakan proses masuknya makanan atau kandungan gizi ke dalam tubuh.
- 2) *Digestion* (pencernaan), merupakan kegiatan fisik dan kimiawi yang mengubah kandungan makanan ke dalam zat-zat yang sesuai untuk penyerapan dan asimilasi.
- 3) *Absorption* (penyerapan), merupakan tahapan penyerapan kandungan gizi melalui jaringan-jaringan tubuh.
- 4) *Metabolism* (metabolisme), merupakan proses kimiawi dan fisik yang terjadi di dalam organisme dan sel-sel hidup bagi pengembangan dan kegunaan protoplasma, produksi kotoran dan tenaga dengan pelepasan tenaga untuk seluruh proses vital.
- 5) *Hydration* (minum), merupakan tahapan perolehan dan penyerapan cairan dan larutan-larutan.

Berikut daftar lengkapnya:

#### **DOMAIN 2: NUTRISI**

##### **Kelas 1. Makan**

- 18 Ketidakcukupan produksi ASI - 00216
- 19 Ketidakefektifan pemberian ASI - 00104
- 20 Diskontinuitas pemberian ASI - 00105
- 21 Kesiapan meningkatkan pemberian ASI - 00106
- 22 Ketidakseimbangan nutrisi: kurang dari kebutuhan tubuh - 00002

- 23 Kesiapan meningkatkan nutrisi - 00163
- 24 Ketidakefektifan dinamika makan remaja - 00269
- 25 Ketidakefektifan dinamika makan anak - 00270
- 26 Ketidakefektifan dinamika menyusu bayi - 00271
- 27 Obesitas - 00232
- 28 Berat badan berlebih - 00233
- 29 Risiko berat badan berlebih - 00234
- 30 Gangguan menelan - 00103
- 31 Ketidakefektifan respon hisapan-menelan bayi - 00295

### **Kelas 2. Pencernaan**

Saat ini belum tersedia

### **Kelas 3. Absorpsi**

Saat ini belum tersedia

### **Kelas 4. Metabolisme**

- 32 Risiko ketidakstabilan kadar glukosa darah - 00179
- 33 Hiperbilirubinemia neonatal - 00194
- 34 Risiko Hiperbilirubinemia neonatal - 00230
- 35 Risiko gangguan fungsi hati - 00178
- 36 Risiko sindrom metabolik - 00296

### **Kelas 5. Hidrasi**

- 37 Risiko ketidakseimbangan elektrolit - 00195
- 38 Defisien volume cairan - 00027
- 39 Risiko defisien volume cairan - 00028
- 40 Kelebihan volume cairan - 00026
- 41 Risiko ketidakseimbangan volume cairan - 00025

### 7.5.3. *Elimination* (Pembuangan)

Domain ini terdiri dari beberapa kelas diantaranya:

- 1) *Urinary system* (sistem urinaria), merupakan proses keluarnya urine.
- 2) *Gastrointestinal system* (sistem gastrointestinal), merupakan proses pengeluaran dan pengenyahan produk-produk kotoran dari isi perut.
- 3) *Integumentary system* (sistem integumen), merupakan proses keluarnya melalui kulit.
- 4) *Pulmonary system* (sistem paru-paru), merupakan proses pembersihan produk-produk metabolis secara ikutan, pengeluaran dan benda-benda asing dari paru-paru atau dua saluran bronkus.

Berikut daftar lengkapnya:

#### **DOMAIN 3: ELIMINASI DAN PERTUKARAN**

##### **Kelas 1. Fungsi Urinarius**

- 42 Inkontinensia urin terkait disabilitas - 00297
- 43 Hambatan eliminasi urine - 00016
- 44 Inkontinensia urin campuran - 00310
- 45 Inkontinensia urine stres - 00017
- 46 Inkontinensia urine dorongan - 00019
- 47 Risiko inkontinensia urine dorongan - 00022
- 48 Retensi urine - 00023
- 49 Risiko retensi urin - 00322

##### **Kelas 2. Fungsi Gastrointestinal**

- 50 Konstipasi - 00011
- 51 Risiko konstipasi - 00015
- 52 Konstipasi fungsional kronis - 00235

- 53 Risiko konstipasi fungsional kronis - 00236
- 54 Persepsi konstipasi - 00012
- 55 Kontinensia usus terganggu - 00319
- 56 Diare - 00013
- 57 Disfungsi motilitas gastrointestinal - 00196
- 58 Risiko disfungsi motilitas gastrointestinal - 00197

**Kelas 3. Fungsi Integumen**

Saat ini belum tersedia

**Kelas 4. Fungsi Respirasi**

- 59 Hambatan pertukaran gas - 00030

**7.5.4. Activity/Rest (Aktivitas/Istirahat)**

Domain ini terdiri dari beberapa kelas diantaranya:

- 1) *Sleep/rest* (tidur/istirahat), merupakan kondisi tidur, istirahat, ketenagaan atau tidak beraktivitas
- 2) *Activity/exercise* (aktivitas/berolahraga), merupakan proses menggerakkan bagian-bagian tubuh (mobilitas), melakukan pekerjaan atau sering melakukan kegiatan-kegiatan (tetapi tidak selalu) untuk meningkatkan daya tahan tubuh (resisitensi).
- 3) *Energy balance* (keseimbangan energi), merupakan kondisi dinamis keharmonisan antara proses masuk dan keluarnya sumber-sumber tenaga.
- 4) *Cardiovascular-pulmonary responses* (respon jantung-paru-paru), merupakan mekanisme jantung-paru-paru yang mendukung aktivitas/istirahat.

5) *Self hygiene* (perawatan diri), merupakan tahapan bagaimana seorang merawat dirinya dalam memenuhi kebutuhan dasar perawatan dirinya.

Berikut daftar lengkapnya:

**DOMAIN 4: AKTIVITAS / ISTIRAHAT**

**Kelas 1. Tidur / Istirahat**

- 60 Insomnia - 00095
- 61 Deprivasi tidur - 00096
- 62 Kesiapan meningkatkan tidur - 00165
- 63 Gangguan pola tidur - 00198

**Kelas 2. Aktivitas / Olahraga**

- 64 Toleransi aktivitas menurun - 00298
- 65 Risiko penurunan toleransi aktivitas - 00299
- 66 Risiko sindrom *disuse* - 00040
- 67 Hambatan mobilitas di tempat tidur - 00091
- 68 Hambatan mobilitas fisik - 00085
- 69 Hambatan mobilitas berkursi roda - 00089
- 70 Hambatan duduk - 00237
- 71 Hambatan berdiri - 00238
- 72 Hambatan kemampuan berpindah - 00090
- 73 Hambatan berjalan - 00088

**Kelas 3. Keseimbangan Energi**

- 74 Ketidakseimbangan medan energi - 00273
- 75 Kelelahan - 00093
- 76 Keluyuran - 00154

**Kelas 4. Respons Kardiovaskular / Pulmonal**

- 77 Ketidakefektifan pola nafas - 00032
- 78 Penurunan curah jantung - 00029
- 79 Risiko penurunan curah jantung - 00240

- 80 Risiko gangguan fungsi kardiovaskular - 00311
- 81 Ketidakefektifan manajemen diri limfedema - 00278
- 82 Risiko Ketidakefektifan manajemen diri limfedema - 00281
- 83 Risiko ketidakstabilan tekanan darah - 00267
- 84 Gangguan ventilasi spontan - 00033
- 85 Risiko trombosis - 00291
- 86 Risiko penurunan perfusi jaringan jantung - 00200
- 87 Risiko ketidakefektifan perfusi jaringan otak - 00201
- 88 Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer - 00204
- 89 Risiko ketidakefektifan perfusi jaringan perifer - 00228
- 90 Disfungsi respons penyapihan ventilator - 00034
- 91 Respon penyapihan ventilasi dewasa yang disfungsional - 00318

**Kelas 5. Perawatan Diri**

- 92 Defisit perawatan diri: mandi - 00108
- 93 Defisit perawatan diri: berpakaian - 00109
- 94 Defisit perawatan diri: makan - 00102
- 95 Defisit perawatan diri: eliminasi - 00110
- 96 Kesiapan meningkatkan perawatan diri - 00182
- 97 Pengabaian diri - 00193

**7.5.5. Perception/Cognition (Cara Pandang/Kesadaran)**

Domain ini terdiri dari beberapa kelas diantaranya:

- 1) *Attention* (perhatian), merupakan kesiapan mental untuk memperhatikan atau mengamati.
- 2) *Orientation* (tujuan), merupakan kesadaran akan waktu, tempat dan orang.

- 3) *Sensation/perception* (sensasi/cara pandang), merupakan tahapan penerimaan informasi melalui sentuhan, rasa, bau, penglihatan, pendengaran, dan kinestesi (gerakan otot) dan pemahaman akan data rasa hasil dari penamaan, mengasosiasikan dan atau pengenalan pola.
- 4) *Cognition* (kesadaran), merupakan proses penggunaan memori, belajar, berpikir, penyelesaian masalah, abstraksi, penilaian, pengetahuan, kapasitas intelektual, kalkulasi dan bahasa.
- 5) *Communication* (komunikasi), merupakan proses mengirim dan menerima informasi verbal (memakai kata-kata) dan non verbal (memakai gerakan anggota badan yang mengandung arti).

Berikut daftar lengkapnya:

**DOMAIN 5: PERSEPSI / KOGNISI**

**Kelas 1. Perhatian**

98 Kealpaan tubuh unilateral - 00123

**Kelas 2. Orientasi**

Saat ini belum tersedia

**Kelas 3. Sensasi / Persepsi**

Saat ini belum tersedia

**Kelas 4. Kognisi**

99 Konfusi akut - 00128

100 Risiko konfusi akut - 00173

101 Konfusi kronik - 00129

102 Kontrol emosi labil - 00251

103 Ketidakefektifan kontrol impuls - 00222

- 104 Defisiensi pengetahuan - 00126
- 105 Kesiapan meningkatkan pengetahuan - 00161
- 106 Kerusakan memori - 00131
- 107 Proses berpikir terganggu - 00279

**Kelas 5. Komunikasi**

- 108 Kesiapan meningkatkan komunikasi - 00157
- 109 Hambatan komunikasi verbal - 00051

**7.5.6. Self-Perception (Persepsi Diri)**

Domain ini terdiri dari beberapa kelas diantaranya:

- 1) *Self-concept* (konsep diri), merupakan persepsi tentang diri sendiri secara menyeluruh.
- 2) *Self-esteem* (penghargaan diri), merupakan penilaian akan pekerjaan sendiri, kapabilitas, kepentingan, dan keberhasilan.
- 3) *Body image* (citra tubuh), merupakan citra mental akan tubuh diri sendiri.

Berikut daftar lengkapnya:

**DOMAIN 6: PERSEPSI DIRI**

**Kelas 1. Konsep Diri**

- 110 Kesiapan meningkatkan harapan - 00185
- 111 Keputusan - 00124
- 112 Risiko pelemahan martabat - 00174
- 113 Gangguan identitas pribadi - 00121
- 114 Risiko gangguan identitas pribadi - 00225
- 115 Kesiapan meningkatkan konsep diri - 00167

**Kelas 2. Harga Diri**

- 116 Harga diri rendah kronik - 00119



- 117 Risiko harga diri rendah kronik - 00224
- 118 Harga diri rendah situasional - 00120
- 119 Risiko harga diri rendah situasional - 00153

**Kelas 3. Citra Tubuh**

- 120 Gangguan citra tubuh - 00118

**7.5.7. Role Relationships (Hubungan Peran)**

Domain ini terdiri dari beberapa kelas diantaranya:

- 1) *Caregiving roles* (peran-peran yang memberi perhatian), merupakan pola perilaku yang diharapkan secara sosial oleh individu-individu yang menyediakan perawatan dan bukan para profesional perawatan kesehatan.
- 2) *Family relationships* (hubungan keluarga), merupakan pola asosiasi orang-orang yang secara biologis saling berkaitan.
- 3) *Role performance* (kinerja peran), merupakan kualitas memfungsikan di dalam pola-pola perilaku yang diharapkan secara sosial dalam kehidupan sehari-hari.

Berikut daftar lengkapnya:

**DOMAIN 7: HUBUNGAN PERAN**

**Kelas 1. Peran Pemberi Asuhan**

- 121 Ketegangan peran pemberi asuhan - 00061
- 122 Risiko ketegangan peran pemberi asuhan - 00062
- 123 Hambatan menjadi orang tua - 00056
- 124 Kesiapan meningkatkan menjadi orang tua - 00164
- 125 Risiko hambatan menjadi orang tua - 00057

### **Kelas 2. Hubungan Keluarga**

- 126 Risiko gangguan perlekatan - 00058
- 127 Sindrom identitas keluarga yang terganggu - 00283
- 128 Risiko sindrom identitas keluarga terganggu - 00284
- 129 Disfungsi proses keluarga - 00063
- 130 Diskontinuitas proses keluarga - 00060
- 131 Kesiapan meningkatkan proses keluarga - 00159

### **Kelas 3. Performa Peran**

- 132 Ketidakefektifan hubungan - 00223
- 133 Kesiapan meningkatkan hubungan - 00207
- 134 Risiko ketidakefektifan hubungan - 00229
- 135 Konflik peran orang tua - 00064
- 136 Ketidakefektifan performa peran - 00055
- 137 Hambatan interaksi sosial - 00052

### **7.5.8. Sexuality (Seksualitas)**

Domain ini terdiri dari beberapa kelas diantaranya:

- 1) *Sexual identity* (identitas seksual), merupakan kondisi menjadi seseorang yang khusus dalam hal seksualitas dan atau gender.
- 2) *Sexual function* (fungsi seksual), merupakan kapasitas atau kemampuan untuk berpartisipasi didalam aktivitas seksual.
- 3) *Reproduction* (reproduksi), merupakan segala proses yang melahirkan individu-individu baru.

Berikut daftar lengkapnya:

**DOMAIN 8: SEKSUALITAS**

**Kelas 1. Identitas Seksual**

Saat ini belum tersedia

**Kelas 2. Fungsi Seksual**

138 Disfungsi seksual - 00059

139 Ketidakefektifan pola seksual - 00065

**Kelas 3. Reproduksi**

140 Ketidakefektifan proses kehamilan-melahirkan -  
00221

141 Kesiapan peningkatan proses kehamilan-  
melahirkan - 00208

142 Risiko ketidakefektifan proses kehamilan-  
melahirkan - 00227

143 Risiko gangguan hubungan ibu-janin - 00209

**7.5.9. Coping/Stress Tolerance (Koping/Toleransi Stres)**

Domain ini terdiri dari beberapa kelas diantaranya:

- 1) *Post-trauma responses* (respon paska trauma), merupakan reaksi-reaksi yang terjadi setelah trauma fisik atau psikologis.
- 2) *Coping responses* (respon-respon penanggulangan), merupakan proses mengendalikan tekanan lingkungan.
- 3) *Neuro-behavioral responses* (respon-respon perilaku syaraf), merupakan respon perilaku yang mencerminkan fungsi saraf dan otak.

Berikut daftar lengkapnya:

**DOMAIN 9: KOPING / TOLERANSI STRES**

**Kelas 1. Respons Pasca-trauma**

- 144 Risiko transisi imigrasi terganggu - 00260
- 145 Sindrom pascatrauma - 00141
- 146 Risiko sindrom pascatrauma - 00145
- 147 Sindrom trauma perkosaan - 000142
- 148 Sindrom stres akibat perpindahan - 00114
- 149 Risiko sindrom stres akibat perpindahan - 00149

**Kelas 2. Respons Koping**

- 150 Ketidakefektifan perencanaan aktivitas - 00199
- 151 Risiko ketidakefektifan perencanaan aktivitas - 00266
- 152 Ansietas - 00146
- 153 Koping defensif - 00071
- 154 Ketidakefektifan koping - 00069
- 155 Kesiapan meningkatkan koping - 00158
- 156 Ketidakefektifan koping komunitas - 00077
- 157 Kesiapan meningkatkan koping komunitas - 00076
- 158 Penurunan koping keluarga - 00074
- 159 Ketidakmampuan koping keluarga - 00073
- 160 Kesiapan meningkatkan koping keluarga - 00075
- 161 Ansietas kematian - 00147
- 162 Ketidakefektifan penyangkalan - 00072
- 163 Ketakutan - 00148
- 164 Duka maladaptif - 00301

- 165 Risiko berduka maladaptif - 00302
- 166 Kesiapan untuk meningkatkan duka - 00285
- 167 Gangguan pengelolaan mood - 00241
- 168 Kesiapan meningkatkan kekuatan - 00187
- 169 Ketidakberdayaan - 00125
- 170 Risiko ketidakberdayaan - 00152
- 171 Hambatan penyesuaian individu - 00210
- 172 Kesiapan meningkatkan penyesuaian individu - 00212
- 173 Risiko gangguan penyesuaian individu - 00211
- 174 Kepedihan kronis - 00137
- 175 Stres berlebihan - 00177

**Kelas 3. Stres Neurobehavioral**

- 176 Sindrom putus-zat akut - 00258
- 177 Risiko sindrom putus-zat akut - 00259
- 178 Disrefleksia autonomik - 00009
- 179 Risiko disrefleksia autonomik - 00010
- 180 Sindrom abstinesi neonatal - 00264
- 181 Disintegritas perilaku bayi - 00116
- 182 Kesiapan meningkatkan integrasi perilaku bayi - 00117
- 183 Risiko disintegrasi perilaku bayi - 00115

**7.5.10. Life Principles (Prinsip-Prinsip Hidup)**

Domain ini terdiri dari beberapa kelas diantaranya:

- 1) *Values* (nilai-nilai), merupakan proses identifikasi dan pemeringkatan tentang bagaimana akhirnya bertindak yang disukai.

- 2) *Beliefs* (kepercayaan), merupakan pendapat, harapan atau penilaian atas tindakan, adat istiadat, atau lembaga yang dianggap benar atau memiliki pekerjaan instrinsik.
- 3) *Value/belief/action congruence* (nilai, kepercayaan, kesesuaian tindakan), merupakan korespondensi atau keseimbangan yang dicapai antara nilai-nilai, kepercayaan dan tindakan.

Berikut daftar lengkapnya:

**DOMAIN 10: PRINSIP HIDUP**

**Kelas 1. Nilai**

Saat ini belum tersedia

**Kelas 2. Keyakinan**

184 Kesiapan meningkatkan kesejahteraan spiritual -  
00068

**Kelas 3. Keselarasan Nilai / Keyakinan / Tindakan**

185 Kesiapan meningkatkan pengambilan keputusan  
- 00184

186 Konflik pengambilan keputusan - 00083

187 Hambatan pengambilan keputusan emansipasi -  
00242

188 Kesiapan meningkatkan pengambilan keputusan  
emansipasi - 00243

189 Risiko hambatan pengambilan keputusan  
emansipasi - 00244

190 Distres moral - 00175

191 Hambatan religiositas - 00169

192 Kesiapan meningkatkan religiositas - 00171

193 Risiko hambatan religiositas - 00170

194 Distres spriritual - 00066

195 Risiko distres spriritual - 00067

#### **7.5.11. Safety/Protection (Keamanan/Perlindungan)**

Domain ini terdiri dari beberapa kelas diantaranya:

- 1) *Infection* (infeksi), merupakan respon-respon setempat setelah invasi patogenik.
- 2) *Physical injury* (luka fisik), merupakan luka tubuh yang membahayakan.
- 3) *Violence* (kekerasan), merupakan penggunaan kekuatan atau tenaga yang berlebihan sehingga menimbulkan luka atau siksaan.
- 4) *Environmental hazards* (tanda bahaya lingkungan), merupakan sumber-sumber bahaya yang ada dilingkungan sekitar kita.
- 5) *Defensive processes* (proses mempertahankan diri), merupakan proses seseorang mempertahankan diri dari luar.
- 6) *Thermoregulation* (termoregulasi), merupakan proses fisiologis untuk mengatur panas dan energi di dalam tubuh untuk tujuan melindungi organisme.

Berikut daftar lengkapnya:

#### **DOMAIN 11: KEAMANAN / PERLINDUNGAN**

##### **Kelas 1. Infeksi**

196 Risiko infeksi - 00004

197 Risiko infeksi area pembedahan - 00266

##### **Kelas 2. Cedera fisik**

198 Ketidakefektifan bersihan jalan napas - 00031

- 199 Risiko aspirasi - 00039
- 200 Risiko perdarahan - 00206
- 201 Risiko mata kering - 00219
- 202 Ketidakefektifan manajemen diri mata kering - 00277
- 203 Risiko mulut kering - 00261
- 204 Risiko jatuh dewasa - 00303
- 205 Risiko jatuh anak - 00306
- 206 Risiko cedera - 00035
- 207 Risiko cedera kornea - 00245
- 208 Cedera kompleks puting-areolar - 00320
- 209 Risiko cedera kompleks puting-areolar - 00321
- 210 Risiko cedera akibat posisi perioperatif - 00087
- 211 Risiko cedera termal - 00220
- 212 Risiko cedera saluran kemih - 00250
- 213 Kerusakan gigi - 00048
- 214 Kerusakan membran mukosa oral - 00045
- 215 Risiko kerusakan membran mukosa oral - 00247
- 216 Risiko disfungsi neurovaskular perifer - 00086
- 217 Cedera tekanan dewasa - 00312
- 218 Risiko cedera tekanan dewasa - 00304
- 219 Cedera tekanan anak - 00313
- 220 Risiko cedera tekanan anak - 00286
- 221 Cedera tekanan neonatus - 00287
- 222 Risiko cedera tekanan neonatus - 00288
- 223 Risiko syok - 00205
- 224 Kerusakan integritas kulit - 00046
- 225 Risiko kerusakan integritas kulit - 00047
- 226 Risiko kematian bayi mendadak - 00156
- 227 Risiko asfiksia - 00036



- 228 Pelambatan pemulihan pasca-bedah - 00100
- 229 Risiko pelambatan pemulihan pasca-bedah - 00246
- 230 Kerusakan integritas jaringan - 00044
- 231 Risiko kerusakan integritas jaringan - 00248
- 232 Risiko trauma fisik - 00038
- 233 Risiko trauma vaskular - 00213

**Kelas 3. Perilaku Kekerasan**

- 234 Risiko mutilasi genetalia wanita - 00272
- 235 Risiko perilaku kekerasan terhadap orang lain - 00138
- 236 Risiko perilaku kekerasan terhadap diri sendiri - 00140
- 237 Mutilasi diri - 00151
- 238 Risiko mutilasi diri - 00139
- 239 Risiko perilaku bunuh diri - 00289

**Kelas 4. Bahaya Lingkungan**

- 240 Kontaminasi - 00181
- 241 Risiko kontaminasi - 00180
- 242 Risiko cedera okupasional - 00265
- 243 Risiko keracunan - 00037

**Kelas 5. Proses Pertahanan Tubuh**

- 244 Risiko efek samping media kontras beryodium - 00218
- 245 Risiko reaksi alergi - 00217
- 246 Risiko reaksi alergi lateks - 00042

**Kelas 6. Termoregulasi**

- 247 Hipertermia - 00007
- 248 Hipotermia - 00006
- 249 Risiko hipotermia - 00253

|     |   |
|-----|---|
| 250 | Hipotermia neonatus - 00280                   |
| 251 | Risiko hipotermia neonatus - 00282            |
| 252 | Risiko hipotermia perioperatif - 00254        |
| 253 | Ketidakefektifan termoregulasi - 00008        |
| 254 | Risiko ketidakefektifan termoregulasi - 00274 |

### 7.5.12. *Comfort* (Kenyamanan)

Domain ini terdiri dari beberapa kelas diantaranya:

- 1) *Physical comfort* (kenyaman fisik), merupakan proses merasakan tenang dan nyaman.
- 2) *Environmental comfort* (kenyaman lingkungan), merupakan proses merasakan tenang dan nyaman dari situasi lingkungan seseorang.
- 3) *Social comfort* (kenyaman sosial), merupakan proses merasakan tenang dan nyaman dari situasi sosial seseorang.

Berikut daftar lengkapnya:

#### **DOMAIN 12: KENYAMANAN**

##### **Kelas 1. Kenyamanan Fisik**

- |     |   |
|-----|---|
| 255 | Hambatan rasa nyaman - 00214              |
| 256 | Kesiapan meningkatkan rasa nyaman - 00183 |
| 257 | Mual - 00134                              |
| 258 | Nyeri akut - 00132                        |
| 259 | Nyeri kronis - 00133                      |
| 260 | Nyeri persalinan - 00256                  |
| 261 | Sindrom nyeri kronis - 00255              |

##### **Kelas 2. Kenyamanan Lingkungan**

- |     |                              |
|-----|------------------------------|
| 262 | Hambatan rasa nyaman - 00214 |
|-----|------------------------------|

263 Kesiapan meningkatkan rasa nyaman - 00183

**Kelas 3. Kenyamanan Sosial**

264 Hambatan rasa nyaman - 00214

265 Kesiapan meningkatkan rasa nyaman - 00183

266 Risiko kesepian - 00054

267 Isolasi sosial - 00053

**7.5.13. Growth/ Development (Pertumbuhan/ Perkembangan)**

Domain ini terdiri dari beberapa kelas diantaranya:

- 1) *Growth* (pertumbuhan), merupakan kenaikan dimensi fisik atau kedewasaan sistem organ.
- 2) *Development* (perkembangan), merupakan apa yang dicapai, kurang tercapai, atau kehilangan tonggak perkembangan.

Berikut daftar lengkapnya:

**DOMAIN 13: PERTUMBUHAN / PERKEMBANGAN**

**Kelas 1. Pertumbuhan**

Saat ini belum tersedia

**Kelas 2. Perkembangan**

268 Perkembangan anak tertunda - 00314

269 Risiko keterlambatan perkembangan anak -  
00305

270 Perkembangan motorik bayi terlambat - 00315

271 Risiko keterlambatan perkembangan motorik  
bayi - 00316

## 7.6. Rangkuman

Adanya domain di dalam *NANDA-International* dapat diartikan sebagai alat bantu yang memungkinkan perawat mengingat posisi permasalahan yang timbul atas hasil asesmen keperawatan yang telah dilakukan kepada pasien. Metode mengingat domain yang berkaitan maka dengan otomatis seorang perawat dapat mengeleminasi kemungkinan domain yang lain untuk menegakkan diagnosis keperawatan tertentu karena hanya tinggal menentukan kelas yang berkaitan. Terdapat 13 Domain pada *NANDA-International* dan selanjutnya domain ini akan dipecah lagi menjadi beberapa kelas di dalamnya.

Adanya kelas di dalam *NANDA-International* dapat diartikan sebagai alat bantu yang memungkinkan perawat mengingat posisi permasalahan yang timbul atas hasil asesmen keperawatan yang telah dilakukan kepada pasien secara lebih detail, bahkan lebih detail dari hanya mengingat letak domainnya. Metode mengingat kelas yang berkaitan maka dengan otomatis seorang perawat dapat mengeleminasi kemungkinan kelas yang lain untuk menegakkan diagnosis keperawatan tertentu. Terdapat 47 kelas yang mengandung 271 Diagnosis Keperawatan dalam buku *NANDA-International* edisi 2021-2023.

## 7.7. Latihan

Untuk memperdalam pemahaman Anda mengenai materi di atas, kerjakanlah latihan berikut:

1. Jelaskan mengapa perawat disarankan untuk dapat selalu mengingat domain pada NANDA!
2. Berikan contoh pengangkatan diagnosis dengan menggunakan domain nutrisi yang dilakukan oleh perawat!
3. Jelaskan pentingnya domain dalam pemetaan diagnosis keperawatan!
4. Jelaskan mengapa perawat disarankan untuk dapat selalu mengingat kelas pada NANDA!
5. Berikan contoh pengangkatan diagnosis dengan menggunakan kelas infeksi pada domain keamanan dan perlindungan yang dilakukan oleh perawat!
6. Jelaskan pentingnya kelas dalam pemetaan diagnosis keperawatan!

Untuk memperdalam materi di atas maka kerjakanlah soal di bawah ini:

Petunjuk: untuk soal nomor 1 - 20, pilihlah salah satu jawaban yang paling tepat!

1. Ketika seorang Ners menemukan keluhan fisik yang sangat terganggu pada rentang aktivitas gerak pasien serta terjadi penurunan kekuatan otot setelah dilakukan pemeriksaan, maka Pola fungsi Gordon mana yang difokuskan untuk dikaji lebih dalam ...
  - a. Pola penatalaksanaan kesehatan / persepsi sehat
  - b. Pola nutrisi – metabolik
  - c. Pola eliminasi

- d. Pola aktivitas – latihan
  - e. Pola tidur dan istirahat
2. Ketika seorang Ners menemukan keluhan berupa penurunan frekuensi BAB dan pasien mengeluhkan kram perut serta terjadi penurunan frekuensi bising usus setelah dilakukan pemeriksaan, maka Pola fungsi Gordon mana yang difokuskan untuk dikaji lebih dalam...
- a. Pola penatalaksanaan kesehatan / persepsi sehat
  - b. Pola nutrisi – metabolik
  - c. Pola eliminasi
  - d. Pola aktivitas – latihan
  - e. Pola tidur dan istirahat
3. Ketika seorang Ners menemukan keluhan fisik berupa sakit tenggorokan selama menelan, rasa panas ditenggorokan sehingga menyebabkan nafsu makan menurun selama pasien sakit, maka Pola fungsi Gordon mana yang difokuskan untuk dikaji lebih dalam...
- a. Pola penatalaksanaan kesehatan / persepsi sehat
  - b. Pola nutrisi – metabolik
  - c. Pola eliminasi
  - d. Pola aktivitas – latihan
  - e. Pola tidur dan istirahat
4. Ketika seorang Ners menemukan keluhan pada proses wawancara bahwa pasien mengatakan kepikiran terkait kondisi anak isterinya karena selama ini pasien yang

bertindak selaku kepala keluarga dan berkewajiban member nafkah, maka Pola fungsi Gordon mana yang difokuskan untuk dikaji lebih dalam...

- a. Pola kognitif – perseptual – keadepkuatan alat sensori
- b. Pola persepsi-konsep diri
- c. Pola peran dan tanggung jawab
- d. Pola seksual – reproduksi
- e. Pola koping dan toleransi stress

5. Ketika seorang Ners menemukan keluhan bahwa pasien merasa malu terhadap dirinya sendiri mengingat selama sakit pasien tidak dapat bekerja seperti biasa dan pasti akan menjadi bahan pembicaraan tetangga terkait rumah tangganya, maka Pola fungsi Gordon mana yang difokuskan untuk dikaji lebih dalam ...

- a. Pola kognitif – perseptual – keadepkuatan alat sensori
- b. Pola persepsi-konsep diri
- c. Pola peran dan tanggung jawab
- d. Pola seksual – reproduksi
- e. Pola koping dan toleransi stress

6. Ketika seorang Ners menemukan keluhan bahwa pasien memerlukan pendampingan (sumber dukungan)dari isterinya mengingat banyak permasalahan yang biasanya dipecahkan bersama dengan isteri, maka Pola fungsi Gordon mana yang difokuskan untuk dikaji lebih dalam ...

- a. Pola kognitif – perseptual – keadepkuatan alat sensori
- b. Pola persepsi-konsep diri

- c. Pola peran dan tanggung jawab
  - d. Pola seksual – reproduksi
  - e. Pola koping dan toleransi stress
7. Ketika seorang Ners melakukan wawancara dan pemeriksaan fisik, pasien Nampak mengalami keterbatasan komunikasi dikarenakan ketidakmampuan berbahasa Indonesia dengan baik serta mengalami kekurangan dalam penglihatan, maka Pola fungsi Gordon mana yang difokuskan untuk dikaji...
- a. Pola kognitif – perseptual – keadekuatan alat sensori
  - b. Pola persepsi-konsep diri
  - c. Pola peran dan tanggung jawab
  - d. Pola seksual – reproduksi
  - e. Pola koping dan toleransi stress
8. Dalam perumusan diagnosis keperawatan, seorang Ners memikirkan bahwa masalah yang dialami pasien adalah masalah Nutrisi. Domain berapakah yang paling prioritas bagi Ners tersebut untuk mencari ...
- a. Domain 1
  - b. Domain 2
  - c. Domain 3
  - d. Domain 4
  - e. Domain 5
9. Dalam perumusan diagnosis keperawatan, seorang Ners memikirkan bahwa masalah yang dialami pasien adalah masalah Aktivitas dan Istirahat. Domain



berapakah yang paling prioritas bagi Ners tersebut untuk mencari ...

- a. Domain 1
- b. Domain 2
- c. Domain 3
- d. Domain 4
- e. Domain 5

10. Dalam perumusan diagnosis keperawatan, seorang Ners memikirkan bahwa masalah yang dialami pasien adalah masalah Keamanan dan perlindungan. Domain berapakah yang paling prioritas bagi Ners tersebut untuk mencari...

- a. Domain 9
- b. Domain 10
- c. Domain 11
- d. Domain 12
- e. Domain 13

11. Ketika seorang Ners mendapatkan data fokus bahwa pasien mengalami keluhan sakit menelan saat makan dan telah terjadi selama beberapa hari, maka setelah menentukan bahwa Domain 2 tentang Nutrisi yang bermasalah, selanjutnya Kelas yang dipilih guna menegakkan Diagnosis Keperawatan adalah...

- a. Ingesti
- b. Digesti
- c. Absorpsi
- d. Metabolisme

- e. Hidrasi
12. Ketika seorang Ners mendapatkan data fokus bahwa pasien mengalami ketidakstabilan kadar glukosa darah akibat penyakit diabetes yang dialaminya, maka setelah menentukan bahwa Domain 2 tentang Nutrisi yang bermasalah, selanjutnya Kelas yang dipilih guna menegakkan Diagnosis Keperawatan adalah...
- a. Ingesti
  - b. Digesti
  - c. Absorpsi
  - d. Metabolisme
  - e. Hidrasi
13. Ketika seorang Ners mendapatkan data fokus bahwa pasien mengalami penurunan kualitas turgor kulit (> 2 detik) karena mengalami diare hebat selama beberapa hari, maka setelah menentukan bahwa Domain 2 tentang Nutrisi yang bermasalah, selanjutnya Kelas yang dipilih guna menegakkan Diagnosis Keperawatan adalah...
- a. Ingesti
  - b. Digesti
  - c. Absorpsi
  - d. Metabolisme
  - e. Hidrasi
14. Dalam penegakan diagnosis keperawatan, saat ditemukan keluhan sakit yang dialami pasien kurang

dari 3 bulan akibat kecelakaan kerja yang dialami maka pasien tersebut mengalami Diagnosis Keperawatan ...

- a. Gangguan rasa nyaman
  - b. Nyeri akut
  - c. Nyeri kronis
  - d. Nyeri persalinan
  - e. Sindrome nyeri kronis
15. Dalam penegakan diagnosis keperawatan, saat ditemukan pasien dalam keadaan Saturasi oksigen rendah 82% dan saat ini masih terpasang O<sub>2</sub> sebanyak 5 liter, maka pasien tersebut mengalami Diagnosis Keperawatan...
- a. Ketidakefektifan bersihan jalan nafas
  - b. Ketidakefektifan pola nafas
  - c. Hambatan pertukaran gas
  - d. Hambatan ventilasi spontan
  - e. Hambatan penyapihan ventilator
16. Dalam penegakan diagnosis keperawatan, saat ditemukan pasien terdengar suara nafas tambahan dan tidak dapat mengeluarkan sekretnya karena kondisi koma, maka pasien tersebut mengalami Diagnosis Keperawatan...
- a. Ketidakefektifan bersihan jalan nafas
  - b. Ketidakefektifan pola nafas
  - c. Hambatan pertukaran gas
  - d. Hambatan ventilasi spontan
  - e. Hambatan penyapihan ventilator

17. Dalam penegakan diagnosis keperawatan, saat ditemukan keluhan sesak nafas dan tidak dapat berkurang saat berbaring di atas tempat tidur, maka pasien tersebut mengalami Diagnosis Keperawatan ...
- Ketidakefektifan bersihan jalan nafas
  - Ketidakefektifan pola nafas
  - Hambatan pertukaran gas
  - Hambatan ventilasi spontan
  - Hambatan penyapihan ventilator
18. Dalam penegakan diagnosis keperawatan, saat ditemukan keluhan sesak nafas dan jantung berdebar ketika berpindah ke kamar mandi dari tempat tidur, maka pasien tersebut mengalami Diagnosis Keperawatan...
- Keletihan
  - Intoleransi aktivitas
  - Hambatan berjalan
  - Kerusakan mobiltas fisik
  - Hambatan berpindah
19. Dalam penegakan diagnosis keperawatan, saat ditemukan keluhan merasa kurang energi dan tidak dapat beranjak dari tempat tidur, maka pasien tersebut mengalami Diagnosis Keperawatan ...
- Keletihan
  - Intoleransi aktivitas
  - Hambatan berjalan
  - Kerusakan mobiltas fisik

- e. Hambatan berpindah
20. Dalam penegakan diagnosis keperawatan, saat ditemukan keluhan keterbatasan pergerakan (prosedur immobilisasi karena fraktur kaki) sehingga tidak dapat berpindah dari tempat tidur, maka pasien tersebut mengalami Diagnosis Keperawatan...
- a. Keletihan
  - b. Intoleransi aktivitas
  - c. Hambatan berjalan
  - d. Kerusakan mobiltas fisik
  - e. Hambatan berpindah

## **7.8. Bahan Bacaan Pendukung**

Ackley B.J., Ladwig G.B. (2014). *Nursing Diagnosis Handbook: An Evidence-Based Guide to Planning Care*. 10th edition. Mosby: Elsevier Inc.

Herdman, T.H. (2021). *NANDA International Nursing Diagnoses: definitions and classification 2021-2023*. Jakarta: EGC.

# GLOSARIUM

**Aktual**, salah satu jenis diagnosis keperawatan yang merupakan penilaian yang menggambarkan respon dari klien terhadap kondisi kesehatan atau proses kehidupannya yang menyebabkan klien mengalami suatu masalah kesehatan. Dalam diagnosis keperawatan aktual, tanda dan/atau gejala mayor maupun minor dapat ditemukan dan divalidasi pada klien.

**Asesmen**, dapat diartikan juga sebagai pengkajian yang merupakan pemikiran dasar dari proses keperawatan guna mengumpulkan informasi atau data tentang pasien, agar dapat mengidentifikasi, mengenali masalah yang terjadi, kebutuhan kesehatan dan keperawatan pasien, baik fisik, mental, sosial dan lingkungan.

**Asuhan Keperawatan**, suatu proses atau tahapan kegiatan dalam perawatan yang diberikan langsung kepada pasien oleh perawat dalam berbagai tatanan pelayanan kesehatan. Pelaksanaan asuhan keperawatan dilakukan berdasarkan kaidah-kaidah keperawatan sebagai suatu profesi yang didasarkan pada ilmu dan kiat keperawatan yang bersifat humanistik, dan berdasarkan kebutuhan objektif pasien untuk mengatasi masalah yang dialami pasien serta dilandasi kode etik dan etika keperawatan dalam lingkup wewenang serta tanggung jawab keperawatan.

**Attitudes**, biasa juga disebut sikap yang mencerminkan pernyataan evaluatif terhadap suatu objek, orang atau peristiwa yang terjadi. Hal ini mencerminkan perasaan seseorang terhadap sesuatu yang dinilainya.

**Auskultasi**, merupakan salah satu teknik pemeriksaan fisik dengan cara mendengarkan suara yang dihasilkan tubuh untuk membedakan suara normal dan tidak normal. Auskultasi menggunakan alat bantu seperti stetoskop. Suara yang didengarkan berasal dari sistem kardiovaskuler, respirasi, dan gastrointestinal.

**Berpikir kreatif (*creative thinking*)**, kemampuan berpikir yang dimiliki individu perawat dan dapat mengarahkan perawat pada pemikiran yang penuh dengan kreativitas, sehingga perawat mampu menciptakan sesuatu yang baru dan karya unik yang berbeda dari karya-karya sebelumnya.

**Blocking**, kondisi pasien menutup diri dari perawat dan profesional pemberi asuhan (PPA) lain.

**CPPT**, berasal dari singkatan Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi, yaitu format untuk pendokumentasian hasil asesmen ulang yang dilakukan Profesional Pemberi Asuhan (PPA) dalam asuhan terintegrasi.

**CVA**, kondisi dimana terjadi perdarahan pada pembuluh darah otak yang biasanya disebut *Cerebro Vascular Accident*.

**Data fokus**, merupakan data tentang perubahan yang terjadi atau respon klien terhadap masalah kesehatan yang dialami serta hal-hal yang mencakup tindakan yang dilaksanakan terhadap klien.

**Diagnosis keperawatan**, merupakan penilaian klinik yang dilakukan perawat terkait respon individu, keluarga, atau komunitas terhadap masalah kesehatan/proses kehidupan yang aktual atau potensial. Diagnosis keperawatan merupakan dasar pemilihan intervensi dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan oleh perawat yang

bertanggung jawab.

**Domain**, label besar yang selanjutnya dipecah kembali ke dalam Kelas dalam *NANDA-International*.

**DPJP (Dokter Penanggung Jawab Pelayanan)**, merupakan seorang dokter, sesuai dengan kewenangan klinisnya mengelola terkait penyakit pasien sebagai *clinical team leader*, memberikan asuhan medis lengkap (paket) kepada satu pasien dengan satu patologi / penyakit, dari awal pasien masuk sampai dengan akhir perawatan di rumah sakit.

**EKG**, merupakan prosedur medis yang dilakukan Profesional Pemberi Asuhan (PPA) untuk memeriksa fungsi jantung pasien, termasuk aktivitas kelistrikannya. Dua hal yang terdeteksi melalui elektrokardiogram adalah lama waktu gelombang elektrik melalui pengukuran interval serta jumlah aktivitas listrik pada otot jantung.

**Empiris**, bukti ilmiah yang dapat dipertanggung jawabkan untuk menunjang pelayanan keperawatan yang diberikan kepada pasien.

**Hipotesis**, dugaan sementara dari fenomena yang mengharuskan adanya pengujian untuk membuktikannya.

**IAR**, merupakan konsep dalam pelayanan asuhan keperawatan yang terdiri dari I-Informasi dikumpulkan, A-Analisis data dilakukan dan R-Rencana asuhan disusun.

**IMA**, kondisi dimana terjadi kerusakan otot jantung yang biasanya disebut *Infarct Myocard Acute*.

**Inspeksi**, merupakan salah satu teknik pemeriksaan fisik dengan



cara melihat menggunakan panca indera penglihatan, inspeksi merupakan tahapan yang bertujuan melihat bagian tubuh dan menentukan apakah seorang pasien mengalami kondisi tubuh normal atau abnormal. Inspeksi biasanya dilakukan secara langsung (seperti penglihatan, pendengaran, dan penciuman) dan tidak langsung (dengan alat bantu).

**Kelas**, label kecil yang selanjutnya disajikan dalam item diagnosis keperawatan dalam *NANDA-International*.

**Keperawatan**, merupakan kegiatan pemberian asuhan kepada individu, keluarga, kelompok, atau masyarakat, baik dalam keadaan sakit maupun sehat.

**Keputusan klinis**, suatu proses yang meliputi diagnosis klinis yang dilakukan oleh perawat, penilaian dan keputusan tentang apa yang harus dilakukan dalam memberikan asuhan kepada pasien.

**Kondisi**, merupakan kategori filosofis yang mengungkapkan hubungan objek dengan fenomena-fenomena sekitar. Dalam kaitannya dengan asuhan keperawatan, kondisi berarti keadaan pasien yang dapat dinilai perawat untuk mendapatkan keputusan klinis dalam asuhan keperawatan.

**Luaran**, merupakan suatu ukuran atau acuan yang mendasari seorang perawat dalam memberikan asuhan keperawatan untuk mengatasi masalah diagnosis keperawatan yang ada.

**Masalah keperawatan**, merupakan gambaran keadaan klien dimana tindakan keperawatan dapat diberikan, masalah keperawatan merupakan kesenjangan atau penyimpangan

dari keadaan normal yang seharusnya tidak terjadi.

**MRI**, merupakan pemindaian menggunakan gelombang magnet dan gelombang radio dari komputer untuk menghasilkan gambar organ, tulang, dan jaringan tubuh. Gambar yang dihasilkan sangat detail sehingga membantu dokter dalam mendiagnosis penyakit yang dialami pasien.

**Memecahkan persoalan (*problem solving*)**, kemampuan untuk menganalisis masalah serta menemukan solusi yang efektif untuk memecahkan masalah tersebut, kemampuan yang sangat diperlukan oleh seorang perawat di dalam praktik klinis.

**Menetapkan keputusan (*decision making*)**, proses melakukan penilaian dan menjatuhkan pilihan oleh perawat, keputusan yang diambil setelah melalui beberapa perhitungan dan pertimbangan alternative sebelum pilihan dijatuhkan, ada beberapa tahap yang mungkin akan dilalui oleh pembuat keputusan.

**NANDA-*International***, merupakan organisasi profesional perawat yang tertarik dengan terminologi keperawatan standar, yang secara resmi didirikan pada tahun 1982 dan mengembangkan, meneliti, menyebarkan, dan menyempurnakan nomenklatur, kriteria, dan taksonomi diagnosis keperawatan.

**Observasi**, merupakan proses mengamati perilaku dan keadaan klien untuk memperoleh data tentang masalah kesehatan dan keperawatan klien.

**Palpasi**, merupakan salah satu teknik pemeriksaan fisik dengan cara meraba dengan menggunakan rasa propioseptif ujung jari dan tangan. Palpasi biasanya dilakukan perawat

hanya mengandalkan telapak tangan, jari, dan ujung jari. Tujuannya untuk mengecek kelembutan, kekakuan, massa, suhu, posisi, ukuran, kecepatan, dan kualitas nadi perifer pada tubuh.

**Pasien**, merupakan penerima jasa pelayanan kesehatan dan keperawatan di rumah sakit baik dalam keadaan sakit maupun sehat.

**Pemeriksaan fisik**, merupakan kegiatan investigasi terhadap tubuh pasien guna menentukan status kesehatan yang dialami pasien. Pemeriksaan fisik melibatkan penggunaan teknik inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi serta pengukuran tanda-tanda vital pasien. Pemeriksaan fisik dalam keperawatan digunakan untuk mendapatkan data objektif dari cerita yang disampaikan klien.

**Penalaran klinis (*clinical reasoning*)**, pola berpikir seorang perawat sebagai klinisi untuk menempuh tindakan bijaksana (memiliki dasar benar, dampak baik) dalam arti melakukan tahapan tindakan terbaik sesuai dengan konteks yang spesifik.

**Penilaian klinis (*clinical judgment*)**, proses menganalisis, mengevaluasi, atau memprediksi klinis dari tanda dan gejala yang muncul pada pasien dengan penyakit, gangguan, atau disfungsi. Seorang perawat menilai kesesuaian perawatan tertentu dan derajat atau kemungkinan pemulihan klinis.

**Perawat**, merupakan seseorang yang telah lulus pendidikan tinggi keperawatan, baik di dalam maupun di luar negeri yang diakui oleh Pemerintah sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-undangan.

**Perkusi**, merupakan salah satu teknik pemeriksaan fisik dengan cara mengetukkan jari tangan langsung pada permukaan tubuh. Perkusi tidak langsung dilakukan dengan menempatkan jari tengah tangan non-dominan (biasanya tangan kiri) di permukaan tubuh yang akan diperkusi, kemudian jaringan tengah tangan dominan (biasanya tangan kanan) diketuk-ketuk di atas jari tengah tangan non-dominan untuk menghasilkan suara.

**Potensial**, rentan akan terjadinya sesuatu kondisi oleh faktor eksternal maupun internal.

**PPA**, semua profesi yang terlibat dalam asuhan terintegrasi pasien.

**PPJA**, perawat yang mempunyai tanggung jawab asuhan kepada pasien dalam masa perawatan.

**Prosedur**, merupakan standar yang digunakan oleh perawat dalam melakukan tindakan dalam asuhan keperawatan untuk mencapai tingkat perawatan pasien yang baik dan bertanggung jawab.

**Registered Nurse (RN)**, Perawat terdaftar yang telah diregistrasi dan secara hukum sehingga memiliki lisensi untuk praktek keperawatan yang bertugas merawat pasien di berbagai tempat seperti Rumah Sakit, Puskesmas atau klinik.

**Relevan**, merupakan kondisi yang mempunyai kaitan dan hubungan erat dengan pokok masalah keperawatan yang sedang dihadapi pasien. Relevan merupakan hal-hal yang sejenis (sama) yang saling berkaitan dengan subjek dalam konteks yang tepat atau terhubung dan terkait dengan situasi saat ini dalam periode perawatan pasien.

**Respon**, merupakan suatu ungkapan, tanda dan gejala yang ditunjukkan pasien dan atau keluarga ketika menerima suatu tindakan selama proses keperawatan.

**Risiko**, salah satu jenis diagnosis keperawatan yang merupakan penilaian klinis bahwa masalah tidak ada, tetapi adanya faktor risiko yang menunjukkan bahwa masalah kemungkinan besar akan berkembang kecuali jika perawat melakukan intervensi keperawatan. Individu atau kelompok memiliki rentan perkembangan masalah karena adanya faktor risiko yang mungkin bisa dinilai perawat untuk diberikan intervensi sebagai upaya pencegahan.

**SOAP**, merupakan pola pendokumentasian evaluasi keperawatan atau catatan perkembangan perawat atau pada catatan perkembangan pasien terintegrasi yang memuat unsur 1) subjektif, 2) objektif, 3) asesmen, 4) perencanaan.

**Standar Akreditasi Rumah Sakit**, standarisasi yang diterapkan pada tatanan Rumah Sakit yang berbasis pada peningkatan mutu dan keselamatan pasien bersumber pada KMK 1128/2022.

**Status kesehatan**, merupakan kondisi yang mencerminkan rentang sehat sakit seorang klien yang menjadi pusat perawatan.

**Syndrome**, salah satu jenis diagnosis keperawatan yang merupakan penilaian klinis yang berkaitan dengan sekelompok diagnosis keperawatan aktual dan risiko yang diperkirakan muncul karena situasi atau peristiwa tertentu yang berkaitan dan dapat dicarikan solusi penyelesaian secara bersamaan.

**USG**, merupakan teknik pemindaian atau pencitraan

menggunakan gelombang suara berfrekuensi tinggi (*ultrasound*) untuk memberikan gambaran atau menampilkan gambaran dalam tubuh manusia.

**Validasi data**, merupakan kegiatan perawat dalam melakukan pengujian untuk meyakinkan bahwa data yang didapatkan sesuai dengan fakta, akurat, dan lengkap.

**Wellness**, salah satu jenis diagnosis keperawatan yang merupakan penilaian klinis tentang sebuah motivasi dan keinginan untuk meningkatkan kesejahteraan. Diagnosis jenis ini berkaitan dengan transisi, individu, keluarga, atau komunitas dari tingkat kesehatan tertentu ke tingkat kesehatan yang lebih tinggi.

# INDEKS

## A

ADIME, 147  
Aktual, 205, 206  
Analisis data, 74, 126, 127,  
145, 174, 178, 182  
Asesmen, ix, x, 104, 105, 106,  
125, 127, 129, 133, 135, 136,  
137, 138, 139, 140, 142, 143,  
144, 145, 146, 147, 148, 149,  
153, 154, 155, 173, 182  
Asesmen awal, 144, 149  
Asesmen keperawatan, 104,  
105, 134, 135, 142  
Asesmen lanjutan, 146, 149  
Asesmen medis, 105, 136  
Asesmen ulang, 143, 147, 149  
Asuhan keperawatan, xvi  
*Attitudes*, 31  
Auskultasi, 171, 182

## B

Berpikir kritis, 21, 23, 24, 36,  
37, 39, 40, 46, 48, 51, 59, 72,  
92  
*Blocking*, 259

## C

Catatan perkembangan, 116  
*Clinical judgment*, 194  
*Clinical reasoning*, 79, 94  
CPPT, xix, 147, 149, 154, 259  
CVA, 199, 200, 259

## D

Data fokus, 105, 161  
*Decision making*, 76

Diagnosis keperawatan, 66,  
107, 188, 189, 190, 193, 194,  
195, 202, 203, 204

Dokter Penanggung Jawab  
Pelayanan, 147

Domain, xii, xv, xviii, 140, 149,  
153, 214, 215, 216, 217, 218,  
219, 220, 221, 222, 223, 224,  
225, 227, 229, 230, 232, 234,  
235, 236, 237, 239, 241, 244,  
245, 246, 250, 251, 252, 259,  
3

DPJP, 147

## E

EKG, 160  
Empiris, 259  
Evaluasi, ix, 74, 93, 100, 115,  
116, 128, 129, 130

## F

Faktor risiko, 188, 207, 208,  
209  
Fisik, x, xi, 139, 172, 173, 244  
Frekuensi, 163

## G

Gangguan, 195, 210, 228, 231,  
232, 234, 235, 239, 253

## H

Hipotesis, 259

## I

IAR, 143, 144, 147  
IMA, 200, 259  
Implementasi, ix, 93, 99, 114,  
115, 127, 128, 129  
Inspeksi, 171, 182

Intervensi, ix, 39, 112, 126,  
127, 190, 210

## K

Kelas, xii, xv, xviii, 215, 224,  
225, 226, 227, 228, 229, 230,  
231, 232, 233, 234, 235, 236,  
237, 238, 239, 240, 241, 243,  
244, 245, 251, 252, 259, 3

Keluarga, 154, 236

Keluhan, 145

Keperawatan, i, ii, iii, v, vi, vii,  
viii, ix, x, xi, xiv, xv, xvii, xviii,  
xix, xx, 42, 53, 62, 67, 84, 96,  
97, 101, 103, 104, 106, 109,  
110, 111, 112, 114, 115, 116,  
132, 135, 136, 138, 139, 140,  
156, 174, 176, 185, 188, 189,  
190, 192, 193, 195, 196, 201,  
205, 206, 207, 208, 209, 212,  
246, 251, 252, 253, 254, 255,  
2, 3, 4, 5, 6

Keputusan klinis, 61, 89, 91

*Knowledge*, 31

Kognitif, viii, xiv, 32, 33

Kondisi, xi, 65, 106, 111, 188,  
200, 204, 205

## L

Luaran, ix, 111, 126, 127

## M

Masalah keperawatan, 111

MRI, 160

## N

*NANDA-International*, xii, xv,  
xviii, 59, 99, 140, 193, 196,  
207, 208, 209, 213, 214, 215,  
216, 224, 225, 246, 3

## O

Observasi, 168, 182

## P

Palpasi, 171, 182

Pasien, x, xix, 84, 142, 143,  
144, 147, 154, 163, 179, 259

Pemeriksaan fisik, xi, 170, 182

Pemilihan intervensi, 101

Penegakan diagnosis, 101

Penentuan luaran, 101

Pengetahuan, 31, 61, 62, 140

Penilaian klinis, 260

Perawat, i, ii, iv, vii, xiv, xvi, xvii,  
xix, 31, 36, 39, 40, 41, 48,  
50, 51, 52, 53, 55, 57, 61, 64,  
68, 75, 80, 82, 90, 91, 98,  
104, 118, 119, 138, 157, 166,  
177, 191, 261, 2, 4, 5

Perawatan, 75, 232

Perkusi, 171, 182

Potensial, 260

PPA, xvi, xvii, 57, 67, 83, 105,  
113, 116, 118, 129, 142, 144,  
146, 148, 149, 154, 169, 259,  
260, 2

PPJA, i, ii, iv, vii, xvi, xvii, xix,  
57, 65, 81, 98, 99, 100, 104,  
106, 107, 108, 115, 117, 118,  
119, 120, 121, 134, 136, 138,  
157, 158, 160, 164, 260, 2, 3,  
4, 5, 6

Praktik, viii, ix, 62, 84

*Problem solving*, 75

Profesional, xvi, xvii, 57, 67, 88,  
105, 116, 142, 144, 146, 148,  
149, 154, 259, 2

Prosedur, 209

## Q

*Qualifier*, 182, 183, 196, 206,  
211



## R

*Registered Nurse*, 65, 261

Relevan, 164

Respon, 190, 205, 232

Risiko, xi, 145, 200, 205, 206,  
211, 226, 228, 229, 230, 231,  
232, 233, 234, 235, 236, 237,  
238, 239, 240, 241, 242, 243,  
244, 245

## S

*Scientific Method*, viii, ix, xiv,  
54, 55, 72, 73

SDKI, xviii, 59, 99

SIKI, xviii, 99

SLKI, xviii, 99

SOAP, 145, 147

Standar Akreditasi Rumah

Sakit, iv, v, vii, x, xviii, 133,  
135, 142, 149, 155, 261, 3, 5

STARKES, iv, v, vii, 133, 135

Status kesehatan, 161

*Syndrome*, 205, 206

## T

Tahapan, viii, xiv, 33, 35, 93,  
127, 128, 129, 130, 165

Teori keperawatan, 101, 102,  
103, 104, 122, 123, 124

## U

USG, 160

## V

Validasi data, 107, 125, 126,  
176

## W

Wawancara, xi, 165

*Wellness*, 205, 206, 258

# KUNCI JAWABAN LATIHAN

## KUNCI JAWABAN BAB 1

- |      |       |
|------|-------|
| 1. B | 6. A  |
| 2. A | 7. C  |
| 3. A | 8. C  |
| 4. D | 9. C  |
| 5. D | 10. D |

## KUNCI JAWABAN BAB 2

- |      |       |
|------|-------|
| 1. C | 6. A  |
| 2. A | 7. E  |
| 3. A | 8. A  |
| 4. C | 9. B  |
| 5. C | 10. B |

## KUNCI JAWABAN BAB 3

- |      |       |
|------|-------|
| 1. C | 9. A  |
| 2. B | 10. C |
| 3. D | 11. C |
| 4. A | 12. E |
| 5. A | 13. D |
| 6. A | 14. B |
| 7. B | 15. A |
| 8. B | 16. C |

- 17. C
- 18. A
- 19. B
- 20. D
- 21. D

- 22. C
- 23. D
- 24. A
- 25. B

#### **KUNCI JAWABAN BAB 4**

- 1. B
- 2. A
- 3. D
- 4. E
- 5. C
- 6. A
- 7. C
- 8. B

- 9. B
- 10. D
- 11. B
- 12. D
- 13. C
- 14. A
- 15. B

#### **KUNCI JAWABAN BAB 5**

- 1. C
- 2. E
- 3. B
- 4. A
- 5. C
- 6. D
- 7. A
- 8. B

- 9. D
- 10. E
- 11. B
- 12. A
- 13. B
- 14. C
- 15. C

### **KUNCI JAWABAN BAB 6**

- |       |       |
|-------|-------|
| 1. C  | 11. C |
| 2. B  | 12. C |
| 3. E  | 13. C |
| 4. C  | 14. B |
| 5. D  | 15. A |
| 6. D  | 16. E |
| 7. B  | 17. D |
| 8. A  | 18. E |
| 9. C  | 19. D |
| 10. A | 20. B |

### **KUNCI JAWABAN BAB 7**

- |       |       |
|-------|-------|
| 1. D  | 11. A |
| 2. C  | 12. D |
| 3. B  | 13. E |
| 4. C  | 14. B |
| 5. B  | 15. C |
| 6. E  | 16. A |
| 7. A  | 17. B |
| 8. B  | 18. B |
| 9. D  | 19. A |
| 10. C | 20. D |

## SINOPSIS

Buku ajar dengan judul “**Proses Keperawatan & Berpikir Kritis: Persiapkan Diri Menjadi Perawat Penanggung Jawab Asuhan (PPJA) di Era Akreditasi Rumah Sakit Jilid 1**” mendeskripsikan bagaimana mahasiswa keperawatan sebagai peserta didik mencoba untuk mempersiapkan dirinya baik itu di ranah kognitif, afektif dan psikomotor untuk menjadi seorang Perawat Penanggung Jawab Asuhan (PPJA). Tantangan ke depannya dimana seorang PPJA memiliki peran dan tanggung jawab besar dalam asuhan keperawatan pasien dari *admission to discharge* dalam praktiknya di era akreditasi rumah sakit.

Pada era akreditasi rumah sakit seperti sekarang ini, perawat dituntut untuk menjadi profesional di keseharian praktiknya dan diharapkan dapat menjadi penanggung jawab asuhan yang berkualitas dengan memperhatikan keamanan dan keselamatan pasien. Hal ini cukup beralasan karena perawat merupakan disiplin ilmu yang paling banyak secara jumlah dan paling lama berada di sisi pasien. Penting untuk PPJA memahami peran dan fungsinya di tatanan klinik karena rumah sakit yang merupakan suatu institusi padat karya, padat tanggung jawab, perawat selalu berinteraksi dengan Profesional Pemberi Asuhan (PPA) lainnya dalam asuhan terintegrasi yang menempatkan pasien dan keluarga di tengah asuhan terintegrasi atau sering disebut *Patient Center Care (PCC)*.

Buku ajar ini dipersiapkan oleh tim Dosen sebagai pelengkap mata kuliah Proses Keperawatan & Berpikir Kritis

akan menjelaskan bagaimana pentingnya profesionalitas seorang PPJA dalam asuhan yang mengedepankan kemampuan berpikir kritis, profesionalitas dalam profesi serta memahami peran dan fungsinya. Mata kuliah ini berisi 14 Bab, dimana tiap babnya selain terdapat pembahasan berupa konsep dan teori, juga disajikan rangkuman, latihan dan tes formatif. Sehingga dengan kelengkapan yang ada pada tiap-tiap Bab dapat mempermudah pembaca dalam memahami mata kuliah Proses Keperawatan & Berpikir Kritis.

Dikarenakan mata kuliah Proses Keperawatan & Berpikir Kritis terdiri dari 14 pertemuan maka Buku Ajar yang ditulis terbagi menjadi jilid 1 dan jilid 2. Dalam Buku Ajar jilid 1 ini terdiri dari Bab 1 terkait kemampuan berpikir kritis dalam keperawatan, Bab 2 terkait pengambilan keputusan klinik dalam praktik keperawatan, Bab 3 terkait konsep dasar proses keperawatan, Bab 4 terkait asesmen (berbagai model pola asesmen keperawatan) dan asesmen sesuai Standar Akreditasi Rumah Sakit, Bab 5 terkait konsep dan prinsip pengumpulan data serta pemuruman masalah keperawatan, Bab 6 terkait konsep dan prinsip perumusan diagnosis keperawatan, dan Bab 7 terkait Domain-Kelas NANDA-*International*. Bab 8 sampai dengan Bab 14 akan dilanjutkan pada Buku Ajar jilid 2.

Demikian sinopsis singkat terkait Buku Ajar jilid 1 mata kuliah Proses Keperawatan & Berpikir Kritis, semoga dapat membantu pembaca dalam memantaskan diri menjadi perawat profesional dalam hal ini seorang PPJA.

## TENTANG PENULIS



**Fitri Ayatul Azlina, S.Kep., Ns., M.Kep.**, lahir di Bangkuang, 04 Februari 1993. Penulis merupakan dosen muda di Program Studi Keperawatan FK ULM dan bergabung di Departemen Keperawatan Maternitas sejak tahun 2016. Penulis menyelesaikan jenjang pendidikan S1 Ners di Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat

tahun 2015 dan menyelesaikan jenjang pendidikan S2 Keperawatan dengan Peminatan Keperawatan Maternitas di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia tahun 2019. Kegiatan utama penulis adalah memberi kuliah di Program Studi Keperawatan FK ULM, melakukan penelitian dengan mengikuti hibah, dan menjalankan pengabdian masyarakat. Penulis juga terlibat aktif sebagai pengurus Ikatan Perawat Maternitas Indonesia (IPEMI) Provinsi Kalimantan Selatan. Penulis telah memiliki beberapa HKI dengan judul HKI terakhir tahun 2022 adalah “Buku Petunjuk Asuhan Persalinan dalam Keperawatan”. Buku Ajar “PROSES KEPERAWATAN & BERPIKIR KRITIS: PERSIAPKAN DIRI MENJADI PERAWAT PENANGGUNG JAWAB ASUHAN (PPJA) DI ERA AKREDITASI RUMAH SAKIT JILID 1” merupakan buku kedua penulis. Sebelumnya penulis telah menulis buku yang berjudul “Kesehatan Reproduksi dan Kesehatan Wanita”.

Email Penulis: [fitriayatulazlina@ulm.ac.id](mailto:fitriayatulazlina@ulm.ac.id)

## TENTANG PENULIS



**Herry Setiawan, S.Kep., Ns., M.Kep.,** merupakan seorang dosen di Program Studi Keperawatan, Fakultas Kedokteran, Universitas Lambung Mangkurat. Menjadi Kepala Departemen Manajemen Keperawatan sejak tahun 2016 memberikan kesempatan besar untuk dirinya guna mengembangkan Departemen Manajemen Keperawatan agar

bersesuaian dengan Era Akreditasi Rumah Sakit sesuai Standar Akreditasi Rumah Sakit yang menempatkan posisi keperawatan menjadi pemeran vital dalam asuhan terintegrasi untuk mewujudkan *Patient Center Care* (PCC) guna mewujudkan keamanan dan keselamatan pasien.

Buku Ajar “PROSES KEPERAWATAN & BERPIKIR KRITIS: PERSIAPKAN DIRI MENJADI PERAWAT PENANGGUNG JAWAB ASUHAN (PPJA) DI ERA AKREDITASI RUMAH SAKIT JILID 1” merupakan karya kedua yang telah mengintegrasikan konsep Proses Asuhan Keperawatan dengan amanah Akreditasi Rumah Sakit saat ini. Buku pertamanya berjudul Asuhan Keperawatan di Era Akreditasi Rumah Sakit. Melalui buku ini diharapkan perawat maupun calon perawat yang nantinya bertransformasi menjadi Perawat Penanggung Jawab Asuhan (PPJA) dapat belajar sedini mungkin untuk mempersiapkan diri guna siap menjadi profesional di tatanan tata kelola keperawatan di Rumah Sakit pada era serba terintegrasi sesuai tuntutan Akreditasi Rumah Sakit terkini.

Email Penulis: [ners\\_herry@ulm.ac.id](mailto:ners_herry@ulm.ac.id)



## TENTANG PENULIS



### **Eka Santi, S.Kep., Ns., M.Kep.**

Lahir di Banjarmasin, 15 Juni 1978. Menyelesaikan Pendidikan jenjang Sarjana Keperawatan tahun 2004, Profesi Ners tahun 2005, Magister Keperawatan tahun 2015 di Universitas Airlangga Surabaya. Menjadi dosen Program Studi Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat sejak

2008 sampai dengan sekarang.

Penulis mengajar di beberapa mata kuliah keperawatan dasar dan keperawatan anak, seringkali mengikuti pelatihan dan webinar terkait Proses Keperawatan dan bidang Keperawatan Anak. Penulis saat ini menjadi Kepala Departemen Keperawatan Anak sejak tahun 2015.

Buku Ajar "PROSES KEPERAWATAN & BERPIKIR KRITIS: PERSIAPKAN DIRI MENJADI PERAWAT PENANGGUNG JAWAB ASUHAN (PPJA) DI ERA AKREDITASI RUMAH SAKIT JILID 1" merupakan buku yang menyampaikan tentang berpikir kritis dan pengambilan keputusan dalam keperawatan tentunya sangat penting bagi perawat penanggung jawab asuhan di rumah sakit yang akan selalu membuat dan mengimplementasikan asuhan keperawatan secara terus menerus.

Email Penulis: [e.santi15@ulm.ac.id](mailto:e.santi15@ulm.ac.id)