

PANTASKAN DIRI MENJADI PERAWAT PENANGGUNG JAWAB ASUHAN (PPJA) DI ERA AKREDITASI RUMAH SAKIT



Herry Setiawan
Muhammad Hadarani

Editor: Hasrul Satria Nur

*Pantaskan Diri Menjadi Perawat Penanggung Jawab Asuhan (PPJA)
di Era Akreditasi Rumah Sakit*

PANTASKAN DIRI MENJADI PERAWAT PENANGGUNG JAWAB ASUHAN (PPJA) DI ERA AKREDITASI RUMAH SAKIT

ULM Press

Pusat Pengelolaan Jurnal dan Penerbitan ULM
Lantai 2 Gedung Perpustakaan Pusat ULM
Jl. H. Hasan Basri, Kayu Tangi, Banjarmasin, 70123
Telp/Fax. 0511-3305195
ANGGOTA APPTI (004.035.1.03.2018)

Pantaskan Diri Menjadi Perawat Penanggung Jawab Asuhan (PPJA) di Era Akreditasi Rumah Sakit

Herry Setiawan
Muhammad Hadaran



Pantaskan Diri Menjadi Perawat Penanggung Jawab Asuhan (PPJA) di Era Akreditasi Rumah Sakit

Penulis:

Herry Setiawan

Muhammad Hadarani

Editor:

Hasrul Satria Nur

PENERBIT:

ULM 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 tanpa izin

tertulis dari Penerbit, kecuali

untuk kutipan singkat demi penelitian ilmiah dan resensi

I -XV + 248 hal, 15,5 × 23 cm

Cetakan Pertama September 2023

ISBN : ...

KATA PENGANTAR

Ide pembuatan Buku ini sebenarnya sangat sederhana. Selama bertahun-tahun isue terkait penguatan peran Perawat Penanggung Jawab Asuhan (PPJA) mulai dituntut di era akreditasi Rumah Sakit. Hal ini diperkuat lagi dengan lahirnya Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/1128/2022 tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit yang menekankan profesionalitas perawat di era akreditasi Rumah Sakit yang serba terintegrasi seperti sekarang ini. Tentunya perawat telah bersentuhan dengan hajat hidup banyak orang khususnya pasien dan keluarga yang memerlukan asuhan keperawatan, hal ini sejalan dengan materi pembelajaran yang telah diberikan selama perkuliahan yaitu proses keperawatan. Namun, materi pembelajaran yang telah disampaikan berpuluh-puluh tahun tersebut belum terdokumentasi dengan baik sebagai sebuah Buku yang dapat digunakan sebagai panduan serta referensi dalam pelaksanaan proses asuhan keperawatan yang diberikan kepada pasien di tatanan klinik pada kesehariannya.

Begitulah, ide yang sederhana tersebut lantas diusahakan dalam bentuk nyata yaitu penulisan Buku ini. Buku ini ditulis oleh tim pengajar mata kuliah Proses Keperawatan dan Berpikir Kritis serta Manajemen Keperawatan yang bersedia meluangkan waktu untuk menulis. Selain itu terdapat kolaborasi dengan praktisi yang kesehariannya bersentuhan dengan pengelolaan manajemen keperawatan di rumah sakit. Pastinya setiap Bab akan ada suatu pokok bahasan yang akan disampaikan. Bahasan yang seperti apa? Baiknya kita pelajari bersama dengan membaca satu per satu Bab tulisan di Buku ini.

Semangat kolaborasi dalam penulisan Buku ini sangat terasa

Sejak awal, tim penyusun Buku ini terdiri dari Herry Setiawan dan Muhammad Hadarani. Begitu juga dengan latar belakang penulis, ada yang berprofesi sebagai dosen di Program Studi Keperawatan dan ada yang berasal dari rumah sakit serta berperan sebagai surveiyor akreditasi rumah sakit sehingga sangat memahami berbagai aturan yang berlaku di era akreditasi rumah sakit. Buku ini telah mengakomodir terkait peraturan perundang-undangan dan hal terkait Standar Akreditasi Rumah Sakit Kementerian Kesehatan (STARKES) yang pastinya sangat baik sebagai bekal perawat profesional dalam memantaskan diri menjadi seorang PPJA.

Akhir kata, selamat menikmati Buku yang pastinya jauh dari sempurna ini. Dalam waktu yang teramat singkat, kesempurnaan bukanlah sesuatu yang dicari oleh tim penulis pada Buku ini. Hal terpenting, temukan dan nikmatilah semangat yang ada dari masing-masing tulisan dan penulisnya untuk membantu perawat dapat memantaskan diri menjadi perawat profesional di era akreditasi rumah sakit yaitu sebagai seorang Perawat Penanggung Jawab Asuhan (PPJA).

Banjarmasin, September 2023

Editor

PRAKATA

Ide penulisan Buku ini berawal dari sebuah pemikiran bahwa selama tiga tahun belakangan isue terkait penguatan peran Perawat Penanggung Jawab Asuhan (PPJA) mulai dituntut di era akreditasi Rumah Sakit. Hal ini diperkuat lagi dengan lahirnya Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/1128/2022 tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit yang menekankan profesionalitas perawat di era akreditasi Rumah Sakit yang serba terintegrasi seperti sekarang ini. Tentunya profesi perawat yang sangat bersentuhan dengan hajat hidup banyak orang khususnya pasien dan keluarga yang memerlukan asuhan keperawatan, hal ini sejalan dengan fenomena bahwa banyak perawat yang diamanahi tanggung jawab menjadi PPJA, masih belum maksimal menjalankan peran dan fungsinya. Banyak materi ajar, bahan seminar, bahan pelatihan yang telah disampaikan kepada perawat-perawat di klinik namun belum terdokumentasi dengan baik sebagai sebuah Buku yang dapat digunakan sebagai panduan dalam pelaksanaan asuhan keperawatan.

Buku ini disusun bertujuan agar perawat ataupun PPJA dapat memperoleh gambaran umum serta dapat menjadikan Buku ini sebagai panduan pelaksanaan proses asuhan keperawatan yang memperhatikan pemenuhan kebutuhan dasar manusia meliputi bio-psiko-sosio-spiritual dalam memberikan asuhan keperawatan serta memperhatikan aspek pelaksanaan integrasi asuhan dengan mengedepankan asas *Patient Center Care* (PCC) yang bersesuaian dengan ketentuan Standar Akreditasi Rumah Sakit Kementerian Kesehatan (STARKES).

Dalam Buku ini, tertulis bagaimana standar akreditasi Rumah Sakit sebagai panduan umum pelaksanaan asuhan keperawatan, buku ini menjelaskan terkait 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. Dalam buku ini juga dibahas mengenai proses implementasi keperawatan serta bagaimana evaluasi keperawatan dilakukan dan pelaksanaan dokumentasi asuhan pada catatan perkembangan perawat dan juga Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi (CPPT).

Buku ini dapat digunakan sebagai referensi utama

perawat profesional yang telah bekerja di berbagai tatanan klinik khususnya Rumah Sakit, 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).

Buku ini telah mengakomodir terkait peraturan perundang-undangan dan serba serbi terkait Standar Akreditasi Rumah Sakit Kementerian Kesehatan (STARKES). Sehingga membuat Buku ini menjadi referensi utama yang pastinya sangat baik sebagai bekal perawat dalam memantaskan diri sebagai Perawat Penanggung Jawab Asuhan (PPJA) untuk dapat memberikan asuhan keperawatan sesuai amanah standar akreditasi Rumah Sakit.

Tim penulis sadar, masih banyak kekurangan dan kekeliruan yang tentu saja jauh dari sempurna terkait proses penulisan Buku ini. Oleh

sebab itu, tim penulis mohon agar pembaca memberikan kritik dan saran yang membangun terhadap karya Buku ini agar tim penulis dapat terus meningkatkan kualitas penulisan ke depannya.

Demikian Buku 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.

September, 2023

Penulis

PENGANTAR EDITOR

Ide pembuatan Buku ini sebenarnya sangat sederhana. Selama bertahun-tahun isue terkait penguatan peran Perawat Penanggung Jawab Asuhan (PPJA) mulai dituntut di era akreditasi Rumah Sakit. Hal ini diperkuat lagi dengan lahirnya Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/1128/2022 tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit yang menekankan profesionalitas perawat di era akreditasi Rumah Sakit yang serba terintegrasi seperti sekarang ini. Tentunya perawat telah bersentuhan dengan hajat hidup banyak orang khususnya pasien dan keluarga yang memerlukan asuhan keperawatan, hal ini sejalan dengan materi pembelajaran yang telah diberikan selama perkuliahan yaitu proses keperawatan. Namun, materi pembelajaran yang telah disampaikan berpuluh-puluh tahun tersebut belum terdokumentasi dengan baik sebagai sebuah Buku yang dapat digunakan sebagai panduan serta referensi dalam pelaksanaan proses asuhan keperawatan yang diberikan kepada pasien di tatanan klinik pada kesehariannya.

Begitulah, ide yang sederhana tersebut lantas diusahakan dalam bentuk nyata yaitu penulisan Buku ini. Buku ini ditulis oleh tim pengajar mata kuliah Proses Keperawatan dan Berpikir Kritis serta Manajemen Keperawatan yang bersedia meluangkan waktu untuk menulis. Selain itu terdapat kolaborasi dengan praktisi yang kesehariannya bersentuhan dengan pengelolaan manajemen keperawatan di rumah sakit. Pastinya setiap Bab akan ada suatu pokok bahasan yang akan disampaikan. Bahasan yang seperti apa? Baiknya kita pelajari bersama dengan membaca satu per satu Bab tulisan di Buku ini.

Semangat kolaborasi dalam penulisan Buku ini sangat terasa. Sejak awal, tim penyusun Buku ini terdiri dari Herry Setiawan dan Muhammad Hadarani. Begitu juga dengan latar belakang penulis, ada yang berprofesi sebagai dosen di Program Studi Keperawatan dan ada yang berasal dari rumah sakit serta berperan sebagai surveiyor akreditasi rumah sakit sehingga sangat memahami berbagai aturan yang berlaku di era akreditasi rumah sakit. Buku ini telah mengakomodir terkait peraturan perundang-undangan dan hal terkait Standar Akreditasi Rumah Sakit Kementerian Kesehatan (STARKES) yang pastinya sangat baik sebagai bekal perawat profesional dalam memantaskan diri menjadi seorang PPJA.

Akhir kata, selamat menikmati Buku yang pastinya jauh dari sempurna ini. Dalam waktu yang teramat singkat, kesempurnaan bukanlah sesuatu yang dicari oleh tim penulis pada Buku ini. Hal terpenting, temukan dan nikmatilah semangat yang ada dari masing-masing tulisan dan penulisnya untuk membantu perawat dapat memantaskan diri menjadi perawat profesional di era akreditasi rumah sakit yaitu sebagai seorang Perawat Penanggung Jawab Asuhan (PPJA).

September, 2023

Editor

SINOPSIS

Buku dengan judul “Pantaskan Diri Menjadi Perawat Penanggung Jawab Asuhan (PPJA) di Era Akreditasi Rumah Sakit” mendeskripsikan bagaimana perawat sebagai Profesional Pemberi Asuhan (PPA) mencoba untuk memantaskan 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 ini dipersiapkan oleh tim penulis sebagai bahan referensi yang akan menjelaskan bagaimana pentingnya profesionalitas seorang

PPJA dalam asuhan yang mengedepankan kemampuan berpikir kritis, profesionalitas dalam profesi serta memahami peran dan fungsinya.

Dalam buku ini terdiri dari 11 Bab yang dijabarkan sebagai berikut:

Bab 1. Standar Akreditasi Rumah Sakit

Bab 2. Konsep Dasar Proses Keperawatan

Bab 3. Proses Keperawatan: Asesmen Keperawatan

Bab 4. Konsep dan Prinsip Pengumpulan Data serta Perumusan Masalah Keperawatan

Bab 5. Konsep dan Prinsip Perumusan Diagnosis Keperawatan

Bab 6. Konsep dan Prinsip Pengambilan Keputusan Prioritas Bab 7.

Penggunaan S.D.K.I. sebagai Standar Keperawatan

Indonesia

Bab 8. Penggunaan S.L.K.I. sebagai Standar Keperawatan Indonesia

Bab 9. Penggunaan S.I.K.I. sebagai Standar Keperawatan

Indonesia

Bab 10. Proses Keperawatan: Implementasi Keperawatan

Bab 11. Proses Keperawatan: Evaluasi Keperawatan, Catatan Perkembangan Keperawatan dan Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi

Demikian sinopsis singkat terkait Buku ini, semoga dapat membantu pembaca dalam memantaskan diri menjadi perawat profesional dalam hal ini seorang PPJA.

DAFTAR ISI

Kata Pengantar	i
Prakata	iii
Pengantar Editor	vi
Sinopsis.....	vii
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR GAMBAR	Xiii
BAB 1. Standar Akreditasi Rumah Sakit.....	1
A. Pendahuluan	1
B. Kelompok Standar Akreditasi Rumah Sakit: Kelompok Manajemen Rumah Sakit.....	4
C. Kelompok Standar Akreditasi Rumah Sakit: Kelompok Pelayanan Berfokus	17
D. Kelompok Standar Akreditasi Rumah Sakit: Kelompok Sasaran Keselamatan Pasien (SKP).....	29
E. Kelompok Standar Akreditasi Rumah Sakit: Kelompok Program Nasional (PROGNAS)	30
F. Daftar Pustaka	30
BAB 2. Konsep Dasar Proses Keperawatan	31
A. Pendahuluan	31
B. Teori Keperawatan	36
C. Asesmen Keperawatan	39
D. Perencanaan Keperawatan	43
E. Implementasi Keperawatan	48
F. Evaluasi Keperawatan	50
G. Daftar Pustaka	52
BAB 3. Proses Keperawatan: Asesmen Keperawatan	54
A. Pendahuluan	54
B. Konsep Asesmen Keperawatan	55
C. Pola Asesmen Keperawatan	58
D. Asesmen sesuai Standar Akreditasi Rumah Sakit ..	62
E. Jenis-Jenis Asesmen Pasien	64
F. Daftar Pustaka	68
BAB 4. Konsep Dan Prinsip Pengumpulan Data Serta Pemurumusan Masalah Keperawatan	69

A.	Pendahuluan	69
B.	Konsep dan Prinsip Pengumpulan Data, Tujuan Pengumpulan Data, dan Sumber Data	70
C.	Data Dasar dan Data Fokus, Tipe Data, dan Karakteristik Data	72
D.	Metode Pengumpulan Data	75
E.	Pedoman dan Pendekatan Pemeriksaan Fisik	83
F.	Pedoman dan Cara Analisis Data serta Perumusan Masalah Keperawatan	85
G.	Daftar Pustaka	88
BAB 5.	Konsep Dan Prinsip Perumusan Diagnosis Keperawatan	89
A.	Pendahuluan	89
B.	Konsep dan Prinsip Diagnosis Keperawatan, Perbedaan Diagnosis Medis dan Diagnosis Keperawatan	90
C.	Berpikir Kritis dalam Penegakan Diagnosis	92
D.	Tipe dan Penjelasan Tipe Diagnosis Keperawatan	93
E.	Bagian dan Komponen dari Diagnosis Keperawatan	96
F.	Dokumentasi Diagnosis Keperawatan	102
G.	Daftar Pustaka	103
BAB 6.	Konsep dan Prinsip Pengambilan Keputusan Prioritas	104
A.	Pendahuluan	104
B.	Konsep Prioritas Masalah dan Dasar dalam Melakukan Prioritas Masalah	105
C.	Peran Perawat Penanggung Jawab Asuhan (PPJA) dan Perawat Pelaksana dalam Penentuan Prioritas Masalah Keperawatan	108
D.	Dokumentasi Prioritas Masalah Keperawatan dan Contoh Prioritas Masalah Keperawatan	111
E.	Daftar Pustaka	113
BAB 7.	Proses Keperawatan: Perencanaan Keperawatan...	114
A.	Pendahuluan	114

B.	Latar Belakang Lahirnya SDKI, Landasan Penyusunan, Tujuan Penyusunan dan Acuan Penyusunan SDKI	116
C.	Penyusunan Diagnosis Keperawatan berdasarkan Hierarki, Jenis Diagnosis Keperawatan dan Komponen SDKI.....	120
D.	Indikator Diagnostik Sebagai Komponen Diagnosis Keperawatan dalam SDKI dan Struktur Diagnosis Keperawatan SDKI	125
E.	Kondisi Klinis Diagnosis Keperawatan	132
F.	Proses Penegakan Diagnosis Keperawatan Menggunakan SDKI	135
G.	Proses Penegakan Diagnosis Keperawatan Menggunakan SDKI	142
H.	Daftar Pustaka	147
BAB 8.	Penggunaan S.L.K.I. sebagai Standar Keperawatan Indonesia	148
A.	Pendahuluan	148
B.	Latar Belakang Lahirnya SLKI dan Tujuan Penyusunan SLKI	149
C.	Klasifikasi SLKI, Jenis Luaran dan Keterkaitan SDKI-SLKI-SIKI	151
D.	Jenis Luaran Keperawatan	154
E.	Komponen Luaran Keperawatan	156
F.	Penetapan dan Penerapan Luaran Keperawatan....	159
G.	Proses dan Cara Penentuan Luaran Keperawatan dengan Menggunakan SLKI	165
H.	Daftar Pustaka	168
BAB 9.	Penggunaan S.I.K.I. sebagai Standar Keperawatan Indonesia	169
A.	Pendahuluan	169
B.	<i>Overview</i> dan Sistem Klasifikasi SIKI	170
C.	Kategori dan Subkategori Intervensi Keperawatan dalam SIKI	172

D.	Komponen dan Label Intervensi Keperawatan	177
E.	Penyusunan dan Pemilihan Tindakan Keperawatan	179
F.	Contoh Penulisan Rencana Intervensi Keperawatan	181
G.	Proses, Cara dan Contoh Pemilihan Intervensi Menggunakan SIKI	183
H.	Daftar Pustaka	187
BAB 10.	Proses Keperawatan: Implementasi Keperawatan	188
A.	Pendahuluan	188
B.	Konsep dan Tujuan Implementasi Keperawatan	189
C.	Keterampilan Berpikiran Kritis dan Arti Penting dalam Implementasi Keperawatan.....	191
D.	Tipe dan Tahapan Implementasi Keperawatan	193
E.	Peran Perawat Penanggung Jawab Asuhan (PPJA) dan Perawat Pelaksana dalam Implementasi Keperawatan	203
F.	Pelaksanaan Dokumentasi Implementasi Keperawatan	206
G.	Daftar Pustaka	207
BAB 11.	Proses Keperawatan: Evaluasi Keperawatan, Catatan Perkembangan Keperawatan dan Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi.....	210
A.	Pendahuluan	210
B.	Konsep, Tujuan, Manfaat Evaluasi/Catatan Perkembangan	211
C.	Kriteria Evaluasi, Mengukur Pencapaian Tujuan, dan Hasil Evaluasi	213
D.	Konsep dan Kegunaan Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi	215
E.	Konsep SOAP dan Pendokumentasiannya pada Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi.....	216
F.	Peran Perawat Penanggung Jawab Asuhan (PPJA) dan Perawat Pelaksana dalam Evaluasi Keperawatan/ Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi.....	221
G.	Pendokumentasian Asuhan Keperawatan sesuai	223

Standar Akreditasi Rumah Sakit Kementerian
Kesehatan (STARKES)

H. Daftar Pustaka	226
GLOSARIUM.....	224
INDEKS	240
SINOPSIS	245
TENTANG PENULIS.....	247

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1.	Siklus Proses Keperawatan dengan Paradigma Lama	32
Gambar 2.2.	Siklus Proses Keperawatan dengan Paradigma Baru (Adaptasi dari Herdman, 2013)	33
Gambar 4.1.	Tabel Analisis Data yang Dapat Digunakan Perawat dalam Proses Dokumentasi	87
Gambar 5.1.	Perbandingan antara Diagnosis Medis dan Diagnosis Keperawatan	92
Gambar 5.2.	Proses Diagnostik dalam Proses Asuhan Keperawatan	93
Gambar 5.3.	Dokumentasi Diagnosis Keperawatan	102
Gambar 6.1.	Penentuan Prioritas berdasarkan Hirarki Maslow	106
Gambar 6.2.	Prioritas Masalah Keperawatan Pasien Stroke	111
Gambar 6.3.	Prioritas Masalah Keperawatan Pasien Open Fraktur Femur 1/3 Distal	112
Gambar 6.4.	Tabel Prioritas Masalah Keperawatan	112
Gambar 7.1.	Kategori dan Subkategori Diagnosis Keperawatan SDKI	116
Gambar 7.2.	Acuan Penyusunan SDKI	119
Gambar 7.3.	Kategori dan Subkategori SDKI	120
Gambar 7.4.	Jenis Diagnosis Keperawatan	122
Gambar 7.5.	Komponen Penyusun Diagnosis Keperawatan	123
Gambar 7.6.	Contoh Deskriptor dan Fokus Diagnostik pada Diagnosis Keperawatan	124
Gambar 7.7.	Indikator Diagnostik sebagai Komponen Penyusunan Suatu Diagnosis Keperawatan ...	125
Gambar 7.8.	Struktur Diagnosis Keperawatan	127
Gambar 7.9.	Struktur Diagnosis Keperawatan Aktual	128
Gambar 7.10.	Struktur Diagnosis Keperawatan Risiko	129
Gambar 7.11.	Struktur Diagnosis Keperawatan Promosi	131

	Kesehatan	
Gambar 7.12.	Kondisi Klinis pada Diagnosis Keperawatan ...	132
Gambar 7.13.	<i>Integrated Clinnical Pathways</i> dalam Asuhan Terintegrasi	134
Gambar 7.14.	Pembuatan PAK Menggunakan Fitur Kondisi Klinis	135
Gambar 7.15.	Penegakan Diagnosis Keperawatan Dimulai dari Asesmen Keperawatan	143
Gambar 7.16.	Penulisan Diagnosis Keperawatan	145
Gambar 7.17.	Contoh Diagnosis Aktual	145
Gambar 7.18.	Contoh Diagnosis Risiko	146
Gambar 7.19.	Contoh Diagnosis Promosi Kesehatan	146
Gambar 8.1.	Kategori dan Subkategori Standar Luaran Keperawatan Indonesia	152
Gambar 8.2.	Jenis Luaran Keperawatan dan Contoh	152
Gambar 8.3.	Keterkaitan antara SDKI-SLKI-SIKI	153
Gambar 8.4.	Jenis Luaran Keperawatan	154
Gambar 8.5.	Jenis Luaran Keperawatan	155
Gambar 8.6.	Komponen Luaran Keperawatan	156
Gambar 8.7.	Ekspektasi Luaran Keperawatan	157
Gambar 8.8.	Ekspektasi Luaran Keperawatan	158
Gambar 8.9.	Kaidah Penetapan Luaran Keperawatan dengan Memenuhi Prinsip SMART	159
Gambar 8.10.	Metode Dokumentasi Berbasis Komputer dalam Penerapan Luaran Keperawatan	160
Gambar 8.11.	Metode Dokumentasi Manual/Tertulis dalam Penerapan Luaran Keperawatan	161
Gambar 8.12.	Metode Dokumentasi Berbasis Komputer	162
Gambar 8.13.	Metode Dokumentasi Manual/Tertulis	162
Gambar 8.14.	Tautan SDKI-SLKI Luaran Keperawatan	163
Gambar 8.15.	Indikator dan Kriteria Hasil dari Luaran Keperawatan Terpilih	164
Gambar 8.16.	Cara Menggunakan SLKI pada Bab V	166
Gambar 8.17.	Cara Menggunakan SLKI pada Bab IV	167
Gambar 8.18.	Luaran Keperawatan pada SLKI	167
Gambar 8.19.	Indikator dan Kriteria Hasil pada Luaran	168

	Keperawatan Bersihan Jalan Napas	
Gambar 9.1.	Letak Intervensi dan Implementasi dalam Siklus Proses Keperawatan	171
Gambar 9.2.	Sistem Klasifikasi Intervensi Keperawatan	172
Gambar 9.3.	Kategori Intervensi Keperawatan	173
Gambar 9.4.	Subkategori Intervensi Keperawatan	174
Gambar 9.5.	Rentang Intervensi Keperawatan	176
Gambar 9.6.	Komponen Intervensi Keperawatan	177
Gambar 9.7.	Deskriptor Label Intervensi Keperawatan	178
Gambar 9.8.	Tipe Intervensi Keperawatan	180
Gambar 9.9.	Penyusunan Intervensi Keperawatan	180
Gambar 9.10.	Penyusunan Intervensi Keperawatan	182
Gambar 9.11.	Cara Memilih Label pada Tautan SDKI-SIKI...	184
Gambar 9.12.	Cara Memilih Aktivitas pada Daftar Intervensi	185
Gambar 9.13.	Cara Memilih Aktivitas pada Daftar Intervensi Keperawatan Berdasarkan Kasus	186
Gambar 10.1.	Pendekatan Implementasi Keperawatan	197
Gambar 10.2.	Tindakan Diagnostik Perawat	199
Gambar 10.3.	Tindakan Edukatif pada Pasien	200
Gambar 10.4.	Tindakan Merujuk pada Pasien	201
Gambar 10.5.	Kolaborasi dalam Tindakan Interdependen ...	202
Gambar 10.6.	Dokumentasi Implementasi Keperawatan	206
Gambar 11.1	Dampak dari CPPT yang Tidak Baik	216
Gambar 11.2.	CPPT <i>Shift</i> Dinas Pagi	218
Gambar 11.3.	CPPT <i>Shift</i> Dinas Siang	219
Gambar 11.4.	CPPT <i>Shift</i> Dinas Malam	220



BAB I

STANDAR AKREDITASI RUMAH SAKIT

<https://keperawatan.uim.ac.id/>
<https://rsidaman.banjarbaru.kota.go.id>

A. Pendahuluan

Menurut Undang-undang No 44/2009, rumah sakit merupakan institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Guna memberikan pelayanan yang berkualitas, rumah sakit harus memperhatikan mutu dan keselamatan pasien. Pelayanan kesehatan yang bermutu dapat diartikan sebagai pelayanan yang memiliki karakter aman, tepat waktu, efektif, efisien, berorientasi pada pasien, adil dan terintegrasi. Pemenuhan mutu pelayanan di rumah sakit dilakukan dengan dua cara yaitu peningkatan mutu secara internal dan peningkatan mutu secara eksternal.

Peningkatan mutu internal (*internal continuous quality improvement*) dapat terlihat dengan rumah sakit melakukan upaya peningkatan mutu secara berkala antara lain penetapan, pengukuran, pelaporan dan evaluasi indikator mutu serta pelaporan insiden keselamatan pasien. Peningkatan mutu eksternal (*external continuous quality improvement*) merupakan bagian tidak terpisahkan dari upaya

peningkatan mutu pelayanan di rumah sakit secara keseluruhan. Beberapa kegiatan yang termasuk peningkatan mutu eksternal adalah perizinan, sertifikasi, dan tentunya akreditasi. Rumah sakit melakukan peningkatan mutu internal dan eksternal secara berkesinambungan (*continuous quality improvement*) (Kemenkes, 2021).

Akreditasi merupakan pengakuan terhadap mutu pelayanan rumah sakit setelah dilakukan penilaian bahwa rumah sakit telah memenuhi standar akreditasi yang disetujui oleh Pemerintah. Menurut data pada bulan Desember 2021 Kementerian Kesehatan mencatat 3.120 rumah sakit telah teregistrasi. Sebanyak 2.482 atau 78,8% rumah sakit telah terakreditasi dan 638 rumah sakit atau 21,2% belum terakreditasi. Upaya percepatan akreditasi rumah sakit mengalami beberapa kendala antara lain adanya isu atau keluhan terkait lembaga penilai akreditasi yang juga melakukan workshop atau bimbingan, penilaian akreditasi dianggap mahal, masih kurangnya peran pemerintah daerah dan pemilik rumah sakit dalam pemenuhan syarat akreditasi, akuntabilitas lembaga, dan lainnya (Kemenkes, 2021).

Sesuai target Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) tahun 2020-2024, pemerintah mengharapkan pada tahun 2024 seluruh rumah sakit di Indonesia telah terakreditasi. Pemerintah mendorong terbentuknya lembaga-lembaga independen penyelenggara akreditasi serta transformasi sistem akreditasi rumah sakit sebagai upaya meningkatkan cakupan akreditasi rumah sakit. Sejalan dengan terbentuknya lembaga-lembaga independen

penyelenggara akreditasi maka ditetapkanlah standar akreditasi rumah sakit yang dapat dipergunakan oleh seluruh lembaga independen penyelenggara akreditasi rumah sakit dalam melaksanakan penilaian akreditasi (Kemenkes, 2021). Lembaga akreditasi yang telah ada yaitu Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS) dan pada pertengahan November 2021 pemerintah menetapkan 5 Lembaga Independen Penyelenggara Akreditasi Rumah Sakit baru yaitu 1) Lembaga Akreditasi Fasilitas Kesehatan Indonesia; 2) Lembaga Akreditasi Rumah Sakit Damar Husada Paripurna; 3) Lembaga Akreditasi Rumah Sakit; 4) Lembaga Akreditasi Mutu Keselamatan Pasien Rumah Sakit; dan 5) Lembaga Akreditasi Rumah Sakit Indonesia.

Proses penyusunan standar akreditasi rumah sakit diawali dengan pembentukan tim yang melakukan sandingan dan *benchmarking* standar akreditasi dengan menggunakan referensi Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit Edisi 1.1 dari Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS), *Joint Commission International Standards for Hospital* edisi 7, regulasi perumhaskitan serta panduan prinsip-prinsip standar akreditasi edisi 5 yang dikeluarkan oleh *The International Society for Quality in Health Care* (ISQua). Selanjutnya dilakukan pembahasan dengan melibatkan perwakilan dari lembaga independen penyelenggara akreditasi rumah sakit, organisasi profesi, asosiasi perumhaskitan, rumah sakit dan akademisi. Hasil diskusi tersebut dibahas lebih lanjut oleh panelis penyusunan standar akreditasi rumah sakit dengan mendapat masukan secara tertulis dari lembaga independen

penyelenggara akreditasi rumah sakit. Penyusunan standar akreditasi rumah sakit mempertimbangkan penyederhanaan standar akreditasi agar lebih mudah dipahami dan dapat dilaksanakan oleh rumah sakit (Kemenkes, 2021).

Menurut Kemenkes (2021), Standar Akreditasi Rumah Sakit dikelompokkan menurut fungsi-fungsi penting yang umum dalam organisasi perumahsakit. Standar dikelompokkan menurut fungsi yang terkait dengan penyediaan pelayanan bagi pasien (*good clinical governance*) dan upaya menciptakan organisasi rumah sakit yang aman, efektif, dan dikelola dengan baik (*good corporate governance*). Standar Akreditasi Rumah Sakit dikelompokkan sebagai berikut:

B. Kelompok Standar Akreditasi Rumah Sakit: Kelompok Manajemen Rumah Sakit

Kelompok Manajemen Rumah Sakit terdiri dari:

1. Tata Kelola Rumah Sakit (TKRS)

Rumah sakit merupakan institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan medis bagi rawat inap, rawat jalan, gawat darurat serta pelayanan penunjang seperti laboratorium, radiologi serta layanan lainnya. Untuk dapat memberikan pelayanan prima kepada pasien, rumah sakit dituntut memiliki kepemimpinan yang efektif (Kemenkes, 2021).

Kepemimpinan efektif ini ditentukan oleh sinergi yang positif antara pemilik rumah sakit/representasi

pemilik/dewan pengawas, direktur rumah sakit, para pimpinan di rumah sakit, dan kepala unit kerja unit pelayanan. Direktur rumah sakit secara kolaboratif mengoperasikan rumah sakit bersama dengan para pimpinan, kepala unit kerja, dan unit pelayanan untuk mencapai visi misi yang ditetapkan serta memiliki tanggung jawab dalam pengelolaan peningkatan mutu dan keselamatan pasien, pengelolaan kontrak, serta pengelolaan sumber daya (Kemenkes, 2021).

Operasional rumah sakit berhubungan dengan seluruh pemangku kepentingan yang ada mulai dari pemilik, jajaran direksi, pengelolaan secara keseluruhan sampai dengan unit fungsional yang ada. Setiap pemangku kepentingan memiliki tugas dan tanggung jawab sesuai ketentuan peraturan dan perundangan yang berlaku (Kemenkes, 2021). Fokus pada Bab TKRS mencakup:

- a. Representasi pemilik/dewan pengawas
- b. Akuntabilitas direktur utama/direktur/kepala rumah sakit
- c. Akuntabilitas pimpinan rumah sakit
- d. Kepemimpinan rumah sakit untuk mutu dan keselamatan pasien
- e. Kepemimpinan rumah sakit terkait kontrak
- f. Kepemimpinan rumah sakit terkait keputusan mengenai sumber daya

- g. Pengorganisasian dan akuntabilitas komite medik, komite keperawatan, dan komite tenaga kesehatan lain
- h. Akuntabilitas kepala unit klinis/non klinis
- i. Etika rumah sakit
- j. Kepemimpinan untuk budaya keselamatan di rumah sakit
- k. Manajemen risiko
- l. Program penelitian bersubjek manusia di rumah sakit

Catatan: Semua standar TKRS mengatur peran dan tanggung jawab pemilik atau representasi pemilik, direktur, pimpinan rumah sakit dan kepala instalasi/kepala unit. Hierarki kepemimpinan dalam standar ini terdiri dari:

- a. Pemilik/representasi pemilik: satu atau sekelompok orang sebagai pemilik atau sebagai representasi pemilik, misalnya dewan pengawas.
- b. Direktur/direktur utama/kepala rumah sakit: satu orang yang dipilih oleh pemilik untuk bertanggung jawab mengelola rumah sakit.
- c. Para wakil direktur (pimpinan rumah sakit): beberapa orang yang dipilih untuk membantu direktur apabila rumah sakit tidak mempunyai wakil direktur, maka kepala bidang/manajer dapat dianggap sebagai pimpinan rumah sakit.
- d. Kepala unit klinis/unit non klinis: beberapa orang yang dipilih untuk memberikan pelayanan termasuk kepala IGD, kepala radiologi, kepala laboratorium, kepala keuangan, dan lainnya.

Menurut Kemenkes (2021), rumah sakit yang menerapkan tata kelola yang baik memberikan kualitas pelayanan yang baik yang secara kasat mata, terlihat dari penampilan keramahan staf dan penerapan budaya 5 R (rapi, resik, rawat, rajin, ringkas) secara konsisten pada seluruh bagian rumah sakit, serta pelayanan yang mengutamakan mutu dan keselamatan pasien.

2. Kualifikasi dan Pendidikan Staf (KPS)

Rumah sakit membutuhkan staf yang memiliki keterampilan dan kualifikasi untuk mencapai misinya dan memenuhi kebutuhan pasien. Para pimpinan rumah sakit mengidentifikasi jumlah dan jenis staf yang dibutuhkan berdasarkan rekomendasi dari unit. Perekrutan, evaluasi, dan pengangkatan staf dilakukan melalui proses yang efisien, dan seragam. Di samping itu perlu dilakukan kredensial kepada tenaga medis, tenaga perawat, dan tenaga kesehatan lainnya, karena mereka secara langsung terlibat dalam proses pelayanan klinis. Orientasi terhadap rumah sakit, dan orientasi terhadap tugas pekerjaan staf merupakan suatu proses yang penting (Kemenkes, 2021).

Rumah sakit menyelenggarakan program kesehatan dan keselamatan staf untuk memastikan kondisi kerja yang aman, kesehatan fisik dan mental, produktivitas, kepuasan kerja. Program ini bersifat dinamis, proaktif, dan mencakup hal-hal yang mempengaruhi kesehatan dan kesejahteraan staf seperti pemeriksaan kesehatan kerja saat rekrutmen,

pengendalian pajanan kerja yang berbahaya, vaksinasi/imunisasi, cara penanganan pasien yang aman, staf dan kondisi-kondisi umum terkait kerja (Kemenkes, 2021). Fokus pada standar ini adalah:

- a. Perencanaan dan pengelolaan staf
- b. Pendidikan dan pelatihan
- c. Kesehatan dan keselamatan kerja staf
- d. Tenaga medis
- e. Tenaga keperawatan, dan
- f. Tenaga kesehatan lain

3. Manajemen Fasilitas dan Keselamatan (MFK)

Fasilitas dan lingkungan dalam rumah sakit harus aman, berfungsi baik, dan memberikan lingkungan perawatan yang aman bagi pasien, keluarga, staf, dan pengunjung. Guna mencapai tujuan itu maka fasilitas fisik, bangunan, prasarana dan peralatan kesehatan serta sumber daya lainnya harus dikelola secara efektif untuk mengurangi dan mengendalikan bahaya, risiko, mencegah kecelakaan, cedera dan penyakit akibat kerja. Dalam pengelolaan fasilitas dan lingkungan serta pemantauan keselamatan, rumah sakit menyusun program pengelolaan fasilitas dan lingkungan serta program pengelolaan risiko untuk pemantauan keselamatan di seluruh lingkungan rumah sakit (Kemenkes, 2021).

Pengelolaan yang efektif mencakup perencanaan, pendidikan, dan pemantauan multidisiplin dimana pemimpin merencanakan ruang, peralatan, dan sumber

daya yang diperlukan untuk mendukung layanan klinis yang disediakan secara aman dan efektif serta semua staf diedukasi mengenai fasilitas, cara mengurangi risiko, cara memantau dan melaporkan situasi yang berisiko termasuk melakukan penilaian risiko yang komprehensif di seluruh fasilitas yang dikembangkan dan dipantau berkala. Bila di rumah sakit memiliki entitas non-rumah sakit atau tenant/penyewa lahan (seperti restoran, kantin, kafe, dan toko souvenir) maka rumah sakit wajib memastikan bahwa tenant/penyewa lahan tersebut mematuhi program pengelolaan fasilitas dan keselamatan, yaitu program keselamatan dan keamanan, program pengelolaan bahan berbahaya dan beracun, program penanganan bencana dan kedaruratan, serta proteksi kebakaran (Kemenkes, 2021).

Rumah sakit perlu membentuk satuan kerja yang dapat mengelola, memantau dan memastikan fasilitas dan pengaturan keselamatan yang ada sehingga tidak menimbulkan potensi bahaya dan risiko yang akan berdampak buruk bagi pasien, staf dan pengunjung. Satuan kerja yang dibentuk dapat berupa Komite/Tim K3 RS yang disesuaikan dengan kebutuhan, ketersediaan sumber daya dan beban kerja rumah sakit. Rumah sakit harus memiliki program pengelolaan fasilitas dan keselamatan yang menjangkau seluruh fasilitas dan lingkungan rumah sakit. Rumah sakit tanpa melihat ukuran dan sumber daya yang dimiliki harus mematuhi ketentuan dan peraturan perundangan yang berlaku

sebagai bagian dari tanggung jawab mereka terhadap pasien, keluarga, staf, dan para pengunjung (Kemenkes, 2021).

Fokus pada standar Manajemen Fasilitas dan Keamanan ini meliputi:

- a. Kepemimpinan dan perencanaan
- b. Keselamatan
- c. Keamanan
- d. Pengelolaan Bahan Berbahaya dan Beracun (B3) dan Limbah B3
- e. Proteksi kebakaran
- f. Peralatan medis
- g. Sistem utilitas
- h. Penanganan kedaruratan dan bencana
- i. Konstruksi dan renovasi, dan
- j. Pelatihan.

4. Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP)

Rumah sakit harus memiliki program peningkatan mutu dan keselamatan pasien (PMKP) yang menjangkau seluruh unit kerja dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan dan menjamin keselamatan pasien. Direktur menetapkan Komite/Tim Penyelenggara Mutu untuk mengelola program peningkatan mutu dan keselamatan pasien, agar mekanisme koordinasi pelaksanaan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien di rumah sakit dapat berjalan lebih baik (Kemenkes, 2021).

Standar ini menjelaskan pendekatan yang komprehensif untuk peningkatan mutu dan keselamatan

pasien yang berdampak pada semua aspek pelayanan, mencakup:

- a. Peran serta dan keterlibatan setiap unit dalam program peningkatan mutu dan keselamatan pasien
- b. Pengukuran data objektif yang tervalidasi
- c. Penggunaan data yang objektif dan kaji banding untuk membuat program peningkatan mutu dan keselamatan pasien.

Standar PMKP membantu Profesional Pemberi Asuhan (PPA) untuk memahami bagaimana melakukan perbaikan dalam memberikan asuhan pasien yang aman dan menurunkan risiko. Staf non klinis juga dapat melakukan perbaikan agar proses menjadi lebih efektif dan efisien dalam penggunaan sumber daya dan risiko dapat dikurangi. Standar PMKP ditujukan pada semua kegiatan di rumah sakit secara menyeluruh dalam spektrum yang luas berupa kerangka kerja untuk perbaikan kinerja dan menurunkan risiko akibat variasi dalam proses pelayanan. Kerangka kerja dalam standar PMKP ini juga dapat terintegrasi dengan kejadian yang tidak dapat dicegah (program manajemen risiko) dan pemanfaatan sumber daya (pengelolaan utilisasi) (Kemenkes, 2021). Rumah sakit yang menerapkan kerangka kerja ini diharapkan akan:

- a. Mengembangkan dukungan pimpinan yang lebih besar untuk program peningkatan mutu dan keselamatan pasien secara menyeluruh di rumah sakit

- b. Melatih semua staf tentang peningkatan mutu dan keselamatan pasien rumah sakit
- c. Menetapkan prioritas pengukuran data dan prioritas perbaikan
- d. Membuat keputusan berdasarkan pengukuran data, dan
- e. Melakukan perbaikan berdasarkan perbandingan dengan rumah sakit setara atau data berbasis bukti lainnya, baik nasional dan internasional.

Fokus standar peningkatan mutu dan keselamatan pasien adalah:

- a. Pengelolaan kegiatan peningkatan mutu, keselamatan pasien dan manajemen risiko
- b. Pemilihan dan pengumpulan data indikator mutu
- c. Analisis dan validasi data indikator mutu
- d. Pencapaian dan upaya mempertahankan perbaikan mutu
- e. Sistem pelaporan dan pembelajaran keselamatan pasien rumah sakit (SP2KP-RS)
- f. Penerapan manajemen risiko

5. Manajemen Rekam Medik dan Informasi Kesehatan (MRMIK)

Setiap rumah sakit memiliki, mengelola, dan menggunakan informasi untuk meningkatkan luaran (*outcome*) bagi pasien, kinerja staf dan kinerja rumah sakit secara umum. Dalam melakukan proses manajemen informasi, rumah sakit menggunakan metode pengembangan yang sesuai dengan sumber daya rumah

sakit, dengan memperhatikan perkembangan teknologi informasi (Kemenkes, 2021). Proses manajemen informasi tersebut juga mencakup:

- a. Misi rumah sakit
- b. Layanan yang diberikan
- c. Sumber daya
- d. Akses ke teknologi informasi kesehatan, dan
- e. Dukungan untuk menciptakan komunikasi efektif antar Profesional Pemberi Asuhan (PPA).

Guna memberikan asuhan pasien yang terkoordinasi dan terintegrasi, rumah sakit bergantung pada informasi tentang perawatan pasien. Informasi merupakan salah satu sumber daya yang harus dikelola secara efektif oleh pimpinan rumah sakit. Pelaksanaan asuhan pasien di rumah sakit adalah suatu proses yang kompleks yang sangat bergantung pada komunikasi dan informasi. Komunikasi dilakukan antara rumah sakit dengan pasien dan keluarga, antar Profesional Pemberi Asuhan (PPA), serta komunitas di wilayah rumah sakit. Kegagalan dalam komunikasi adalah salah satu akar masalah pada insiden keselamatan pasien yang paling sering dijumpai. Sering kali, kegagalan komunikasi terjadi akibat tulisan yang tidak terbaca, penggunaan singkatan, simbol dan kode yang tidak seragam di dalam rumah sakit (Kemenkes, 2021). Seiring dengan perjalanan waktu dan perkembangannya, rumah sakit diharapkan mampu mengelola informasi secara lebih efektif dalam hal:

- a. Mengidentifikasi kebutuhan informasi dan teknologi informasi
- b. Mengembangkan sistem informasi manajemen
- c. Menetapkan jenis informasi dan cara memperoleh data yang diperlukan
- d. Menganalisis data dan mengubahnya menjadi informasi
- e. Memaparkan dan melaporkan data serta informasi kepada publik
- f. Melindungi kerahasiaan, keamanan, dan integritas data dan informasi
- g. Mengintegrasikan dan menggunakan informasi untuk peningkatan kinerja.

Walaupun komputerisasi dan teknologi lainnya dikembangkan untuk meningkatkan efisiensi, prinsip teknologi informasi yang baik harus diterapkan untuk seluruh metode dokumentasi. Standar ini dirancang untuk digunakan pada sistem informasi berbasis kertas serta elektronik. Informasi rumah sakit terkait asuhan pasien sangat penting dalam komunikasi antar PPA, yang didokumentasikan dalam Rekam Medis. Rekam medis (RM) adalah bukti tertulis (kertas/elektronik) yang merekam berbagai informasi kesehatan pasien seperti hasil pengkajian, rencana dan pelaksanaan asuhan, pengobatan, catatan perkembangan pasien terintegrasi, serta ringkasan pasien pulang yang dibuat oleh Profesional Pemberi Asuhan (PPA). Penyelenggaraan rekam medis merupakan proses kegiatan yang dimulai

saat pasien diterima di rumah sakit dan melaksanakan rencana asuhan dari PPA. Kegiatan dilanjutkan dengan penanganan rekam medis yang meliputi penyimpanan dan penggunaan untuk kepentingan pasien atau keperluan lainnya. Dalam pemberian pelayanan kepada pasien, teknologi informasi kesehatan sangat dibutuhkan untuk meningkatkan efektifitas, efisiensi dan keamanan dalam proses komunikasi dan informasi (Kemenkes, 2021). Standar Manajemen Rekam Medis dan Informasi Kesehatan ini berfokus pada:

- a. Manajemen informasi
- b. Pengelolaan dokumen
- c. Rekam medis pasien
- d. Teknologi Informasi Kesehatan di Pelayanan Kesehatan

6. Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)

Tujuan program pencegahan dan pengendalian infeksi adalah untuk mengidentifikasi dan menurunkan risiko infeksi yang didapat dan ditularkan di antara pasien, staf, tenaga kesehatan, tenaga kontrak, sukarelawan, mahasiswa dan pengunjung. Risiko dan kegiatan dalam program PPI dapat berbeda dari satu rumah sakit ke rumah sakit yang lain, tergantung pada kegiatan dan pelayanan klinis rumah sakit, populasi pasien yang dilayani, lokasi geografis, jumlah pasien dan jumlah staf. Prioritas program sebaiknya mencerminkan risiko yang telah teridentifikasi tersebut, perkembangan global dan

masyarakat setempat, serta kompleksitas dari pelayanan yang diberikan (Kemenkes, 2021).

Penyelenggaraan program pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI) dikelola oleh Komite / Tim PPI yang ditetapkan oleh Direktur rumah sakit. Agar kegiatan PPI dapat dilaksanakan secara efektif maka dibutuhkan kebijakan dan prosedur, pelatihan dan pendidikan staf, metode identifikasi risiko infeksi secara proaktif pada individu dan lingkungan serta koordinasi ke semua bagian di rumah sakit (Kemenkes, 2021). Fokus Standar Pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI) meliputi:

- a. Penyelenggaraan PPI di Rumah Sakit
- b. Program PPI
- c. Pengkajian Risiko
- d. Peralatan medis dan/atau Bahan Medis Habis Pakai (BMHP)
- e. Kebersihan lingkungan
- f. Manajemen linen
- g. Limbah infeksius
- h. Pelayanan makanan
- i. Risiko infeksi pada konstruksi dan renovasi
- j. Penularan infeksi
- k. Kebersihan Tangan
- l. Peningkatan mutu dan program edukasi
- m. Edukasi, Pendidikan dan Pelatihan.

7. Pendidikan dalam Pelayanan Kesehatan (PPK)

Rumah sakit pendidikan harus mempunyai mutu dan keselamatan pasien yang lebih tinggi daripada rumah

sakit non pendidikan. Agar mutu dan keselamatan pasien di rumah sakit pendidikan tetap terjaga maka perlu ditetapkan standar akreditasi untuk rumah sakit pendidikan. Rumah sakit pendidikan memiliki keunikan dengan adanya peserta didik yang terlibat dalam upaya pelayanan pasien. Keberadaan peserta didik ini dapat membantu proses pelayanan namun juga berpotensi untuk mempengaruhi mutu pelayanan dan keselamatan pasien. Ini disebabkan peserta didik masih dalam tahap belajar dan tidak memahami secara penuh protokol yang ditetapkan oleh rumah sakit. Untuk itu perlu pengaturan khusus bagi rumah sakit yang mengadakan pendidikan kesehatan (Kemenkes, 2021).

C. Kelompok Standar Akreditasi Rumah Sakit: Kelompok Pelayanan Berfokus

Kelompok Pelayanan Berfokus pada Pasien terdiri atas unsur sebagai berikut:

1. Akses dan Kontinuitas Pelayanan (AKP)

Rumah sakit mempertimbangkan bahwa asuhan di rumah sakit merupakan bagian dari suatu sistem pelayanan yang terintegrasi dengan para Profesional Pemberi Asuhan (PPA) dan tingkat pelayanan yang akan membangun suatu kesinambungan pelayanan. Dimulai dengan skrining, yang tidak lain adalah memeriksa pasien secara cepat, untuk mengidentifikasi kebutuhan pasien (Kemenkes, 2021).

Tujuan sistem pelayanan yang terintegrasi adalah menyelaraskan kebutuhan asuhan pasien dengan pelayanan yang tersedia di rumah sakit, mengkoordinasikan pelayanan, merencanakan pemulangan dan tindakan selanjutnya. Hasil yang diharapkan dari proses asuhan di rumah sakit adalah meningkatkan mutu asuhan pasien dan efisiensi penggunaan sumber daya yang tersedia di rumah sakit (Kemenkes, 2021). Fokus pada standar mencakup:

- a. Skrining pasien di rumah sakit
- b. Registrasi dan admisi di rumah sakit
- c. Kesiambungan pelayanan
- d. Transfer pasien internal di dalam rumah sakit
- e. Pemulangan, rujukan dan tindak lanjut
- f. Transportasi

2. Hak Pasien dan Keluarga (HPK)

Hak pasien dalam pelayanan kesehatan dilindungi oleh undang-undang. Dalam memberikan pelayanan, rumah sakit menjamin hak pasien yang dilindungi oleh peraturan perundangan tersebut dengan mengupayakan agar pasien mendapatkan haknya di rumah sakit. Dalam memberikan hak pasien, rumah sakit harus memahami bahwa pasien dan keluarganya memiliki sikap, perilaku, kebutuhan pribadi, agama, keyakinan, budaya dan nilai-nilai yang dianut. Hasil pelayanan pada pasien akan meningkat bila pasien dan keluarga atau mereka yang berhak mengambil keputusan diikutsertakan dalam pengambilan keputusan pelayanan dan proses yang

sesuai dengan harapan, nilai, serta budaya yang dimiliki (Kemenkes, 2021). Pendidikan pasien dan keluarga membantu pasien lebih memahami dan berpartisipasi dalam perawatan mereka untuk membuat keputusan perawatan yang lebih baik. Standar ini akan membahas proses-proses untuk:

- a. Mengidentifikasi, melindungi, dan mempromosikan hak-hak pasien
- b. Menginformasikan pasien tentang hak-hak mereka
- c. Melibatkan keluarga pasien, bila perlu, dalam keputusan tentang perawatan pasien
- d. Mendapatkan persetujuan (*informed consent*)
- e. Mendidik staf tentang hak pasien

Proses-proses ini terkait dengan bagaimana sebuah organisasi menyediakan perawatan kesehatan dengan cara yang adil dan sesuai dengan peraturan perundangan yang berlaku. Lebih lanjut, standar Hak Pasien dan Keterlibatan Keluarga akan berfokus pada:

- a. Hak pasien dan keluarga
- b. Permintaan persetujuan pasien

3. Pengkajian Pasien (PP)

Tujuan dari pengkajian adalah untuk menentukan perawatan, pengobatan dan pelayanan yang akan memenuhi kebutuhan awal dan kebutuhan berkelanjutan pasien. Pengkajian pasien merupakan proses yang berkelanjutan dan dinamis yang berlangsung di layanan rawat jalan serta rawat inap (Kemenkes, 2021). Pengkajian pasien terdiri atas tiga proses utama:

- a. Mengumpulkan informasi dan data terkait keadaan fisik, psikologis, status sosial, dan riwayat kesehatan pasien.
- b. Menganalisis data dan informasi, termasuk hasil pemeriksaan laboratorium, pencitraan diagnostik, dan pemantauan fisiologis, untuk mengidentifikasi kebutuhan pasien akan layanan kesehatan.
- c. Membuat rencana perawatan untuk memenuhi kebutuhan pasien yang telah teridentifikasi.

Pengkajian pasien yang efektif akan menghasilkan keputusan tentang kebutuhan asuhan, tata laksana pasien yang harus segera dilakukan dan pengobatan berkelanjutan untuk emergensi atau elektif/terencana, bahkan ketika kondisi pasien berubah. Asuhan pasien di rumah sakit diberikan dan dilaksanakan berdasarkan konsep pelayanan berfokus pada pasien (*Patient/Person Centered Care*) Pola ini dipayungi oleh konsep WHO dalam *Conceptual framework integrated people-centred health services* (Kemenkes, 2021). Penerapan konsep pelayanan berfokus pada pasien adalah dalam bentuk Asuhan Pasien Terintegrasi yang bersifat integrasi horizontal dan vertikal dengan elemen:

- a. Dokter penanggung jawab pelayanan (DPJP) sebagai ketua tim asuhan/*Clinical Leader*,
- b. Profesional Pemberi Asuhan (PPA) bekerja sebagai tim intra dan interdisiplin dengan kolaborasi interprofesional, dibantu antara lain dengan Panduan Praktik Klinis (PPK), Panduan Asuhan PPA lainnya,

Alur Klinis/*Clinical Pathway* terintegrasi, Algoritma, Protokol, Prosedur, Standing Order dan CPPT (Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi),

c. Manajer Pelayanan Pasien/*Case Manager*,

d. Keterlibatan dan pemberdayaan pasien dan keluarga.

Pengkajian ulang harus dilakukan selama asuhan, pengobatan dan pelayanan untuk mengidentifikasi kebutuhan pasien. Pengkajian ulang adalah penting untuk memahami respons pasien terhadap pemberian asuhan, pengobatan dan pelayanan, serta juga penting untuk menentukan apakah keputusan asuhan memadai dan efektif. Proses-proses ini paling efektif dilaksanakan bila berbagai profesional kesehatan yang bertanggung jawab atas pasien bekerja sama. Standar Pengkajian Pasien ini berfokus kepada:

a. Pengkajian awal pasien

b. Pengkajian ulang pasien

c. Pelayanan laboratorium dan pelayanan darah

d. Pelayanan radiologi klinik

4. Pelayanan dan Asuhan Pasien (PAP)

Tanggung jawab rumah sakit dan staf yang terpenting adalah memberikan asuhan dan pelayanan pasien yang efektif dan aman. Hal ini membutuhkan komunikasi yang efektif, kolaborasi, dan standardisasi proses untuk memastikan bahwa rencana, koordinasi, dan implementasi asuhan mendukung serta merespons setiap kebutuhan unik pasien dan target. Asuhan tersebut dapat berupa upaya pencegahan, paliatif, kuratif, atau

rehabilitatif termasuk anestesia, tindakan bedah, pengobatan, terapi suportif, atau kombinasinya, yang berdasar atas pengkajian awal dan pengkajian ulang pasien. Area asuhan risiko tinggi (termasuk resusitasi dan transfusi) serta asuhan untuk pasien risiko tinggi atau kebutuhan populasi khusus yang membutuhkan perhatian tambahan. Asuhan pasien dilakukan oleh profesional pemberi asuhan (PPA) dengan banyak disiplin dan staf klinis. Semua staf yang terlibat dalam asuhan pasien harus memiliki peran yang jelas, ditentukan oleh kompetensi dan kewenangan, kredensial, sertifikasi, hukum dan regulasi, keterampilan individu, pengetahuan, pengalaman, dan kebijakan rumah sakit, atau uraian tugas wewenang (UTW). Beberapa asuhan dapat dilakukan oleh pasien/keluarganya atau pemberi asuhan terlatih (*caregiver*). Pelaksanaan asuhan dan pelayanan harus dikoordinasikan dan diintegrasikan oleh semua Profesional Pemberi Asuhan (PPA) dapat dibantu oleh staf klinis (Kemenkes, 2021). Asuhan pasien terintegrasi dilaksanakan dengan beberapa elemen:

- a. Dokter penanggung jawab pelayanan (DPJP) sebagai pimpinan klinis/ketua tim PPA (*clinical leader*).
- b. PPA bekerja sebagai tim interdisiplin dengan kolaborasi interprofesional, menggunakan panduan praktik klinis (PPK), alur klinis/*clinical pathway* terintegrasi, algoritma, protokol, prosedur, standing order, dan catatan perkembangan pasien terintegrasi (CPPT).

- c. Manajer Pelayanan Pasien (MPP)/*Case Manager* menjaga kesinambungan pelayanan.
- d. Keterlibatan serta pemberdayaan pasien dan keluarga dalam asuhan bersama PPA harus memastikan:
 - 1) Asuhan direncanakan untuk memenuhi kebutuhan pasien yang unik berdasar atas hasil pengkajian
 - 2) Rencana asuhan diberikan kepada tiap pasien
 - 3) Respons pasien terhadap asuhan dipantau
 - 4) Rencana asuhan dimodifikasi bila perlu berdasarkan respons pasien

Fokus Standar Pelayanan dan Asuhan Pasien

(PAP) meliputi:

- a. Pemberian pelayanan untuk semua pasien
- b. Pelayanan pasien risiko tinggi dan penyediaan pelayanan risiko tinggi
- c. Pemberian makanan dan terapi nutrisi
- d. Pengelolaan nyeri
- e. Pelayanan menjelang akhir hayat

5. Pelayanan Anestesi dan Bedah (PAB)

Tindakan anestesi, sedasi, dan intervensi bedah merupakan proses yang kompleks dan sering dilaksanakan di rumah sakit. Hal tersebut memerlukan:

- a. Pengkajian pasien yang lengkap dan menyeluruh
- b. Perencanaan asuhan yang terintegrasi
- c. Pemantauan yang terus menerus
- d. Transfer ke ruang perawatan berdasar atas kriteria tertentu
- e. Rehabilitasi

f. Transfer ke ruangan perawatan dan pemulangan.

Anestesi dan sedasi umumnya merupakan suatu rangkaian proses yang dimulai dari sedasi minimal hingga anestesi penuh. Tindakan sedasi ditandai dengan hilangnya refleks pertahanan jalan nafas secara perlahan seperti batuk dan tersedak. Karena respon pasien terhadap tindakan sedasi dan anestesi berbeda-beda secara individu dan memberikan efek yang panjang, maka prosedur tersebut harus dilakukan pengelolaan yang baik dan terintegrasi. Bab ini tidak mencakup pelayanan sedasi di ICU untuk penggunaan ventilator dan alat invasive lainnya. Karena tindakan bedah juga merupakan tindakan yang berisiko tinggi maka harus direncanakan dan dilaksanakan secara hati-hati. Rencana prosedur operasi dan asuhan pascaoperasi dibuat berdasar atas pengkajian pasien dan didokumentasikan (Kemenkes, 2021).

Bila rumah sakit memberikan pelayanan pembedahan dengan pemasangan implant, maka harus dibuat laporan jika terjadi ketidak berfungsinya alat tersebut dan proses tindak lanjutnya. Standar pelayanan anestesi dan bedah berlaku di area manapun dalam rumah sakit yang menggunakan anestesi, sedasi ringan, sedang dan dalam, dan juga pada tempat dilaksanakannya prosedur pembedahan dan tindakan invasif lainnya yang membutuhkan persetujuan tertulis (*informed consent*). Area ini meliputi ruang operasi rumah sakit, rawat sehari (*One Day Care*), poliklinik gigi,

poliklinik rawat jalan, endoskopi, radiologi, gawat darurat, perawatan intensif, dan tempat lainnya (Kemenkes, 2021).

Fokus pada standard ini mencakup:

- a. Pengorganisasian dan pengelolaan pelayanan anastesi dan sedasi
- b. Pelayanan sedasi
- c. Pelayanan anastesi
- d. Pelayanan pembedahan

6. Pelayanan Kefarmasian dan Penggunaan Obat (PKPO)

Pelayanan kefarmasian dan penggunaan obat merupakan bagian penting dalam pelayanan pasien. Pelayanan kefarmasian yang diselenggarakan di rumah sakit harus mampu menjamin ketersediaan obat dan alat kesehatan yang bermutu, bermanfaat, aman, dan terjangkau untuk memenuhi kebutuhan pasien. Standar Pelayanan Kefarmasian meliputi pengelolaan sediaan farmasi, alat kesehatan dan Bahan Medis Habis Pakai (BMHP), serta pelayanan farmasi klinik (Kemenkes, 2021). Pengaturan Standar Pelayanan Kefarmasian di rumah sakit bertujuan untuk:

- a. Meningkatkan mutu pelayanan kefarmasian
- b. Menjamin kepastian hukum bagi tenaga kefarmasian
- c. Melindungi pasien dan masyarakat dari penggunaan obat yang tidak rasional dalam rangka keselamatan pasien (*patient safety*).

Pada bab ini penilaian terhadap pelayananan kefarmasian difokuskan pada sediaan farmasi dan BMHP. Obat merupakan komponen penting dalam pengobatan simptomatik, preventif, kuratif, paliatif dan rehabilitatif terhadap penyakit dan berbagai kondisi. Proses penggunaan obat yang mencakup peresepan, penyiapan (*dispensing*), pemberian dan pemantauan dilakukan secara multidisipliner dan terkoordinasi sehingga dapat menjamin penggunaan obat yang aman dan efektif. Sistem pelayanan kefarmasian dan penggunaan obat di rumah sakit dirancang, diimplementasikan, dan dilakukan peningkatan mutu secara berkesinambungan terhadap proses-proses: pemilihan, perencanaan dan pengadaan, penyimpanan, pendistribusian, peresepan/pemintaan obat/instruksi pengobatan, penyalinan (*transcribing*), penyiapan, pemberian dan pemantauan terapi obat. Kejadian kesalahan obat (*medication error*) merupakan penyebab utama cedera pada pasien yang seharusnya dapat dicegah. Guna meningkatkan keselamatan pasien, rumah sakit harus berupaya mengurangi terjadinya kesalahan obat dengan membuat sistem pelayanan kefarmasian dan penggunaan obat yang lebih aman (*medication safety*) (Kemenkes, 2021).

Masalah resistansi antimikroba merupakan masalah global yang disebabkan penggunaan antimikroba yang berlebihan dan tidak tepat. Untuk mengurangi laju resistansi antimikroba dan meningkatkan *patient outcome*, maka rumah sakit harus melaksanakan

program pengendalian resistansi antimikroba sesuai peraturan perundang-undangan. Salah satu program kerja yang harus dilakukan adalah optimalisasi penggunaan antimikroba secara bijak melalui penerapan penatagunaan antimikroba (PGA) (Kemenkes, 2021).

7. Komunikasi dan Edukasi (KE)

Perawatan pasien di rumah sakit merupakan pelayanan yang kompleks dan melibatkan berbagai tenaga kesehatan serta pasien dan keluarga. Keadaan tersebut memerlukan komunikasi yang efektif, baik antar Profesional Pemberi Asuhan (PPA) maupun antara Profesional Pemberi Asuhan (PPA) dengan pasien dan keluarga. Setiap pasien memiliki keunikan dalam hal kebutuhan, nilai dan keyakinan. Rumah sakit harus membangun kepercayaan dan komunikasi terbuka dengan pasien. Komunikasi dan edukasi yang efektif akan membantu pasien untuk memahami dan berpartisipasi dalam pengambilan keputusan yang berkaitan dengan pengobatan yang dijalannya (Kemenkes, 2021).

Keberhasilan pengobatan dapat ditingkatkan jika pasien dan keluarga diberi informasi yang dibutuhkan dan dilibatkan dalam pengambilan keputusan serta proses yang sesuai dengan harapan mereka. Rumah sakit menyediakan program edukasi yang didasarkan pada misi rumah sakit, layanan yang diberikan rumah sakit, serta populasi pasien. Profesional Pemberi Asuhan (PPA) berkolaborasi untuk memberikan edukasi tersebut.

Edukasi akan efektif apabila dilakukan sesuai dengan pilihan pembelajaran yang tepat, mempertimbangkan keyakinan, nilai budaya, kemampuan membaca, serta bahasa. Edukasi yang efektif diawali dengan pengkajian kebutuhan edukasi pasien dan keluarganya. Pengkajian ini akan menentukan jenis dan proses edukasi yang dibutuhkan agar edukasi dapat menjadi efektif (Kemenkes, 2021).

Edukasi akan berdampak positif bila diberikan sepanjang proses asuhan. Edukasi yang diberikan meliputi pengetahuan dan informasi yang diperlukan selama proses asuhan maupun setelah pasien dipulangkan. Dengan demikian, edukasi juga mencakup informasi sumber-sumber di komunitas untuk tindak lanjut pelayanan apabila diperlukan, serta bagaimana akses ke pelayanan gawat darurat bila dibutuhkan. Edukasi yang efektif menggunakan berbagai format yang sesuai sehingga dapat dipahami dengan baik oleh pasien dan keluarga, misalnya informasi diberikan secara tertulis atau audiovisual, serta memanfaatkan teknologi informasi dan komunikasi (Kemenkes, 2021). Standar ini akan membahas lebih lanjut mengenai:

- a. Pengelolaan kegiatan Promosi Kesehatan Rumah Sakit (PKRS)
- b. Komunikasi dengan pasien dan keluarga.

D. Kelompok Standar Akreditasi Rumah Sakit: Kelompok Sasaran Keselamatan Pasien (SKP)

Sasaran Keselamatan Pasien wajib diterapkan di rumah sakit untuk mencegah terjadinya insiden keselamatan pasien serta meningkatkan mutu pelayanan kesehatan sesuai dengan standar WHO *Patient Safety* (2007) yang digunakan juga oleh pemerintah. Tujuan SKP adalah untuk mendorong rumah sakit melakukan perbaikan-perbaikan yang menunjang tercapainya keselamatan pasien. Sasaran dalam SKP menyoroti bidang-bidang yang bermasalah dalam pelayanan kesehatan, memberikan bukti dan solusi hasil konsensus yang berdasarkan nasihat para pakar serta penelitian berbasis bukti (Kemenkes, 2021).

Di Indonesia secara nasional untuk seluruh Fasilitas pelayanan Kesehatan, diberlakukan Sasaran Keselamatan Pasien Nasional yang terdiri dari:

- a. Sasaran 1 mengidentifikasi pasien dengan benar
- b. Sasaran 2 meningkatkan komunikasi yang efektif
- c. Sasaran 3 meningkatkan keamanan obat-obatan yang harus diwaspadai
- d. Sasaran 4 memastikan sisi yang benar, prosedur yang benar, pasien yang benar pada pembedahan/tindakan invasif
- e. Sasaran 5 mengurangi risiko infeksi akibat perawatan kesehatan
- f. Sasaran 6 mengurangi risiko cedera pasien akibat jatuh.

E. Kelompok Standar Akreditasi Rumah Sakit: Kelompok Program Nasional (PROGNAS)

Pada Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) bidang kesehatan telah ditentukan prioritas pelayanan kesehatan dengan target yang harus dicapai. Salah satu fungsi rumah sakit adalah melaksanakan program pemerintah dan mendukung tercapainya target target pembangunan nasional (Kemenkes, 2021). Pada standar akreditasi ini Program Nasional (Prognas) meliputi:

- a. Peningkatan kesehatan ibu dan bayi
 - b. Penurunan angka kesakitan Tuberkulosis/TBC
 - c. Penurunan angka kesakitan HIV/AIDS
 - d. Penurunan prevalensi *stunting* dan *wasting*
 - e. Pelayanan Keluarga Berencana Rumah Sakit.
- Pelaksanaan program nasional oleh rumah sakit diharapkan mampu meningkatkan akselerasi pencapaian target RPJMN bidang kesehatan sehingga upaya meningkatkan derajat kesehatan masyarakat meningkat segera terwujud.

F. Daftar Pustaka

- Setneg. (2009). Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit.
- Kemenkes. (2021). Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/1128/2022 Tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit.



BAB II

KONSEP DASAR PROSES KEPERAWATAN

<https://keperawatan.uim.ac.id/>
<https://rsidaman.banjarbarukota.go.id>

A. Pendahuluan

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 keperawatan, penegakan diagnosis keperawatan, pemilihan intervensi keperawatan, pelaksanaan asuhan atau implementasi keperawatan dan diakhiri oleh pelaksanaan evaluasi keperawatan. 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 2.1. Siklus

Proses Keperawatan dengan Paradigma Lama

Pada gambar 2.1 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 2.2. Siklus

Proses Keperawatan dengan Paradigma Baru

(Adaptasi dari Herdman, 2013)

Pada gambar 2.2 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. 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.

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.

B. 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.

1. Teori Keperawatan sebagai Kunci Perkembangan Ilmu Keperawatan

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

- 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.

2. Karakteristik Dasar Teori Keperawatan

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.

C. 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 dapatkan 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.

Arti penting asesmen keperawatan, yaitu:

- 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). Pendokumentasian 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.

D. Perencanaan 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.

1. Penegakan Diagnosis Keperawatan

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 mentransformasikan 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.

2. Penentuan Luaran Keperawatan

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.

3. Pemilihan Intervensi Keperawatan

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.

E. 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, edukasi, terapeutik 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.

F. 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. 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.

G. Daftar Pustaka

- 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 III

PROSES KEPERAWATAN: ASESMEN KEPERAWATAN

A. Pendahuluan

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.

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

- a. Pola fungsional Gordon
- b. Pola *Review of System* (ROS)
- c. Pola B1 - B6
- d. Dokumentasi asesmen keperawatan

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

- a. Asesmen awal
- b. Asesmen lanjutan
- c. Asesmen ulang

B. Konsep 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.

1. Fokus Asesmen Keperawatan

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*).

2. Tujuan Pengumpulan Data

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.

3. Asesmen Fokus

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.

C. Pola Asesmen Keperawatan

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.

1. Asesmen Keperawatan dengan Pendekatan Pemeriksaan Fisik *Head-to-Toe*

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.

2. Asesmen Keperawatan dengan Pendekatan Pemeriksaan Fisik ROS (*Review of System*)

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 muskuloskeletal
- i. Sistem integumen
- j. Sistem reproduksi

4. Asesmen Keperawatan dengan Pendekatan Pola Fungsi Kesehatan

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 sensori
 - 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.

D. 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).*

Proses utama dalam 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.

E. Jenis-Jenis Asesmen Pasien

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*).

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.

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.

F. Daftar Pustaka

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 IV

KONSEP DAN PRINSIP PENGUMPULAN DATA SERTA PEMURUMUSAN MASALAH KEPERAWATAN

<https://keperawatan.uim.ac.id/>
<https://rsidaman.banjarbaru.kota.go.id>

A. Pendahuluan

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 membutuhkan 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.

B. 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.

C. 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.

D. Metode Pengumpulan Data

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

1. Wawancara (*interview*)

- a. Interaksi perawat-pasien berdasarkan “komunikasi”.
- b. Komunikasi terapeutik: teknik untuk mengajak pasien dan keluarga bertukar pikiran dan perasaan.
- c. Teknik: verbal, nonverbal, serta empati.

Tahapan wawancara yang biasanya dilakukan, antara lain:

- a. Pre Interaksi
- b. Pembukaan atau perkenalan
- c. Isi / tahap kerja
- d. Tahap terminasi

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

- a. *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.
- b. *Allo anamnese* merupakan wawancara yang dilakukan dengan keluarga atau orang terdekat pasien.

Fokus wawancara yang biasanya dilakukan melingkupi hal sebagai berikut:

- a. Mendengarkan dengan penuh perhatian setiap ucapan yang disampaikan pasien ataupun keluarga. Jelaskan bila perlu untuk memperjelas maksud dari topik wawancara yang perawat inginkan.
- b. 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.

- c. 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.
- d. 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.
- e. 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.
- f. 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.

g. Penggunaan 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:

- a. Jadilah pendengar yang aktif, berikan fokus 100% pada ucapan yang disampaikan oleh pasien. Beri tanggapan jika diperlukan untuk mempertahankan suasana interaktif.
- b. 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.
- c. Bersabarlah jika pasien "*blocking*", memang tidak mudah dan tidak biasa jika pasien harus diwawancarai 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.

- d. 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.
- e. 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.

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:

- a. 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.
- b. Dalam melakukan asesmen, hal terkait aspek fisik, mental, sosial dan spiritual pasien harus diperhatikan dengan baik. Privasi pasien harus dijaga dengan baik.
- c. 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:

- a. Gunakan panca indera
- b. Perhatikan penampilan pasien
- c. Tunjukkan sikap yang baik
- d. 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.

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:

- a. Inspeksi, dapat diartikan sebagai aktivitas melihat kondisi tubuh atau kondisi pasien secara umum menggunakan panca indera penglihatan.
- b. Palpasi, dapat diartikan sebagai aktivitas meraba atau menekan bagian tubuh tertentu untuk mendapatkan data yang diinginkan.
- c. Perkusi, dapat diartikan sebagai aktivitas mengetuk-ngetuk, memukul-mukul bagian tubuh tertentu yang dimaksudkan untuk mendapatkan data yang diinginkan.

d. 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.

4. Studi Dokumentasi

Studi dokumentasi dapat dilakukan dengan melihat catatan keperawatan dan kesehatan pasien. Data dapat berupa hasil pemeriksaan penunjang yang dijalani 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 perawat di komunitas dalam memberikan asuhan keperawatan. adanya data tersebut memungkinkan perawat untuk dapat langsung menentukan perencanaan keperawatan yang selanjutnya dapat diimplementasikan.

E. Pedoman dan Pendekatan Pemeriksaan Fisik

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

1. 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.
2. 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.

3. Pilih metode pengorganisasian data:
 - a. Pertama, lakukan asesmen sesuai masalah yang dikeluhkan pasien.
 - b. 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:

1. 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.

2. Pendekatan *Review of System* (ROS) pada pelaksanaannya dapat dilakukan asesmen meliputi lingkup mayor „*body systems*“:
 - a. Keadaan umum
 - b. Tanda vital
 - c. Sistem pernafasan
 - d. Sistem kardiovaskuler
 - e. Sistem persarafan
 - f. Sistem perkemihan
 - g. Sistem pencernaan
 - h. Sistem muskuloskeletal
 - i. Sistem integumen
 - j. Sistem reproduksi

F. 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.

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 ➤ ... ➤ ...		
Data Objektif ➤ ... ➤ ...		
Data Subjektif ➤ ... ➤ ...		
Data Objektif ➤ ... ➤ ...		
Dst		

Gambar 4.1. Tabel Analisis Data yang Dapat Digunakan Perawat dalam Proses Dokumentasi

G. Daftar Pustaka

- 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 V

KONSEP DAN PRINSIP PERUMUSAN DIAGNOSIS KEPERAWATAN

<https://keperawatan.uim.ac.id/>
<https://rsidaman.banjarbaru.kota.go.id>

A. Pendahuluan

Mengapa perawat harus mempunyai diagnosis sendiri? Kadang hal ini yang menjadi pertanyaan banyak 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.

B. 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 pola nafas
	<input type="checkbox"/> Ketidakefektifan bersihan jalan napas
<input type="checkbox"/> Cerebrovascular attack	<input type="checkbox"/> Penurunan kapasitas adaptif intrakranial
	<input type="checkbox"/> Ketidakefektifan bersihan jalan napas
	<input type="checkbox"/> Gangguan menelan
	<input type="checkbox"/> Risiko dekubitus
<input type="checkbox"/> Amputation	<input type="checkbox"/> Gangguan citra tubuh
	<input type="checkbox"/> Kesiapan meningkatkan koping

Gambar 5.1. Perbandingan antara Diagnosis Medis dan Diagnosis Keperawatan

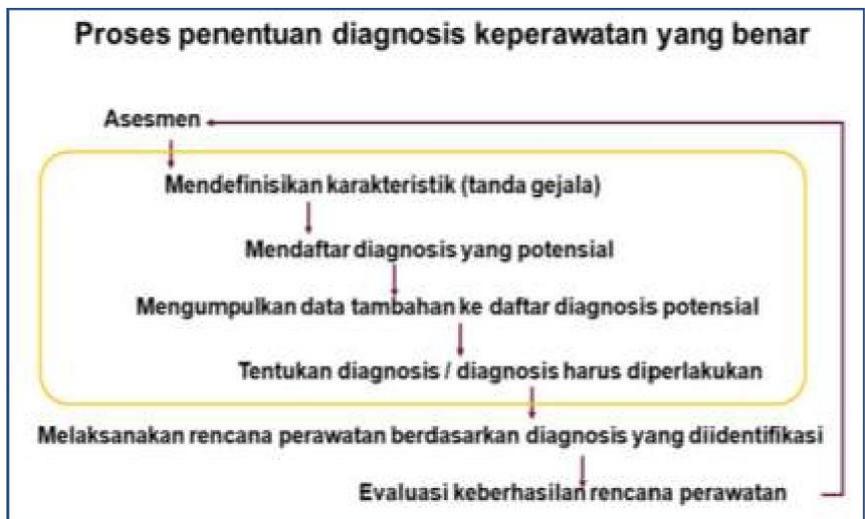
C. Berpikir Kritis dalam Penegakan Diagnosis

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 5.2. Proses Diagnostik dalam Proses Asuhan Keperawatan

D. 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. Selaian 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 keperawatan 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 melakukan hubungan seksual.

E. 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:

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:

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

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

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.

3. Batasan Karakteristik

Isyarat atau kesimpulan yang dapat diobservasi bahwa klaster 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.

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).

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. 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.

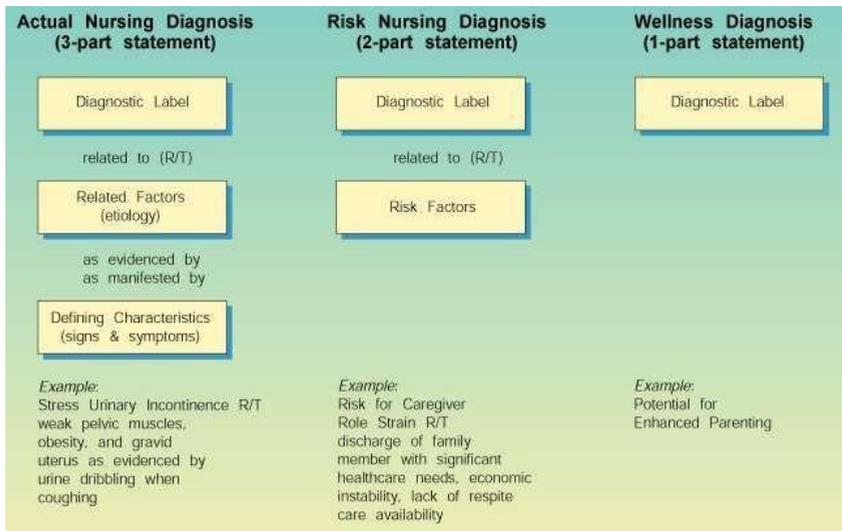
7. Populasi Berisiko

Kelompok individu yang memiliki karakteristik sama yang menyebabkan setiap anggotanya rentan terhadap

respons manusia tertentu. Karakteristik ini tidak dapat diubah oleh perawat profesional.

F. Dokumentasi Diagnosis Keperawatan

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



Gambar 5.3. Dokumentasi Diagnosis Keperawatan

Pada gambar 5.3. 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.

G. Daftar Pustaka

- 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 VI

KONSEP DAN PRINSIP PENGAMBILAN KEPUTUSAN PRIORITAS

A. Pendahuluan

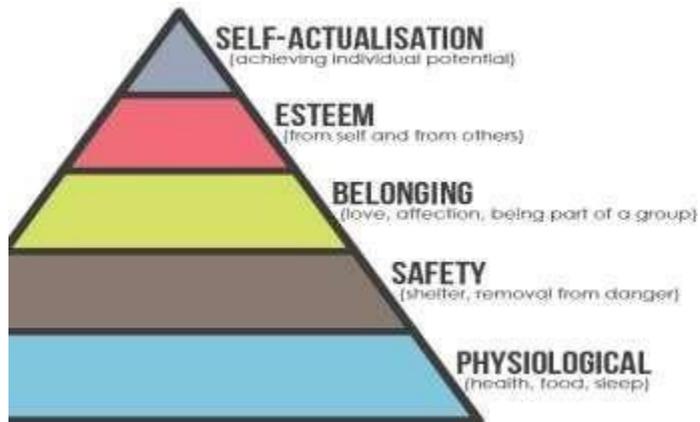
Mengapa seorang perawat memerlukan pengambilan keputusan prioritas? Pada pelaksanaannya proses keperawatan dimulai dari tahap asesmen keperawatan. Beranjak dari asesmen keperawatan yang dilaksanakan maka dapat dilakukan identifikasi masalah keperawatan yang mungkin muncul dan selanjutnya dilakukan penegakan diagnosis keperawatan. Setelah adanya diagnosis keperawatan yang muncul, tentunya memungkinkan tidak hanya satu diagnosis keperawatan namun banyak yang dapat diangkat. Daftar diagnosis keperawatan yang telah dibuat selanjutnya harus diambil keputusan prioritas guna melaksanakan diagnosis keperawatan yang paling membutuhkan penanganan segera dan mendesak. Hal ini dilakukan karena tidak memungkinkan semua masalah keperawatan diatasi bersama-sama sekaligus oleh seorang perawat. Jadi, wajib diputuskan masalah keperawatan mana yang dapat diatasi terlebih dahulu dan memberikan kebaikan dalam masa perawatan pasien.

B. Konsep Prioritas Masalah dan Dasar dalam Melakukan Prioritas Masalah

Secara pengertian prioritas masalah merupakan tindakan hasil pemikiran dan pengambilan keputusan klinis yang diambil perawat guna memilih masalah keperawatan yang paling penting dan mempengaruhi kondisi kesehatan serta perawatan pasien. Prioritas masalah dilakukan karena tidak memungkinkan semua masalah keperawatan diatasi secara bersama-sama sekaligus. Jadi, penting untuk diputuskan masalah keperawatan mana yang dapat diatasi terlebih dahulu, dan mungkin saja akan mempengaruhi masalah keperawatan lainnya.

Upaya dalam memprioritaskan kebutuhan pasien, hirarki Maslow menjadi salah satu rujukan perawat dalam menentukan pemenuhan kebutuhan pasien. Kebutuhan fisiologis menjadi kebutuhan utama manusia, kemudian diikuti oleh kebutuhan-kebutuhan psikososial seperti: aman-nyaman, pengetahuan, cinta-memiliki, harga diri dan aktualisasi diri. Selain hirarki Maslow dapat dipertimbangkan juga cara untuk mempertimbangkan prioritas masalah keperawatan berdasarkan tingkat kegawatan yang terjadi atau luasnya masalah lain yang mungkin muncul jika masalah tersebut tidak teratasi.

Berikut merupakan hirarki Maslow yang menjadi dasar pertimbangan prioritas masalah:



Gambar 6.1. Penentuan Prioritas berdasarkan Hirarki Maslow

Dengan menentukan prioritas masalah keperawatan, maka dapat diketahui diagnosis mana yang akan dilakukan atau diatasi terlebih dahulu atau yang segera dilakukan penanganan. Dalam menentukan prioritas terdapat beberapa pendapat urutan prioritas, diantaranya:

1. Berdasarkan kebutuhan Maslow

Maslow menentukan prioritas masalah yang akan direncanakan berdasarkan kebutuhan diantaranya kebutuhan fisiologis, keselamatan dan keamanan, mencintai dan memiliki, harga diri dan aktualisasi diri. Untuk prioritas diagnosis yang akan direncanakan, Maslow membagi urutan tersebut berdasarkan urutan kebutuhan dasar manusia di antaranya:

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

- b. Kebutuhan keamanan dan keselamatan, meliputi masalah lingkungan, kondisi tempat tinggal, perlindungan, pakaian, bebas dari infeksi dan rasa takut.
- c. Kebutuhan mencintai dan memiliki, meliputi masalah kasih sayang, seksualitas, afiliasi dalam kelompok, hubungan antar manusia.
- d. Kebutuhan harga diri, meliputi masalah *respect* dari keluarga, perasaan menghargai diri sendiri.
- e. Kebutuhan masalah aktualisasi diri, meliputi kepuasan terhadap lingkungan.

2. Berdasarkan tingkat kegawatan (mengancam jiwa)

Penentuan prioritas masalah berdasarkan tingkat kegawatan atau mengancam jiwa yang dilatar belakangi dari prinsip pertolongan pertama yaitu dengan membagi beberapa prioritas diantaranya prioritas tinggi, prioritas sedang, dan prioritas rendah. Prioritas tinggi diartikan sebagai situasi yang mengancam kehidupan (nyawa seseorang) sehingga perlu dilakukan tindakan terlebih dahulu seperti masalah bersihan jalan nafas. Contoh masalah keperawatan “ketidakefektifan bersihan jalan nafas”. Prioritas sedang diartikan sebagai situasi yang tidak gawat dan tidak mengancam hidup pasien seperti masalah *hygiene* perseorangan. Contoh masalah keperawatan “defisit perawatan diri: mandi”. Prioritas rendah diartikan sebagai situasi yang tidak berhubungan langsung prognosis dari suatu penyakit yang secara spesifik seperti masalah keuangan atau lainnya. Contoh

masalah keperawatan “hambatan peran menjadi orang tua”.

C. Peran Perawat Penanggung Jawab Asuhan (PPJA) dan Perawat Pelaksana dalam Penentuan Prioritas Masalah Keperawatan

Pelaksanaan penentuan prioritas masalah keperawatan dilakukan setelah perawat melakukan asesmen keperawatan baik yang dilakukan Perawat Penanggung Jawab Asuhan (PPJA) sendiri ataupun yang dilakukan Perawat Pelaksana (PP). Pada saat dilakukannya asesmen keperawatan terdapat beberapa kondisi yang bisa dibayangkan. Pertama, kondisi dimana hanya satu pasien yang masuk di suatu keadaan tertentu, ada juga kondisi kedua yaitu kondisi dimana pasien masuk bersamaan pada kondisi tertentu. Hal ini memerlukan keterlibatan semua perawat, koordinasi serta kolaborasi.

Sebagai contoh ketika adanya pasien baru yang masuk ruang perawatan pada saat *shift* pagi, seorang PPJA bertanggung jawab untuk melakukan asesmen keperawatan (atau dalam istilahnya yaitu asesmen awal dan atau asesmen lanjutan) di ruang perawatan dan dapat dibantu oleh PP yang ada. Asesmen ini dapat meliputi wawancara, pemeriksaan fisik, dan studi dokumentasi dari rekam medis pasien (jika tersedia). Pada saat asesmen keperawatan dilakukan, PPJA dapat membagi tugas kepada PP dalam melakukan asesmen keperawatan ini. Misalnya saja pada saat PPJA melakukan wawancara, PPJA dapat meminta PP untuk melakukan pemeriksaan fisik dan studi dokumentasi dari rekam medis

pasien (jika tersedia). Setelah mendapatkan sebagian data hasil dari asesmen keperawatan yang dilakukan PP, yang dilakukan PPJA berikutnya adalah menggabungkan data yang didapatkan PPJA dengan data yang didapatkan PP. Kemudian data tersebut dikolektifkan untuk dilakukan analisis data untuk menyusun perencanaan keperawatan.

Pada kondisi adanya pasien baru yang masuk ruang perawatan pada saat *shift* siang dan atau malam, PPJA mendapatkan laporan dari PP terkait hasil asesmen keperawatan pada pasien yang masuk di *shift* siang dan atau malam. Pelaporan terkait pasien baru dapat dilakukan dengan metode *Situation, Background, Assessment, Recommendation* (SBAR) sesuai kaidah komunikasi efektif. Seorang PPJA bertanggung jawab dalam memastikan kelengkapan data hasil asesmen keperawatan yang dilakukan oleh PP. Seorang PPJA dapat memberikan arahan kepada PP untuk melengkapi asesmen keperawatan yang diperlukan agar analisis data dapat dilakukan dengan data yang lengkap. Sebagai catatan pada *shift* berikutnya ketika PPJA berhadir di ruang perawatan, maka PPJA wajib melakukan *review* dan validasi terkait asesmen keperawatan yang telah dilakukan PP.

Dari sudut pandang Perawat Pelaksana (PP) pada tahap asesmen keperawatan PP turut serta dalam pelaksanaan asesmen awal maupun asesmen lanjutan di ruang perawatan bersama dengan PPJA. Dalam pelaksanaan asesmen keperawatan dapat meliputi wawancara, pemeriksaan fisik dan studi dokumentasi dari rekam medis

pasien (jika tersedia). Pada saat melakukan asesmen keperawatan, PP dapat membantu PPJA misalnya berupa pemeriksaan fisik secara teknis dapat dilakukan oleh PP berdasarkan pada arahan dan pembagian tupoksi kerja dari PPJA. Setelah data penting berupa data objektif dan data subjektif yang dikumpulkan oleh PP didapatkan, selanjutnya tugas PP yaitu menyerahkan data penting tersebut kepada PPJA untuk dilakukan proses analisis data untuk menyusun perencanaan keperawatan.

Pada kondisi pasien masuk pada *shift* siang dan atau malam, PP melaksanakan segala bentuk asesmen keperawatan. Dari hasil asesmen keperawatan yang dilakukan oleh PP kemudian dilaporkan kepada PPJA. Pelaporan terkait pasien baru dapat dilakukan dengan metode *Situation, Background, Assessment, Recommendation* (SBAR) sesuai kaidah komunikasi efektif. Melanjutkan dari tahap asesmen keperawatan yang dibuat berdasarkan data yang didapatkan oleh PP, seorang PP juga melaporkan dan mengkomunikasikan data yang didapatkan tersebut kepada PPJA untuk selanjutnya dilakukan analisis data sesuai dengan data yang didapatkan guna penyusunan perencanaan keperawatan.

Penyusunan perencanaan keperawatan yang akan dilakukan memerlukan pemprioritasan masalah keperawatan, mengingat bahwa masalah keperawatan yang didapat saat dilakukannya asesmen keperawatan tidak semuanya dapat diselesaikan secara bersamaan, maka dari itu pemprioritasan masalah keperawatan merupakan suatu keniscayaan.

D. Dokumentasi Prioritas Masalah Keperawatan dan Contoh Prioritas Masalah Keperawatan

Dokumentasi prioritas masalah keperawatan merupakan suatu catatan yang memuat seluruh masalah keperawatan yang telah diurutkan sesuai prioritasnya. Dokumentasi prioritas masalah keperawatan disusun secara urut untuk menentukan masalah keperawatan mana yang didahulukan untuk dilakukan penanganan.

Berikut merupakan contoh pemrioritasan masalah keperawatan yang biasanya dilakukan oleh perawat:



Gambar 6.2. Prioritas Masalah Keperawatan Pasien Stroke

Pada gambar 6.2 dapat dilihat bahwa dalam menentukan prioritas masalah keperawatan perlu diperhatikan prioritas tinggi atau sedang pada masalah keperawatannya. Perlu diingat juga bahwa tidak selalu masalah keperawatan

risiko merupakan hal yang tidak prioritas, hal ini dapat dilihat pada gambar 8.3 berikut ini:

TAHAP PEMBUATAN PERENCANAAN KEPERAWATAN Pasien Open Fraktur Femur 1/3 Distal

	Masalah Keperawatan	Kebutuhan Maslow	Prioritas
	<ul style="list-style-type: none"> • Risiko syok - 00205 • Nyeri akut - 00132 • Kerusakan integritas jaringan - 00044 • Hambatan mobilitas fisik - 00085 • Ansietas - 00146 • Risiko infeksi - 00004 	<ul style="list-style-type: none"> • Fisiologis • Fisiologis • Fisiologis • Fisiologis • Keselamatan & keamanan • Keselamatan & keamanan 	<ul style="list-style-type: none"> • Tinggi • Tinggi • Sedang • Sedang • Sedang • Sedang

Gambar 6.3. Prioritas Masalah Keperawatan Pasien Open Fraktur Femur 1/3 Distal

Pelaksanaan pendokumentasian prioritas keperawatan yang biasa dilakukan seperti pada gambar di bawah ini:

Tabel Prioritas Masalah Keperawatan

No.	Masalah Keperawatan
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	

Perawat Penanggung Jawab Asuhan,
Ttd

Gambar 6.4. Tabel Prioritas Masalah Keperawatan

Pada gambar 6.4 dapat dilihat bahwa dalam menentukan prioritas masalah keperawatan, penting adanya aspek legalitas berupa keterangan siapa yang melakukan pemrioritasan masalah keperawatan. Dalam hal ini sebagai seorang PPJA yang mempunyai wewenang untuk mengontrol, melakukan *review* dan memvalidasi asuhan keperawatan maka PPJA lah yang memberikan tanda tangan di lembar yang tersedia.

E. Daftar Pustaka

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

PENGGUNAAN S.D.K.I. SEBAGAI STANDAR KEPERAWATAN INDONESIA



<https://keperawatan.uim.ac.id>
<https://rsidaman.banjarbarukota.go.id>

A. Pendahuluan

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respon pasien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respon pasien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan. Sebagai seorang Perawat Penanggung Jawab Asuhan (PPJA), kita diharapkan memiliki rentang perhatian yang luas terhadap berbagai respon yang ditunjukkan oleh pasien, baik pada saat pasien sakit maupun pasien kondisi sehat.

Respon-respon tersebut merupakan reaksi terhadap masalah kesehatan dan proses kehidupan yang dialami pasien. Sehingga, diharapkan seorang PPJA mampu menangkap dan berpikir kritis dalam merespon perilaku tersebut. Masalah kesehatan mengacu pada respon pasien terhadap kondisi sehat-sakit, sedangkan proses kehidupan mengacu kepada respon pasien terhadap kondisi yang terjadi selama rentang kehidupannya dimulai dari fase pemuahan

hingga menjelang ajal dan meninggal, semuanya membutuhkan diagnosis keperawatan dan dapat diatasi atau diubah dengan intervensi keperawatan (*Christensen & Kenney, 2009; McFarland & McFarlane, 1997; Seaback, 2006*).

Pada bulan Desember tahun 2016 Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI) telah menerbitkan secara resmi Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI). Buku SDKI saat ini sedang dalam proses pendistribusian ke berbagai daerah di Indonesia yang nantinya dapat digunakan oleh perawat di rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya dalam menjalankan tugasnya yakni memberikan asuhan keperawatan. Diagnosis keperawatan merupakan penilaian klinis terhadap pengalaman/respon individu, keluarga, atau komunitas pada masalah kesehatan/risiko masalah kesehatan atau pada proses kehidupan. Diagnosis keperawatan merupakan bagian vital dalam menentukan asuhan keperawatan yang sesuai untuk membantu pasien mencapai kesehatan yang optimal.

International Classification for Nursing Practice (ICNP) membagi Diagnosis Keperawatan menjadi 5 kategori [Wake & Coenen, 1998] seperti berikut ini :



Gambar 7.1. Kategori dan Subkategori Diagnosis Keperawatan pada SDKI

Sebagai alternatif referensi dalam penegakan diagnosis keperawatan maka pengajaran penggunaan SDKI kepada perawat penting untuk diberikan.

B. Latar Belakang Lahirnya SDKI, Landasan Penyusunan, Tujuan Penyusunan dan Acuan Penyusunan SDKI

Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI) telah menerbitkan secara resmi Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI). Buku SDKI saat ini telah didistribusikan ke berbagai daerah di Indonesia yang nantinya dapat digunakan oleh perawat di rumah sakit atau praktik mandiri keperawatan

dalam menjalankan tugasnya yakni memberikan asuhan keperawatan.

Diagnosis keperawatan merupakan penilaian klinis terhadap pengalaman/respon individu, keluarga, atau komunitas pada masalah kesehatan/ risiko masalah kesehatan atau pada proses kehidupan. Diagnosis keperawatan merupakan bagian vital dalam menentukan asuhan keperawatan yang sesuai untuk membantu pasien mencapai kesehatan yang optimal.

Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) *dilaunching* 29 Desember 2016, di Park Hotel, Jl. D.I Panjaitan, Cawang, Jakarta. SDKI telah disetujui oleh Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia (DPP PPNI) bahkan saat ini 149 diagnosis keperawatan telah diresmikan menjadi masalah keperawatan di standar profesi perawat sesuai Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/425/2020 tentang Standar Profesi Perawat. Mempunyai latar belakang pembuatan SDKI, sebagai berikut:

- a. Tuntutan kemajuan teknologi kesehatan
- b. Undang-undang Keperawatan Nomor 38 tahun 2014
- c. Tuntutan adanya bahasa *standard* dalam penulisan diagnosis keperawatan di Indonesia
- d. Standar yang diakui secara Internasional dinilai kurang sesuai untuk diterapkan di Indonesia

Jika dilihat dari landasan hukumnya, maka penyusunan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) berdasarkan:

- a. UU Nomor 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan
- b. UU Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan
- c. UU Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan
- d. UU Nomor 4 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit
- e. PP Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan
- f. Peraturan Menteri Kesehatan RI No. HK.02.02/MENKES/148/II/2010 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Perawat

Jika melihat tujuan penyusunan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI), maka penyusunan bertujuan untuk:

- a. Bagi Pelayanan Keperawatan
 - 1) Menjadi acuan dalam menegakkan diagnosis keperawatan
 - 2) Meningkatkan otonomi perawat
 - 3) Memudahkan komunikasi intraprofesional
 - 4) Meningkatkan mutu asuhan keperawatan
 - 5) Mengukur beban kerja dan *reward* perawat
- b. Bagi Pendidikan Keperawatan:
 - 1) Mengarahkan dan menguatkan proses pembelajaran pada pendidikan keperawatan
 - 2) Diagnosis keperawatan merupakan kumpulan konsep inti dalam praktik keperawatan → *focus* pembelajaran
 - 3) Diagnosis keperawatan mengarahkan peserta didik dan pendidik keperawatan dalam mempelajari konsep-konsep dasar untuk dapat memahami konsep inti.
- c. Bagi Penelitian Keperawatan
 - 1) Memperluas area penelitian keperawatan

- 2) Diagnosis keperawatan merupakan kumpulan fenomena keperawatan yang dapat menjadi *focus* penelitian
- 3) Dapat dikembangkan penelitian:
 - a) Penelitian epidemiologis
 - b) Uji validitas dan uji sensitivitas/spesifisitas
 - c) Penelitian eskperimental

Berikut merupakan acuan dari penyusunan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI):



Gambar 7.2. Acuan Penyusunan SDKI

Pada gambar 7.2 dapat dilihat bahwa acuan penyusunan SDKI berdasarkan referensi yang telah ada sebelumnya yaitu dari *OMAHA System, International Classification for Nursing Practice, Critical Care Classification,*

North American Nursing Diagnoses Association, Home Health Care Classification, Systematized Nomenclature of Medicine Clinical Terms, Disability and Health, Nursing Diagnostic System of the Centre for Nursing Development and Research.

Dari penjabaran di atas terlihat bahwa Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) sudah diupayakan mengakomodir referensi dari seminar keperawatan yang kita kenal selama ini guna menyediakan bahasa diagnosis keperawatan yang dapat diterapkan atau diaplikasikan di seluruh tatanan klinik keperawatan di Indonesia.

C. Penyusunan Diagnosis Keperawatan berdasarkan Hierarki, Jenis Diagnosis Keperawatan dan Komponen SDKI

Berikut merupakan penyusunan diagnosis keperawatan berdasarkan hierarki yang dapat dilihat dari turunan kategori ke subkategori hingga ke label diagnosis keperawatan:

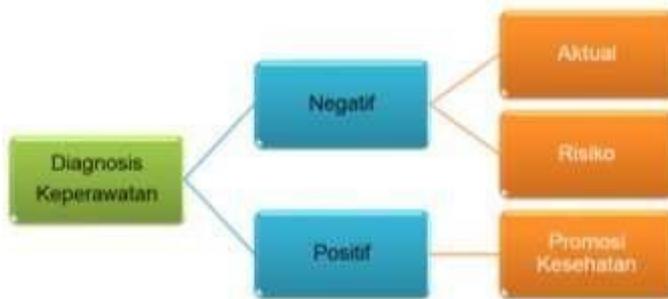


Gambar 7.3. Kategori dan Subkategori SDKI

Pada gambar 7.3 dapat dilihat bahwa 149 label diagnosis keperawatan yang termuat di dalam SDKI berasal dari 14 subkategori yang pada akhirnya mengerucut pada 5 kategori yaitu kategori fisiologi, psikologis, perilaku, relasional dan lingkungan. Penyusunan berdasarkan konsep kategori-subkategori ini sebenarnya mirip dengan yang dipakai di *NANDA-International* dengan konsep domain-kelasnya. Keduanya mengacu pada tujuan yang sama yaitu memudahkan perawat untuk dapat memprediksi dimana letak masalah keperawatan yang ditemui dengan cara mengingat kategori-subkategori atau domain-kelasnya. Mempertimbangkan keterbatasan kemampuan dalam mengingat semua diagnosis keperawatan yang ada maka cara ini sangat efektif dalam pelaksanaannya.

Sebelum masuk pada konsep penggunaan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI). Marilah kita pelajari dahulu tentang jenis diagnosis keperawatan, komponen dalam suatu diagnosis keperawatan, indikator diagnostik dan struktur dalam suatu diagnosis keperawatan.

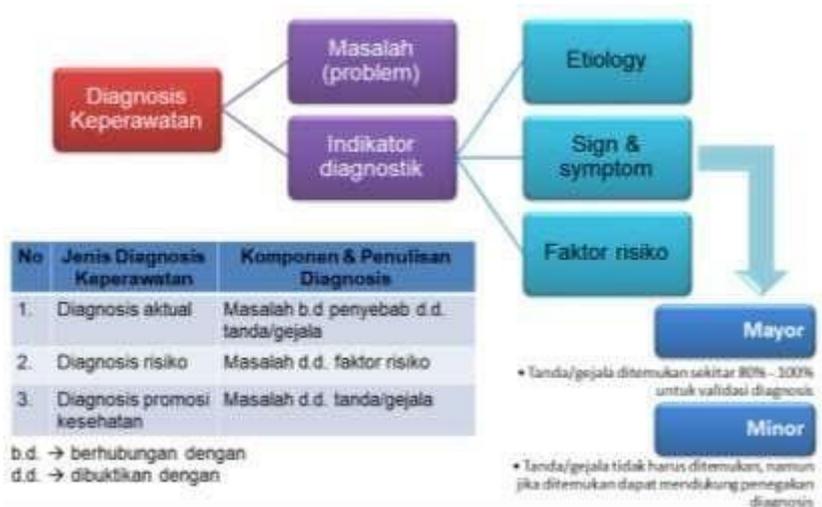
Diagnosis keperawatan jika dilihat dari jenisnya maka akan dibagi menjadi 2 jenis yaitu diagnosis negatif dan diagnosis positif, penjelasan terkait jenis diagnosis keperawatan dapat dilihat seperti gambar di bawah ini:



Gambar 7.4. Jenis Diagnosis Keperawatan

Pada gambar 7.4 dapat dilihat bahwa jenis diagnosis keperawatan terbagi menjadi diagnosis negatif dan diagnosis positif. Diagnosis yang diartikan sebagai diagnosis negatif meliputi aktual yang berarti nyata terjadi pada pasien sebagai individu atau komunitas dan risiko yang mengindikasikan adanya kemungkinan akan terjadi jika tidak diantisipasi kemunculannya oleh perawat. Sedangkan diagnosis positif yang dalam hal ini tercermin pada diagnosis promosi kesehatan yang diartikan sebagai suatu kondisi baik yang dapat ditingkatkan menjadi lebih baik dari sebelumnya dalam upaya menjaga kesehatan diri pasien.

Setelah membahas jenis diagnosis keperawatan, maka dalam setiap diagnosis keperawatan terdapat komponen-komponen yang menyusun sebuah diagnosis keperawatan. Berikut merupakan komponen dalam penyusunan sebuah diagnosis keperawatan:



Gambar 7.5. Komponen Penyusun Diagnosis Keperawatan

Pada gambar 7.5 dapat dilihat bahwa suatu diagnosis keperawatan dikatakan utuh dan lengkap jika mempunyai unsur-unsur penyusun di dalamnya yaitu ada masalah keperawatan yang dialami, ada indikator diagnostik berupa etiologi, tanda gejala ataupun faktor risiko. Dalam penyusunan diagnosis keperawatan menggunakan referensi SDKI, kita mengenal adanya tanda dan gejala mayor dan minor.

Tanda dan gejala mayor diartikan sebagai tanda/gejala yang jika ditemukan sekitar 80%-100% dapat memvalidasi eksistensi/tegaknya diagnosis keperawatan tersebut. Sedangkan tanda dan gejala minor diartikan sebagai tanda/gejala yang tidak harus ditemukan eksistensinya, namun jika ditemukan dapat mendukung penegakan diagnosis keperawatan yang dilakukan oleh perawat profesional.

Suatu diagnosis keperawatan mempunyai bagian tersendiri yaitu deskriptor dan fokus diagnostik, penjelasannya yaitu sebagai berikut:



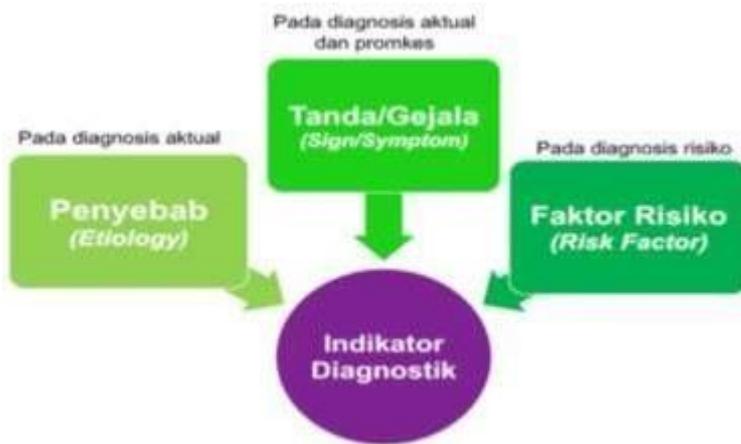
Gambar 7.6. Contoh Deskriptor dan Fokus Diagnostik pada Diagnosis Keperawatan

Pada gambar 7.6 dapat dilihat bahwa suatu diagnosis keperawatan mempunyai deskriptor dan fokus diagnostik. Deskriptor merupakan bagian tambahan yang mengisyaratkan adanya suatu malfungsi atau maladaptif. Jika melihat pada contoh di atas maka kondisi malfungsi atau maladaptif tercermin dengan kata gangguan, penurunan, intoleransi dan defisit. Sedangkan fokus diagnostik merupakan suatu penciri masalah apa yang terjadi pada pasien yang mengganggu pemenuhan kebutuhan dasar pasien. Jika melihat pada contoh di atas maka masalah pemenuhan kebutuhan dasar pasien yaitu pertukaran gas pada kebutuhan bernafas serta oksigenasi pasien, curah jantung pada kebutuhan sirkulasi pasien, aktivitas pada kebutuhan pergerakan atau mobilisasi pasien dan pengetahuan pada kebutuhan belajar pasien.

Pola kombinasi deskriptor dan fokus diagnostik dalam sebuah diagnosis keperawatan memberikan kejelasan dan kemaknaan yang dapat membantu perawat dalam membedakan suatu diagnosis keperawatan dengan diagnosis keperawatan lainnya berdasarkan masalah yang dialami pasien berupa tanda dan gejala yang didapatkan saat melakukan asesmen keperawatan.

D. Indikator Diagnostik sebagai Komponen Diagnosis Keperawatan dalam SDKI dan Struktur Diagnosis Keperawatan SDKI

Penting bagi seorang perawat untuk memahami adanya istilah indikator diagnostik sebagai komponen penyusunan suatu diagnosis keperawatan.



Gambar 7.7. Indikator Diagnostik sebagai Komponen Penyusunan Suatu Diagnosis Keperawatan

Pada gambar 7.7 dapat dilihat bahwa suatu diagnosis keperawatan mempunyai indikator diagnostik yang terbagi ke

dalam beberapa kondisi berdasarkan jenis diagnosis keperawatannya, penjelasan sebagai berikut:

- a. Pada jenis diagnosis keperawatan aktual maka indikator diagnostik berupa etiologi atau penyebab mengapa diagnosis keperawatan tersebut muncul serta eksis serta adanya tanda dan gejala yang terjadi pada pasien.
- b. Pada jenis diagnosis keperawatan risiko maka indikator diagnostik berupa faktor risiko yang mungkin akan menyebabkan suatu diagnosis keperawatan tersebut muncul serta eksis jika faktor risikonya tidak diantisipasi sebelumnya oleh perawat.
- c. Pada jenis diagnosis keperawatan promosi kesehatan maka indikator diagnostik berupa adanya tanda dan gejala yang terjadi pada pasien, tidak ada penyebab atau etiologi pada jenis diagnosis keperawatan ini karena diagnosis promosi kesehatan diartikan sebagai kondisi yang baik dan akan ditingkatkan menjadi kondisi yang lebih baik.

Setelah mempelajari terkait komponen sebuah diagnosis keperawatan terbentuk. Maka berikut ini merupakan pembahasan mengenai struktur diagnosis keperawatan yang dapat dilihat pada gambar berikut ini:

Label Diagnosis	Kode Diagnosis
Kategori	
Subkategori	
Definisi	
Penyebab	
Gejala dan Tanda Mayor	
Gejala dan Tanda Minor	
Kondisi Klinis Terkait	
Referensi	

Gambar 7.8. Struktur Diagnosis Keperawatan

Pada gambar 7.8 dapat dilihat bahwa suatu diagnosis keperawatan mempunyai struktur yang terdiri dari label diagnosis, kode diagnosis, letak diagnosis dalam suatu kategori dan letak diagnosis dalam suatu subkategori. Selain itu biasanya juga memuat definisi diagnosis keperawatan tersebut, penyebab diagnosis keperawatan pada jenis diagnosis keperawatan aktual, tanda dan gejala mayor serta minor pada jenis diagnosis keperawatan aktual dan promosi kesehatan, dapat juga berupa faktor risiko pada jenis diagnosis keperawatan risiko, kondisi klinis terkait yang mengisyaratkan kaitan antara kondisi yang sedang dialami pasien dengan karakteristik diagnosis keperawatan tertentu, serta dasar ilmiah dalam hal ini referensi yang mendasari penyusunan suatu diagnosis keperawatan.

Berikut merupakan contoh struktur diagnosis keperawatan aktual:

Ansietas		D.0080
Kategori: Psikologis		
Subkategori: Integritas Ego		
Definisi		
Penyebab		
1. ...		
2. ...		
Gejala dan Tanda Mayor		
Subjektif	Objektif	
1. ...	1. ...	
2. ...	2. ...	
Gejala dan Tanda Minor		
Subjektif	Objektif	
1. ...	1. ...	
2. ...	2. ...	
Kondisi Klinis Terkait		
1. ...		
2. ...		

Gambar 7.9. Struktur Diagnosis Keperawatan Aktual

Pada gambar 7.9 dapat dilihat bahwa diagnosis keperawatan aktual mempunyai struktur yang terdiri dari label diagnosis, kode diagnosis, letak diagnosis dalam suatu kategori dan letak diagnosis dalam suatu subkategori. Selain itu biasanya juga memuat definisi diagnosis keperawatan tersebut, penyebab diagnosis keperawatan, tanda dan gejala mayor serta minor yang terbagi ke dalam data objektif dan data subjektif, kondisi klinis terkait yang mengisyaratkan kaitan antara kondisi yang sedang dialami pasien dengan

karakteristik diagnosis keperawatan tertentu, serta dasar ilmiah dalam hal ini referensi yang mendasari penyusunan suatu diagnosis keperawatan.

Berikut merupakan contoh struktur diagnosis keperawatan risiko:

Risiko Jatuh	D.0142
Kategori: Lingkungan	
Subkategori: Keamanan dan Proteksi	
Definisi ...	
Faktor Risiko 1. ... 2. ...	
Kondisi Klinis Terkait 1. ... 2. ...	

Gambar 7.10. Struktur Diagnosis Keperawatan Risiko

Pada gambar 7.10 dapat dilihat bahwa diagnosis keperawatan risiko mempunyai struktur yang terdiri dari label diagnosis, kode diagnosis, letak diagnosis dalam suatu kategori dan letak diagnosis dalam suatu subkategori. Selain itu biasanya juga memuat definisi diagnosis keperawatan tersebut, faktor risiko pada jenis diagnosis keperawatan risiko, kondisi klinis terkait yang mengisyaratkan kaitan antara kondisi yang sedang dialami pasien dengan karakteristik diagnosis keperawatan tertentu, serta dasar ilmiah dalam hal ini referensi yang mendasari penyusunan suatu diagnosis keperawatan. Faktor risiko disini merupakan data objektif

maupun data subjektif yang didapatkan saat asesmen keperawatan. Faktor risiko mengindikasikan arah kemungkinan terjadi perburukan kondisi jika tidak segera dan tepat secara penanganan yang dilakukan sebagai upaya pencegahan terhadap kejadian yang nyata.

Sebagai contoh pada pasien yang terpasang kateter urine, adanya diagnosis risiko infeksi merupakan suatu keniscayaan mengingat pemasangan kateter urine termasuk prosedur invasif yang mempunyai risiko akan kejadian infeksi. Memang saat dilakukan pemasangan kateter urine, kejadian infeksi tidak ada. Namun, jika pemasangan kateter urine dalam waktu lama dan tanpa mendapatkan perawatan kateter urine yang baik bisa saja kejadian infeksi saluran kemih terjadi. Sehingga faktor risiko adanya prosedur invasif dapat dijadikan data objektif yang mendukung adanya faktor risiko pada diagnosis keperawatan “risiko infeksi”.

Contoh lain juga pada kasus pasien yang mengalami sakit dalam periode lama dan kompleksitas masalah kesehatan yang dialami sehingga mempunyai kemungkinan atau kerentanan adanya luka tekan sehingga dapat ditegakkan diagnosis keperawatan “risiko luka tekan” oleh seorang perawat.

Berikut merupakan contoh struktur diagnosis keperawatan promosi kesehatan:

Kesiapan Peningkatan Pengetahuan		D.0112
Kategori: Perilaku		
Subkategori: Penyuluhan dan Pembelajaran		
Definisi		
Gejala dan Tanda Mayor		
Subjektif	Objektif	
1. ...	1. ...	
2. ...	2. ...	
Gejala dan Tanda Minor		
Subjektif	Objektif	
1. ...	1. ...	
2. ...	2. ...	
Kondisi Klinis Terkait		
1. ...		
2. ...		

Gambar 7.11. Struktur Diagnosis Keperawatan Promosi Kesehatan

Pada gambar 7.11 dapat dilihat bahwa diagnosis keperawatan promosi kesehatan mempunyai struktur yang terdiri dari label diagnosis, kode diagnosis, letak diagnosis dalam suatu kategori dan letak diagnosis dalam suatu subkategori. Selain itu biasanya juga memuat definisi diagnosis keperawatan tersebut, tanda dan gejala mayor serta minor yang terbagi ke dalam data objektif dan data subjektif, kondisi klinis terkait yang mengisyaratkan kaitan antara kondisi yang sedang dialami pasien dengan karakteristik diagnosis keperawatan tertentu, serta dasar ilmiah dalam hal ini referensi yang mendasari penyusunan suatu diagnosis

keperawatan. Tidak ada penyebab atau yang biasanya kita kenal dengan etiologi karena jenis diagnosis promosi kesehatan merupakan suatu kondisi yang sebenarnya sudah dalam keadaan baik dan ingin ditingkatkan lagi kondisi menjadi lebih baik dari sebelumnya.

E. Kondisi Klinis Diagnosis Keperawatan

Terdapat 437 kondisi klinis yang tertera di dalam Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI). Kondisi klinis ini selanjutnya mengerucut pada 20 kondisi yang merupakan kondisi terbanyak yang disebutkan diantara 149 diagnosis keperawatan di dalam SDKI. Berikut merupakan urutan kondisi klinis terbanyak urutan 1-20 hasil *review* dari buku SDKI yang dilakukan oleh tim penulis:

No	Kondisi Klinis	Jumlah	No	Kondisi Klinis	Jumlah
1.	Stroke	25	11.	Penyakit Alzheimer	14
2.	Penyakit kronis	25	12.	Gagal Jantung Kongestif	12
3.	Kanker	24	13.	Bayi Prematur	12
4.	Demensia	21	14.	PPOK	11
5.	Cedera Medula Spinalis	20	15.	Parkinson Disease	11
6.	Sklerosis Multipel	19	16.	AIDS	11
7.	Penyalahgunaan Zat	19	17.	Depresi	11
8.	Cedera Kepala	18	18.	Kehamilan / Melahirkan	11
9.	Trauma / Perdarahan	17	19.	Delirium	10
10.	Diabetes Mellitus	15	20.	Artritis Reumatoid	10

Gambar 7.12. Kondisi Klinis pada Diagnosis Keperawatan

Pada gambar 7.12 dapat dilihat bahwa kondisi klinis yang tertera di setiap diagnosis keperawatan mempunyai arti tersendiri dalam pelaksanaannya. Jika diambil contoh

terbanyak yaitu pada kondisi klinis pasien dengan stroke, maka dapat dilihat bahwa pasien stroke mempunyai 25 diagnosis keperawatan yang mungkin muncul sebagai masalah keperawatan yang dialami pasien. Hal ini tentunya menjadi dasar ilmiah yang baik bagi seorang perawat berupa data awal yang dapat dikembangkan guna pelayanan keperawatan yang lebih baik.

Keberadaan data tentang kondisi klinis pasien sebenarnya memberi peluang untuk perawat dalam memformulasikan suatu Panduan Asuhan Keperawatan (PAK) yang sangat diperlukan dalam pelaksanaan asuhan keperawatan pasien. PAK ini juga diperlukan dalam menjaga keseragaman asuhan yang dilakukan semua perawat dalam memberikan asuhan pada pasien yang mempunyai kesamaan dalam kondisi klinisnya. Menurut buku PERSI tahun 2012, PAK yang telah dibuat selanjutnya dapat disatukan dengan panduan lain misalnya Panduan Praktik Klinis (PPK) dokter, Panduan Asuhan Kefarmasian (PAKf) apoteker dan Panduan Asuhan Gizi (PAGz) nutrisionis untuk selanjutnya membentuk sebuah *Integrated Clinical Pathways* (ICP) pada kasus penyakit tertentu.



Gambar 7.13. *Integrated Clinnical Pathways* dalam Asuhan Terintegrasi

Pada gambar 7.13 dapat dilihat bahwa sangat baik dan berguna jika fitur kondisi klinis yang ada di buku SDKI dimanfaatkan untuk menjadi bahan referensi penyusunan Panduan Asuhan Keperawatan (PAK) yang nantinya digabungkan atau diintegrasikan dengan panduan lain dalam membentuk *Integrated Clinnical Pathways* (ICP) guna keperluan para Profesional Pemberi Asuhan (PPA) yang terlibat dalam melakukan asuhan terintegrasi. Hal baiknya yaitu dengan adanya ICP ini maka asuhan akan dapat terjamin mutunya dan dapat mengendalikan pembiayaan karena masalah yang ada pada pasien tertangani dengan baik dan terintegrasi oleh semua Profesional Pemberi Asuhan (PPA) yang merawat pasien tersebut.



Gambar 7.14. Pembuatan PAK Menggunakan Fitur Kondisi Klinis

Pada gambar 7.14 dapat dilihat bahwa fitur kondisi klinis terkait yang ada di struktur tiap diagnosis keperawatan yang ada di SDKI sangat bermanfaat untuk pembuatan Panduan Asuhan Keperawatan (PAK). Pembuatan PAK pun lebih bagus lagi jika didampingi dengan referensi seperti buku *“Nursing Diagnosis Handbook”* dari Ackley dan Ladwig (2017), mengingat di dalam buku referensi ini terdapat referensi masalah keperawatan berdasarkan kondisi klinis yang mungkin terjadi pada pasien.

F. Proses Penegakan Diagnosis Keperawatan Menggunakan SDKI

Diagnosis keperawatan menggunakan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) merupakan suatu bagian integral dari suatu proses keperawatan yang dirancang

oleh Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI). 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 dan potensial. Selanjutnya SDKI akan *di-linkkan* dengan SLKI untuk referensi luaran keperawatan dan SIKI untuk referensi intervensi keperawatan.

Berikut diagnosis-diagnosis keperawatan berdasarkan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI):

Kategori : Fisiologis

Subkategori : Respirasi

- Bersihan **jalan napas** tidak efektif - 0001
- Gangguan **penyapihan ventilator** - 0002
- Gangguan **pertukaran gas** - 0003
- Gangguan **ventilasi spontan** - 0004
- Pola napas** tidak efektif - 0005
- Risiko **aspirasi** - 0006

Kategori : Fisiologis

Subkategori : Sirkulasi

- Gangguan **sirkulasi spontan** - 0007
- Penurunan **curah jantung** - 0008
- Perfusi perifer** tidak efektif - 0009
- Risiko gangguan **sirkulasi spontan** - 0010
- Risiko penurunan **curah jantung** - 0011
- Risiko **perdarahan** - 0012
- Risiko **perfusi gastrointestinal** tidak efektif - 0013
- Risiko **perfusi miokard** tidak efektif - 0014

- Risiko **perfusi perifer** tidak efektif - 0015
- Risiko **perfusi renal** tidak efektif - 0016
- Risiko **perfusi serebral** tidak efektif - 0017

Kategori : Fisiologis

Subkategori : Nutrisi dan Cairan

- Berat badan** lebih - 0018
- Defisit **nutrisi** - 0019
- Diare** - 0020
- Disfungsi **motilitas gastrointestinal** - 0021
- Hipervolemia** - 0022
- Hipovolemia** - 0023
- Ikterik** neonatus - 0024
- Kesiapan peningkatan **keseimbangan cairan** - 0025
- Kesiapan peningkatan **nutrisi** - 0026
- Ketidakstabilan **kadar glukosa darah** - 0027
- Menyusui** efektif - 0028
- Menyusui** tidak efektif - 0029
- Obesitas** - 0030
- Risiko **berat badan lebih** - 0031
- Risiko defisit **nutrisi** - 0032
- Risiko disfungsi **motilitas gastrointestinal** - 0033
- Risiko **hipovolemia** - 0034
- Risiko **ikterik neonatus** - 0035
- Risiko ketidakseimbangan **cairan** - 0036
- Risiko ketidakseimbangan **elektrolit** - 0037
- Risiko ketidakstabilan **kadar glukosa darah** - 0038
- Risiko **syok** - 0039

Kategori : Fisiologis

Subkategori : Eliminasi

- Gangguan **eliminasi urin** - 0040
- Inkontinensia** fekal - 0041
- Inkontinensia** urin berlanjut - 0042
- Inkontinensia** urin berlebih - 0043
- Inkontinensia** urin fungsional - 0044
- Inkontinensia** urin refleks - 0045
- Inkontinensia** urin stres - 0046
- Inkontinensia** urin urgensi - 0047
- Kesiapan peningkatan **eliminasi urin** - 0048
- Konstipasi** - 0049
- Retensi urin** - 0050
- Risiko **Inkontinensia** urin urgensi - 0051
- Risiko **konstipasi** - 0052

Kategori : Fisiologis

Subkategori : Aktivitas dan Istirahat

- Disorganisasi **perilaku bayi** - 0053
- Gangguan **mobilitas fisik** - 0054
- Gangguan pola **tidur** - 0055
- Intoleransi **aktivitas** - 0056
- Keletihan** - 0057
- Kesiapan peningkatan **tidur** - 0058
- Risiko disorganisasi **perilaku bayi** - 0059
- Risiko intoleransi **aktivitas** - 0060

Kategori : Fisiologis

Subkategori : Neurosensori

- Disrefleksia** otonom - 0061
- Gangguan **memori** - 0062

- Gangguan **menelan** - 0063
- Konfusi** akut - 0064
- Konfusi** kronis - 0065
- Penurunan **kapasitas adaptif intrakranial** - 0066
- Risiko disfungsi **neurovaskuler perifer** - 0067
- Risiko **konfusi** akut - 0068

Kategori : **Fisiologis**

Subkategori : **Reproduksi dan Seksualitas**

- Disfungsi **seksualitas** - 0069
- Kesiapan **persalinan** - 0070
- Pola **seksual** tidak efektif - 0071
- Risiko disfungsi **seksual** - 0072
- Risiko **kehamilan** tidak dikehendaki - 0073

Kategori : **Psikologis**

Subkategori : **Nyeri dan Kenyamanan**

- Gangguan **rasa nyaman** - 0074
- Ketidaknyamanan** Pasca Partum - 0075
- Nausea** - 0076
- Nyeri** akut - 0077
- Nyeri** kronis - 0078
- Nyeri** melahirkan - 0079

Kategori : **Psikologis**

Subkategori : **Integritas Ego**

- Ansietas** - 0080
- Berduka** - 0081
- Distres spiritual** - 0082
- Gangguan citra tubuh** - 0083
- Gangguan **identitas diri** - 0084

- Gangguan **persepsi sensori** - 0085
- Harga diri** rendah kronis - 0086
- Harga diri** rendah situasional - 0087
- Keputusasaan** - 0088
- Kesiapan peningkatan **konsep diri** - 0089
- Kesiapan peningkatan **koping** keluarga - 0090
- Kesiapan peningkatan **koping** komunitas - 0091
- Ketidakberdayaan** - 0092
- Ketidakmampuan **koping** keluarga - 0093
- Koping** defensif - 0094
- Koping** komunitas tidak efektif - 0095
- Koping** tidak efektif - 0096
- Penurunan **koping** keluarga - 0097
- Penyangkalan** tidak efektif - 0098
- Perilaku kesehatan** cenderung berisiko - 0099
- Risiko **distres spiritual** - 0100
- Risiko **harga diri** rendah kronis - 0101
- Risiko **harga diri** rendah situasional - 0102
- Risiko **ketidakberdayaan** - 0103
- Sindrom **pasca trauma** - 0104
- Waham** - 0105

Kategori : Psikologis

Subkategori : Pertumbuhan dan Perkembangan

- Gangguan **tumbuh kembang** - 0106
- Risiko gangguan **perkembangan** - 0107
- Risiko gangguan **pertumbuhan** - 0108

Kategori : Perilaku

Subkategori : Kebersihan Diri

- Defisit **perawatan diri** - 0109

Kategori : Perilaku

Subkategori : Penyuluhan dan Pembelajaran

- Defisit **kehatan** komunitas - 0110
- Defisit **pengetahuan** - 0111
- Kesiapan peningkatan **manajemen kesehatan** - 0112
- Kesiapan peningkatan **pengetahuan** - 0113
- Ketidakpatuhan** - 0114
- Manajemen kesehatan** keluarga tidak efektif - 0115
- Manajemen kesehatan** tidak efektif - 0116
- Pemeliharaan kesehatan** tidak efektif - 0117

Kategori : Relasional

Subkategori : Interaksi Sosial

- Gangguan **interaksi sosial** - 0118
- Gangguan **komunikasi verbal** - 0119
- Gangguan **proses keluarga** - 0120
- Isolasi sosial** - 0121
- Kesiapan peningkatan **menjadi orang tua** - 0122
- Kesiapan peningkatan **proses keluarga** - 0123
- Ketegangan peran pemberi asuhan** - 0124
- Penampilan peran** tidak efektif - 0125
- Pencapaian **peran menjadi orang tua** - 0126
- Risiko gangguan **pelekatan** - 0127
- Risiko **proses pengasuhan tidak efektif** - 0128

Kategori : Lingkungan

Subkategori : Keamanan dan Proteksi

- Gangguan **integritas kulit/jaringan** - 00129
- Hipertermia** - 0130

- Hipotermia** - 0131
- Perilaku kekerasan** - 0132
- Perlambatan **pemulihan pascabedah** - 0133
- Risiko **alergi** - 0134
- Risiko **bunuh diri** - 0135
- Risiko **cedera** - 0136
- Risiko **cedera** pada ibu - 0137
- Risiko **cedera** pada janin - 0138
- Risiko gangguan **integritas kulit/jaringan** - 0139
- Risiko **hipotermia** - 0140
- Risiko **hipotermia** perioperatif - 0141
- Risiko **infeksi** - 0142
- Risiko **jatuh** - 0143
- Risiko **luka tekan** - 0144
- Risiko **mutilasi diri** - 0145
- Risiko **perilaku kekerasan** - 0146
- Risiko perlambatan **pemulihan pascabedah** - 0147
- Risiko **termoregulasi** tidak efektif - 0148
- Termoregulasi** tidak efektif - 0149

G. Proses Penegakan Diagnosis Keperawatan Menggunakan SDKI

Proses penegakan diagnosis keperawatan merupakan proses menarik kesimpulan dari data yang dikumpulkan tentang pasien dengan menggunakan *clinical judgement* (penilaian klinis). Penegakan diagnosis keperawatan yang dilakukan merupakan dasar dari pemilihan intervensi keperawatan yang akan dilakukan. Diagnosis keperawatan

yang diangkat dapat berkembang atau berubah sesuai dengan perkembangan kondisi klinis yang ditunjukkan oleh pasien selama perawatan. Terdapat tiga konsep diagnosis keperawatan yaitu 1) aktual, 2) risiko, dan 3) promosi kesehatan.

Langkah proses keperawatan dimulai dari asesmen keperawatan yang dilakukan perawat sebagai berikut:



Gambar 7.15. Penegakan Diagnosis Keperawatan Dimulai dari Asesmen Keperawatan

Pada gambar 7.15 dapat dilihat bahwa penegakan diagnosis keperawatan dimulai dengan asesmen keperawatan yang dilakukan dengan menggunakan teknik wawancara, observasi, pemeriksaan fisik dan studi dokumentasi (riwayat perawatan pasien yang terdapat di Rekam Medik pasien). Penegakan diagnosis keperawatan dilakukan dengan menganalisis data yang didapatkan dengan membandingkannya dengan nilai normal, data yang ada

kemudian perlu dikelompokkan agar dapat memudahkan perawat mengidentifikasi masalah keperawatan yang terjadi pada pasien. Masalah keperawatan yang terjadi dapat berupa masalah keperawatan aktual, masalah keperawatan risiko dan masalah keperawatan promosi kesehatan.

Pada diagnosis keperawatan aktual, harus mengandung unsur masalah keperawatan kemudian diberikan keterangan (berhubungan dengan) suatu penyebab yang mendasari dan dilanjutkan penulisan (ditandai dengan) tanda gejala baik mayor atau minor dengan kategori data objektif maupun data subjektif yang terjadi atau didapatkan pada pasien.

Pada diagnosis keperawatan risiko, harus mengandung unsur masalah keperawatan kemudian (ditandai dengan) faktor risiko yang ada terlihat pada pasien. Perlu diperhatikan bahwa diagnosis keperawatan risiko tidak nyata terjadi saat itu, namun kecenderungan akan menjadi diagnosis keperawatan aktual jika faktor risiko tidak ditangani sebaik mungkin oleh perawat.

Pada diagnosis keperawatan promosi kesehatan, harus mengandung unsur masalah keperawatan kemudian (ditandai dengan) tanda gejala baik mayor atau minor dengan kategori data objektif maupun data subjektif yang terjadi pada pasien, yang mana data tersebut menunjukkan kondisi yang dapat ditingkatkan atau diperbaiki lebih baik dan lebih sehat dari kondisi saat ini.

Proses penulisan diagnosis keperawatan ditulis menjadi beberapa kategori yang akan dijelaskan pada skema berikut:

Penulisan Three Part

- *Diagnosis Aktual*

**Masalah berhubungan dengan Penyebab
dibuktikan dengan Tanda/Gejala**

Penulisan Two Part

- *Diagnosis Risiko*

Masalah dibuktikan dengan Faktor Risiko

- *Diagnosis Promosi Kesehatan*

Masalah dibuktikan dengan Tanda/Gejala

Gambar 7.16. Penulisan Diagnosis Keperawatan

Pada gambar 7.16 dapat dilihat bahwa diagnosis keperawatan aktual terdiri dari tiga bagian dan hanya ada 2 bagian pada diagnosis keperawatan risiko dan diagnosis keperawatan promosi kesehatan.

Berikut merupakan contoh diagnosis aktual:

CONTOH DIAGNOSIS AKTUAL

The diagram illustrates the components of an actual nursing diagnosis. It shows a sample diagnosis: **Bersihkan Jalan Napas Tidak Efektif** (D.0001). The components are labeled as follows:

- Nomor Kode:** D.0001
- Label/Masalah:** Bersihkan Jalan Napas Tidak Efektif
- Definisi:** Kurang kemampuan membersihkan sekret atau obstruksi jalan napas tidak mempengaruhi jalan napas lebar penuh.
- Peyebab:** 1. Spasme jalan napas, 2. Hipersekresi jalan napas, 3. Dukungai neuromuskuler, 4. Benda asing dalam jalan napas, 5. Adanya jalan napas buatan, 6. Selulosa yang terhalang, 7. Hiperplasia lendir jalan napas, 8. Proses infeksi, 9. Respon alergi, 10. Efek agen farmakologi (mis. anestesi).
- Tanda dan Gejala:** Subjektif: 1. Merokok aktif, 2. Merokok pasif, 3. Terpapar polutan. Objektif: 1. Duruk tidak efektif, 2. Tidak menyang batuk, 3. Sputum berkecuk, 4. Mengi, wheezing, dan/atau ronkales nasale, 5. Mengikuti di jalan napas (pada neoplasia).

Bersihkan jalan napas tidak efektif b.d. spasme jalan napas d.d. batuk tidak efektif, sputum berlebih, mengi, dispnea, gelisah

Gambar 7.17. Contoh Diagnosis Aktual

Berikut merupakan contoh diagnosis risiko:

Risiko Aspirasi
 Kategori: *Perilaku*
 Subkategori: *Respirasi*

Definisi
 Definisi: Mengalami kesadaran menurun, gastrointestinal, saluran pernafasan, benda cair atau padat terdapat dalam trakeobronkial akibat defang mekanisme protektif saluran napas

Faktor Risiko

1. Perubahan tingkat kesadaran
2. Perawatan refraksi mata, ceratasi tetus
3. Gangguan menelan
4. Disfagia
5. Karies atau mobilitas gigi
6. Pergerakan lidah terganggu
7. Pergerakan laringen terganggu
8. Perawatan mulut yang buruk
9. Slinger esofagus bawah terpasang
10. Perawatan pengaliran terganggu
11. Terpapang sedang nasofaring
12. Tugasan trakeotomi atau endotracheal tube
13. Trauma/pemotongan leher, mulut, dan/atau wajah
14. Efek agen farmakologis
15. Katabolisme/kondisi menghisap, menelan dan bernapas

Kondisi Klinis Terkait

1. Cidruh hipoksia
2. Stomat
3. Cedera mulut oralis
4. Sindrom farme syndrome
5. Penyakit Perikardium
6. Karies gigi dan gigi gigitan
7. Peridontitis alveolar
8. Mandibula gracilis
9. Tulus trakeostomikal
10. Sindroma esofagus
11. Stenosis mulut
12. Laringektomi
13. Atelektasis
14. Laringitis
15. Perikarditis

0.0006

CONTOH DIAGNOSIS RISIKO

- Nomor Kode
- Label/Masalah
- Definisi
- Faktor Risiko
- Kondisi Klinis Terkait

Risiko aspirasi dibuktikan dengan tingkat kesadaran menurun

Gambar 7.18. Contoh Diagnosis Risiko

Berikut contoh diagnosis promosi kesehatan:

Kesiapan Peningkatan Eliminasi Urin
 Kategori: *Perilaku*
 Subkategori: *Eliminasi*

Definisi
 Definisi: Pribadi yang ingin berperilaku yang cukup untuk memenuhi kebutuhan eliminasi yang dapat diprediksi.

Tanda dan Gejala Mayor

- 1. Mengungkapkan keinginan untuk meningkatkan eliminasi urin
- 2. Jumlah urin normal
- 3. Karakteristik urin normal

Tanda dan Gejala Minor
 (Dapat terlewat)

- 1. Asupan cairan cukup

Kondisi Klinis Terkait

1. Cedera mulut oralis
2. Stenosis mulut
3. Karies gigi
4. Trauma jahat
5. Peridontitis alveolar
6. Penyakit ginjal

0.0048

CONTOH DIAGNOSIS PROMKES

- Nomor Kode
- Label/Masalah
- Definisi
- Tanda dan Gejala

Kesiapan peningkatan eliminasi urin dibuktikan dengan pasien ingin meningkatkan eliminasi urin, jumlah dan karakteristik urin normal

Gambar 7.19. Contoh Diagnosis Promosi Kesehatan

H. Daftar Pustaka

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

PPNI (2016). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik* (1st ed.). Jakarta: DPP PPNI.



BAB VIII

PENGGUNAAN S.L.K.I. SEBAGAI STANDAR KEPERAWATAN INDONESIA

 <https://keperawatan.uim.ac.id/>
<https://rsidaman.banjarmbarukota.go.id>

A. Pendahuluan

Standar asuhan keperawatan memiliki tiga komponen utama dalam pelaksanaannya yaitu diagnosis keperawatan, luaran keperawatan dan intervensi keperawatan. Organisasi perawat yaitu PPNI telah menerbitkan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) dan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI), untuk menyempurnakan standar asuhan yang dimiliki maka telah diterbitkan pula Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI).

Proses penyusunan rencana asuhan keperawatan terdiri dari penegakan diagnosis keperawatan, penentuan luaran keperawatan dan pemilihan intervensi keperawatan. Penentuan luaran keperawatan dengan menggunakan SLKI membuat kejelasan yang baik guna menentukan luaran keperawatan yang dikehendaki berdasarkan masalah keperawatan yang muncul. Luaran keperawatan nantinya akan menjadi dasar dari pemilihan intervensi keperawatan. Intervensi keperawatan terpilih hendaknya mempunyai luaran keperawatan yang jelas berdasarkan masalah keperawatan yang akan diselesaikan.

Luaran keperawatan merupakan suatu penentuan kriteria hasil yang diinginkan sebagai tanda bahwa masalah keperawatan yang awalnya muncul atau berisiko dapat ditangani dengan baik dan permasalahannya selesai. Luaran keperawatan juga akan digunakan sebagai indikator untuk menentukan keberhasilan suatu intervensi yang dilakukan perawat pada saat evaluasi keperawatan dilakukan sehingga penting untuk diajarkan.

B. Latar Belakang Lahirnya SLKI dan Tujuan Penyusunan SLKI

Luaran (*outcome*) keperawatan merupakan aspek-aspek yang dapat diobservasi dan diukur meliputi kondisi, perilaku, atau dari persepsi pasien, keluarga atau komunitas sebagai respon terhadap intervensi keperawatan. Luaran keperawatan menunjukkan status diagnosis keperawatan setelah dilakukannya intervensi keperawatan (Germini *et al.*, 2010; ICNP, 2015).

Luaran (*outcome*) keperawatan dapat juga diartikan sebagai hasil akhir intervensi keperawatan yang terdiri atas indikator-indikator atau kriteria hasil pemulihan masalah keperawatan yang dialami pasien. Luaran keperawatan merupakan perubahan kondisi yang spesifik dan terukur yang perawat harapkan sebagai respon terhadap asuhan keperawatan (ICN, 2009). Luaran keperawatan dapat membantu perawat memfokuskan asuhan keperawatan karena merupakan respon fisiologis, psikologis, sosial,

perkembangan atau spiritual yang menunjukkan perbaikan masalah kesehatan pasien (Potter & Perry 2013).

Luaran (*outcome*) keperawatan merupakan aspek-aspek yang dapat diobservasi dan diukur meliputi kondisi, perilaku, atau persepsi pasien, keluarga atau komunitas sebagai respon terhadap intervensi keperawatan. Luaran keperawatan menunjukkan status diagnosis keperawatan setelah dilakukan intervensi keperawatan (Germini *et al.*, 2010; ICNP, 2015). Luaran keperawatan merupakan hasil akhir intervensi keperawatan yang terdiri atas indikator atau kriteria hasil pemulihan masalah (ICN, 2009).

Setelah mempelajari terkait latar belakang kehadiran SLKI, maka dalam kesempatan ini dipelajari kembali tujuan penyusunan SLKI yang dijabarkan sebagai berikut:

- a. Menjadi acuan penentuan luaran (*outcome*) keperawatan dalam proses penyusunan rencana asuhan keperawatan.
- b. Mengarahkan intervensi keperawatan menjadi lebih fokus sesuai kriteria hasil yang ditetapkan.
- c. Meningkatkan efektivitas asuhan keperawatan karena intervensi terpilih sudah disesuaikan dengan luaran keperawatan yang dituju.
- d. Mengukur pencapaian level keberhasilan intervensi keperawatan melalui evaluasi yang dibandingkan dengan kriteria hasil yang telah ditetapkan sebelumnya.
- e. Meningkatkan mutu asuhan keperawatan.

C. Klasifikasi SLKI, Jenis Luaran dan Keterkaitan SDKI-SLKI-SIKI

Bersesuaian dengan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) yang mempunyai 14 subkategori yang pada akhirnya mengerucut pada 5 kategori yaitu kategori fisiologi, psikologis, perilaku, relasional dan lingkungan. Penyusunan Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) juga berdasarkan konsep kategori-subkategori. Keduanya mengacu pada tujuan yang sama yaitu memudahkan perawat untuk dapat memprediksi dimana letak luaran keperawatan dari masalah keperawatan dengan cara mengingat kategori-subkategori. Mempertimbangkan keterbatasan kemampuan dalam mengingat semua luaran keperawatan maka cara ini dinilai efektif dan efisien.

Sistem Klasifikasi pada Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) mengikuti klasifikasi diagnosis keperawatan, yaitu:

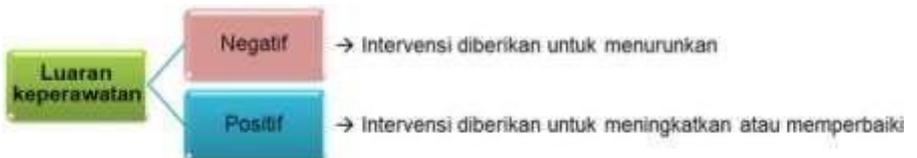
- a. *International Classification of Nursing Practice – Diagnosis Classification* (Wake, 1994)
- b. *Doenges & Moorhouse's Diagnostic Division of Nursing Diagnosis* (Doenges *et al.*, 2013)

Klasifikasi SLKI dapat dilihat pada gambar berikut:



Gambar 8.1. Kategori dan Subkategori Standar Luaran Keperawatan Indonesia

Jenis luaran keperawatan yang ditemukan di SLKI:



No.	Jenis Luaran	Contoh Luaran
1.	Positif	<input type="checkbox"/> Bersihan Jalan Nafas <input type="checkbox"/> Keseimbangan Cairan <input type="checkbox"/> Integritas Kulit dan Jaringan <input type="checkbox"/> Citra Tubuh
2.	Negatif	<input type="checkbox"/> Tingkat Nyeri <input type="checkbox"/> Tingkat Kelelahan <input type="checkbox"/> Tingkat Ansietas <input type="checkbox"/> Tingkat Berduka <input type="checkbox"/> Respon Alergi Lokal

Gambar 8.2. Jenis Luaran Keperawatan dan Contoh

Berikut merupakan keterkaitan SDKI-SLKI-SIKI yang dapat digambarkan pada bagan di bawah ini:



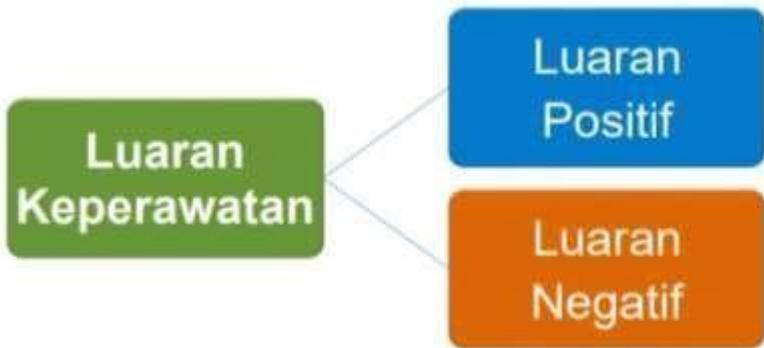
Gambar 8.3. Keterkaitan antara SDKI-SLKI-SIKI

Pada gambar 8.3 dapat dilihat bahwa terdapat keterkaitan yang erat antara SDKI, SLKI dan SIKI. Dimana masalah keperawatan yang ditegakkan akan dicoba diselesaikan dengan memilih intervensi keperawatan yang dapat dijabarkan dalam bentuk observasi, terapeutik, edukasi atau kolaborasi. Intervensi keperawatan yang dipilihpun haruslah mengarah pada luaran keperawatan yang terukur dengan jelas guna menyelesaikan masalah keperawatan yang terjadi. Luaran keperawatan inilah yang akan digunakan perawat dalam menentukan apakah intervensi keperawatan mempunyai dampak positif atau sebaliknya dalam pemenuhan kebutuhan kesehatan dan keperawatan pasien. Menentukan

dampaknya dengan cara membandingkan luaran keperawatan dengan kondisi terkini hasil evaluasi keperawatan.

D. Jenis Luaran Keperawatan

Adapun jenis luaran keperawatan yang biasanya dikenal yaitu luaran keperawatan yang bersifat positif ataupun bersifat negatif:



Gambar 8.4. Jenis Luaran Keperawatan

Pada gambar 8.4 dapat dilihat bahwa terdapat jenis luaran keperawatan yang terbagi menjadi luaran positif dan luaran negatif. Sebagai contoh luaran keperawatan yang telah disebutkan di atas, maka pelajarilah contoh luaran keperawatan berikut ini:

No	Jenis Luaran	Contoh Luaran
1	Positif (Perlu ditingkatkan)	Bersihan Jalan Napas Keseimbangan Cairan Integritas Kulit & Jaringan Citra Tubuh
2	Negatif (Perlu diturunkan)	Tingkat Nyeri Tingkat Kelelahan Tingkat Ansietas Tingkat Berduka Respon Alergi Sistemik

Gambar 8.5. Jenis Luaran Keperawatan

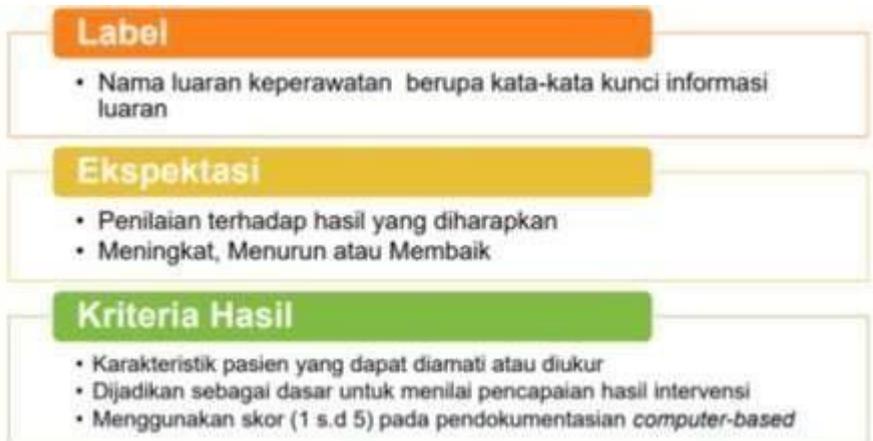
Pada gambar 8.5 dapat dilihat bahwa contoh dari jenis luaran keperawatan positif diantaranya 1) bersihan jalan napas, 2) keseimbangan cairan, 3) integritas kulit dan jaringan dan 4) citra tubuh. Jenis luaran keperawatan ini dimaksudkan untuk menggambarkan bahwa kondisi yang terjadi yaitu pasien mengalami keadaan yang tidak baik seperti: 1) pada jalan napas terdapat sekret yang menghambat patensi jalan napas, 2) kondisi cairan tubuh pasien tidak mengalami keseimbangan, 3) kondisi integritas kulit dan jaringan yang rusak atau mengalami gangguan, dan 4) pasien mengalami pergeseran citra tubuh ke sisi yang negatif. Gambaran dari kondisi di atas memerlukan luaran keperawatan yang positif (perlu ditingkatkan).

Sedangkan pada jenis luaran keperawatan dengan kategori negatif artinya kondisi yang terjadi pada pasien perlu diturunkan seperti 1) tingkat nyeri, 2) tingkat kelelahan, 3)

tingkat ansietas, 4) tingkat berduka, dan 5) respon alergi sistemik. Semuanya menunjukkan hal yang tidak bagus untuk kondisi pasien sehingga perlu diturunkan sebagai luaran keperawatannya.

E. Komponen Luaran Keperawatan

Komponen luaran keperawatan yang ada di Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) memiliki 3 komponen utama yaitu 1) label, 2) ekspektasi, dan 3) kriteria hasil. Berikut merupakan komponen dari luaran keperawatan:



Gambar 8.6. Komponen Luaran Keperawatan

Pada gambar 8.6 dapat dilihat bahwa dalam penyusunan luaran keperawatan perlu memperhitungkan 3 komponen penyusun yang penjelasannya dapat dilihat pada gambar di bawah ini:

Luaran keperawatan memiliki 3 komponen utama yaitu **Label**, **Ekspektasi** dan **Kriteria hasil**.

1. Label Merupakan kondisi, perilaku, atau persepsi pasien yang dapat diubah atau diatasi dengan intervensi keperawatan

2. Ekspektasi

No	Ekspektasi	Definisi
1.	Meningkat	Bertambah dalam ukuran, jumlah, derajat, atau tingkatan
2.	Menurun	Berkurang dalam ukuran, jumlah, derajat, atau tingkatan
3.	Membaik	Menimbulkan efek yang lebih baik, adekuat atau efektif

3. Kriteria hasil

1	2	3	4	5
Meningkat	Cukup meningkat	Sedang	Cukup menurun	Menurun
1	2	3	4	5
Menurun	Cukup menurun	Sedang	Cukup meningkat	Meningkat
1	2	3	4	5
Memburuk	Cukup memburuk	Sedang	Cukup membaik	Membaik

Gambar 8.7. Ekspektasi Luaran Keperawatan

Pada gambar 8.7 dapat dilihat bahwa luaran keperawatan mempunyai tiga ekspektasi yaitu 1) meningkat yang diartikan sebagai adanya penambahan dalam ukuran, jumlah, derajat atau tingkatan; 2) menurun yang diartikan sebagai adanya pengurangan dalam ukuran, jumlah, derajat atau tingkatan; 3) membaik yang diartikan sebagai timbulnya efek yang lebih baik, adekuat atau efektif.

Ekspektasi ini harus disesuaikan dengan masalah keperawatan yang terjadi, jika kondisi pada masalah keperawatan yang terjadi bersifat adanya penurunan kapasitas dari fungsi tubuh maka eskpektasi yang ditetapkan menggunakan “meningkat” dan sebaliknya jika sifat masalah keperawatan berupa terjadinya peningkatan dari kondisi yang buruk bagi tubuh maka eskpektasi yang ditetapkan menggunakan “menurun”. Sedangkan jika sifat masalah

keperawatan berupa terjadinya perburukan dari kondisi tubuh maka ekspektasi yang ditetapkan menggunakan “membaik”.

Guna lebih memahami tentang ekspektasi luaran keperawatan, maka perhatikanlah gambar di bawah ini:

EKSPEKTASI LUARAN KEPERAWATAN

No	Ekspektasi	Definisi	Contoh Luaran
1	Meningkat	Bertambah baik dalam ukuran, jumlah maupun derajat atau tingkatan	Bersihan Jalan Napas Curah Jantung Perawatan Diri Sirkulasi Spontan Status Kenyamanan
2	Menurun	Berkurang baik dalam ukuran, jumlah maupun derajat atau tingkatan	Tingkat Keletihan Tingkat Ansietas Tingkat Berduka Tingkat Perdarahan
3	Membaik	Menimbulkan efek yang lebih baik, adekuat, atau efektif.	Eliminasi Fekal Fungsi Seksual Identitas Diri Penampiran Peran Proses Pengasuhan

Gambar 8.8. Ekspektasi Luaran Keperawatan

Pada gambar 8.8 dapat dilihat bahwa ekspektasi luaran keperawatan mempunyai tiga ekspektasi yaitu 1) meningkat yang diartikan sebagai adanya penambahan dalam ukuran, jumlah, derajat atau tingkatan seperti terjadinya peningkatan bersihan jalan nafas, curah jantung yang meningkat, bertambahnya kemampuan merawat diri, meningkatnya sirkulasi spontan, meningkatnya status kenyamanan; 2) menurun yang diartikan sebagai adanya pengurangan dalam ukuran, jumlah, derajat atau tingkatan seperti berkurangnya tingkat keletihan, berkurangnya tingkat ansietas, berkurangnya tingkat berduka, berkurangnya tingkat

perdarahan; 3) membaik yang diartikan sebagai menimbulkan efek yang lebih baik, adekuat atau efektif seperti adekuatnya eliminasi fekal, membaiknya fungsi seksualitas, adekuatnya identitas diri, membaiknya penampilan peran, adekuatnya proses pengasuhan yang dilakukan perawat.

F. Penetapan dan Penerapan Luaran Keperawatan

Luaran keperawatan yang ditentukan haruslah memenuhi kaidah SMART yaitu: 1) *specific*, 2) *measurable*, 3) *attainable*, 4) *realistic*, dan 5) *time*. Kaidah *specific* dan *measurable* dapat dilihat dari penggunaan label dan indikator yang sudah terstandarisasi. Sedangkan kaidah *attainable*, *realistic/reliable*, dan *time* dapat dilakukan dengan cara menyesuaikan kondisi pasien dengan menggunakan *clinical judgement* perawat dalam penentuannya.



Diadaptasi dari:
Ackley et al (2017), Berman et al (2015), Doenges et al (2013), Potter & Perry (2013).

Gambar 8.9. Kaidah Penetapan Luaran Keperawatan dengan Memenuhi Prinsip SMART

Pada gambar 8.9 dapat dilihat bahwa dalam menentukan luaran keperawatan, seorang perawat perlu menggunakan standarisasi bahasa dalam mengambil label dan indikator luaran keperawatan dan kemampuan untuk menentukan pilihan berdasarkan *clinical judgement* sesuai kondisi pasien kelolaan masing-masing.

Penerapan luaran keperawatan dapat dilakukan menggunakan metode dokumentasi manual/tertulis maupun metode dokumentasi berbasis komputer/ elektronik. Pemilihan diantara kedua metode ini dapat disesuaikan dengan kapabilitas intansi masing-masing sesuai kebijakan dan peraturan akreditasi yang diterapkan oleh rumah sakit.

Contoh penerapan dokumentasi manual/tertulis dan komputer/elektronik dapat dilihat pada gambar di bawah ini:

Metode Dokumentasi Manual/Tertulis

Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama, maka **[Label]** **[Ekspektasi]** dengan kriteria hasil:

- Kriteria 1 (hasil)
- Kriteria 2 (hasil)
- Kriteria 3 (hasil)
- dst

Contoh:

Setelah dilakukan intervensi selama 3 jam, maka **Bersihan Jalan Napas Meningkat**, dengan kriteria hasil:

- Batuk efektif meningkat
- Produksi sputum menurun
- Mengi menurun
- Frekuensi napas 12 -20 kali/menit

Gambar 8.10. Metode Dokumentasi Berbasis Komputer

Metode Dokumentasi Berbasis Komputer

Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama, maka [**Label**] [**Ekspektasi**] dengan kriteria hasil:

- Kriteria 1 (skor)
- Kriteria 2 (skor)
- Kriteria 3 (skor)
- dst

Contoh:

Setelah dilakukan intervensi selama 3 jam, maka **Bersihan Jalan Napas Meningkat**, dengan kriteria hasil:

- *Batuk efektif* 5
- *Produksi sputum* 5
- *Mengi* 5
- *Frekuensi napas* 5

Gambar 8.11. Metode Dokumentasi Manual/Tertulis

Pada gambar 8.10 dan 8.11 dapat dilihat bahwa dalam menentukan luaran keperawatan, seorang perawat dapat menyesuaikan metode pendokumentasiannya. Jika tempat bekerja perawat telah memberlakukan pendokumentasian berbasis komputer maka setelah menentukan label dan indikator serta menetapkan ekspektasi, perawat dapat menggunakan perhitungan angka (1-5) untuk menandakan kriteria hasil yang diharapkan.

Contoh penerapan luaran keperawatan dengan basis komputer/elektronik dapat dilihat pada gambar 11.12 di bawah ini:

Metode Dokumentasi Berbasis Komputer

Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama ... maka [Luaran keperawatan] [Ekspektasi] dengan kriteria hasil:

1. Kriteria 1 (skor)
2. Kriteria 2 (skor)
3. Dan seterusnya

Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 jam, maka *bersihan nafas meningkat*, dengan kriteria hasil:

- > Batuk efektif 5
- > Produksi sputum 5
- > Frekuensi nafas 5

Gambar 8.12. Metode Dokumentasi Berbasis Komputer

Namun, jika tempat bekerja perawat belum memberlakukan pendokumentasian berbasis komputer atau masih dalam masa proses peralihan basis pendokumentasian, maka setelah menentukan label dan indikator serta menetapkan ekspektasi, perawat dapat menggunakan kata-kata yang jelas dan bahkan terukur (menggunakan nilai batas normal untuk beberapa kriteria hasil yang memiliki batas normal) untuk menandakan kriteria hasil yang diharapkan. Contoh penerapan dapat dilihat pada gambar 11.12 di bawah ini:

Metode Dokumentasi Manual/Tertulis

Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama ... maka [Luaran keperawatan] [Ekspektasi] dengan kriteria hasil:

1. Kriteria 1 (hasil)
2. Kriteria 2 (hasil)
3. Dan seterusnya

Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 jam, maka *bersihan nafas meningkat*, dengan kriteria hasil:

- > Batuk efektif
- > Produksi sputum menurun
- > Frekuensi nafas 12-20 kali/menit

Gambar 8.13. Metode Dokumentasi Manual/Tertulis

Sebagai contoh, ketika perawat menegakkan diagnosis keperawatan Ansientas (D.0080), maka tahapan selanjutnya adalah menentukan luaran keperawatan yang bersesuaian

seperti didapat pada bagian luaran utama yaitu “tingkat ansientas”. Mencari luaran pada masalah keperawatan tersebut dengan membuka daftar tautan antara SDKI-SLKI kemudian mencari luaran keperawatan yang bersesuaian dengan diagnosis keperawatan yang ditautkan tersebut. Contohnya dapat dilihat pada gambar di bawah ini:

Diagnosis Keperawatan yang diangkat: **Ansietas (D.0080)**
 Lihat daftar Tautan SDKI-SLKI) → Daftar Luaran Keperawatan

BAB V TAUTAN SDKI-SLKI	Ansietas	
	Luaran Utama	<input checked="" type="checkbox"/> Tingkat Ansietas
	Luaran Tambahan	<input type="checkbox"/> Dukungan Sosial <input type="checkbox"/> Harga Diri <input type="checkbox"/> Kesadaran Diri <input type="checkbox"/> Kontrol Diri <input type="checkbox"/> Proses Informasi <input type="checkbox"/> Status Kognitif <input type="checkbox"/> Tingkat Agitasi <input type="checkbox"/> Tingkat Pengetahuan

Gambar 8.14. Tautan SDKI-SLKI Luaran Keperawatan

Pada gambar 8.14 dapat dilihat bahwa terdapat tautan antara SDKI dengan SLKI. Tautan (*linkage*) merupakan suatu hubungan antara dua elemen atau konsep, yakni SDKI dan SLKI. Tautan ini tidak dimaksudkan untuk menggantikan penilaian klinis (*clinical judgement*) perawat dalam pelaksanaan asuhan. Pemilihan luaran keperawatan tetap harus didasarkan pada penilaian klinis dengan mempertimbangkan kekhasan kondisi pasien, keluarga, kelompok atau komunitas. Satu diagnosis keperawatan dapat memiliki lebih dari satu luaran keperawatan, jika diperlukan.

Tingkat Ansietas (contoh)		L.09093				
Definisi						
Ekspektasi		Menurun				
Kriteria Hasil						
		Meningkat	Cukup Meningkatkan	Sedang	Cukup Menurun	Menurun
		Memburuk	Cukup Memburuk	Sedang	Cukup Membaik	Membaik

Gambar 8.15. Indikator dan Kriteria Hasil dari Luanan Keperawatan Terpilih

Pada gambar 8.15 dapat dilihat bahwa terdapat alur penentuan luaran keperawatan yang dibuat. Tahapan belajar mahasiswa keperawatan biasanya akan mencari, membuka tautan secara manual terlebih dahulu. Hal ini penting agar standarisasi bahasa dalam mengambil label dan indikator luaran keperawatan dapat dilakukan dengan baik, dan dikarenakan kemampuan untuk menentukan pilihan berdasarkan pengalaman belum terbentuk secara sempurna. Namun, seiring bertambahnya pengalaman maka label luaran keperawatan untuk diagnosis keperawatan yang telah ditegaskan akan mudah didapatkan. Perlu bagi seorang perawat menggunakan *clinical judgement* untuk memilih sesuai kondisi pasien masing-masing. Pada kondisi kesehariannya perawat professional dengan pengalaman klinis pastinya tidak terlalu fokus lagi membuka referensi

seperti pada zaman pendidikan keperawatan yang telah dilalui.

G. Proses dan Cara Penentuan Luaran Keperawatan dengan Menggunakan SLKI

Luaran keperawatan menggunakan Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) merupakan suatu bagian integral dari suatu proses keperawatan yang diperuntukkan sebagai hasil yang diinginkan perawat terkait kondisi atau masalah keperawatan saat ini. Luaran yang menjadi dasar guna menentukan atau memilih intervensi keperawatan yang akan dimaksudkan menyelesaikan masalah keperawatan yang ada. SLKI dirancang oleh Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI). Hal ini merupakan komponen dari perencanaan keperawatan yang didahului oleh penegakan diagnosis keperawatan terhadap respon-respon individu terhadap masalah-masalah kesehatan yang aktual dan potensial. Selanjutnya SLKI akan *di-linkkan* dengan SIKI untuk referensi intervensi keperawatan.

Menggunakan SLKI sebagai referensi haruslah memahami teknik penggunaannya guna mensinkronkan antara masalah keperawatan yang diangkat sebagai diagnosis keperawatan menggunakan referensi SDKI. Selanjutnya dilakukan dengan cara membuka bagian “BAB V”, setelah membuka “Bab lima” ini, perawat dapat memilih luaran yang mungkin bersesuaian dengan kondisi klinis pasien. Setelah memilih luaran tertentu maka dilanjutkan dengan membuka “BAB IV”, setelah membuka “Bab empat” maka perawat dapat

memilih indikator apa saja yang akan mencapai terpenuhinya luaran keperawatan sesuai kondisi klinis pasien yang telah ditentukan. Luaran keperawatan yang dicapai akan merepresentasikan pencapaian pengentasan masalah keperawatan yang ada di bagian akhir proses keperawatan yaitu evaluasi keperawatan. Jika luaran keperawatan yang ditetapkan tercapai semua maka dapat diartikan intervensi keperawatan yang diberikan berhasil dengan baik, efektif dan efisien.

Berikut merupakan contoh penentuan luaran keperawatan menggunakan SLKI dengan cara membuka BAB V untuk menentukan luaran keperawatan, langkah pelaksanaannya dapat terlihat pada gambar di bawah ini:



Gambar 8.16. Cara Menggunakan SLKI pada Bab V

Setelah mendapatkan luaran utama, kemudian membuka BAB IV untuk menentukan indikator dari luaran keperawatan yang telah ditetapkan, seperti gambar berikut:

Tingkat Ansietas (contoh)						L.09093
Definisi						

Ekspektasi		Menurun				
Kriteria Hasil						
	Meningkat	Cukup Meningkat	Sedang	Cukup Menurun	Menurun	
<input type="checkbox"/> ---						
<input type="checkbox"/> ---						
	Memburuk	Cukup Memburuk	Sedang	Cukup Membaik	Membaik	
<input type="checkbox"/> ---						
<input type="checkbox"/> ---						

Gambar 8.17. Cara Menggunakan SLKI pada Bab IV

Contoh lain dari penentuan luaran keperawatan yang dapat dilakukan seperti gambar berikut ini:

Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif	
Luaran Utama	Bersihan Jalan Napas
Luaran Tambahan	Kontrol Gejala Pertukaran Gas Respons Alergi Lokal Respons Alergi Sistemik Respons Ventilasi Mekanik Tingkat Infeksi

Defisit Nutrisi	
Luaran Utama	Status Nutrisi
Luaran Tambahan	Berat Badan Eliminasi Fekal Fungsi Gastrointestinal Nafsu Makan Perilaku Meningkatkan Berat Badan Status Menelan Tingkat Depresi Tingkat Nyeri

Gambar 8.18. Luaran Keperawatan pada SLKI

Bersihan Jalan Napas		L.01001				
Definisi	Kemampuan membersihkan sekret atau obstruksi jalan napas untuk mempertahankan jalan napas tetap paten.					
Ekspektasi	Meningkat					
Kriteria Hasil						
Batuk efektif	Meningkat	Cukup Meningkat	Sedang	Cukup Meningkat	Meningkat	
	1	2	3	4	5	
Produksi sputum	Meningkat	Cukup Meningkat	Sedang	Cukup Meningkat	Meningkat	
	1	2	3	4	5	
Mengi	1	2	3	4	5	
Wheezing	1	2	3	4	5	
Mekonium (pada neonatus)	1	2	3	4	5	
Dyspnea	1	2	3	4	5	
Orthopnea	1	2	3	4	5	
Sulit bicara	1	2	3	4	5	
Sianosis	1	2	3	4	5	
Gelisah	1	2	3	4	5	
Frekuensi napas	Memburuk	Cukup Memburuk	Sedang	Cukup Memburuk	Memburuk	
	1	2	3	4	5	
Pola napas	1	2	3	4	5	

Gambar 8.19. Indikator dan Kriteria Hasil pada Luaran Keperawatan Bersihan Jalan Napas

H. Daftar Pustaka

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

PPNI (2018). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan* (1st ed.). Jakarta: DPP PPNI.



BAB IX

PENGGUNAAN S.I.K.I. SEBAGAI STANDAR KEPERAWATAN INDONESIA

 <https://keperawatan.uim.ac.id/>
<https://rsidaman.banjarmbarukota.go.id>

A. Pendahuluan

Standar asuhan keperawatan memiliki tiga komponen utama dalam pelaksanaannya yaitu diagnosis keperawatan, luaran keperawatan dan intervensi keperawatan. Organisasi perawat yaitu PPNI telah menerbitkan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) dan Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI), untuk menyempurnakan standar asuhan yang dimiliki maka telah diterbitkan pula Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI).

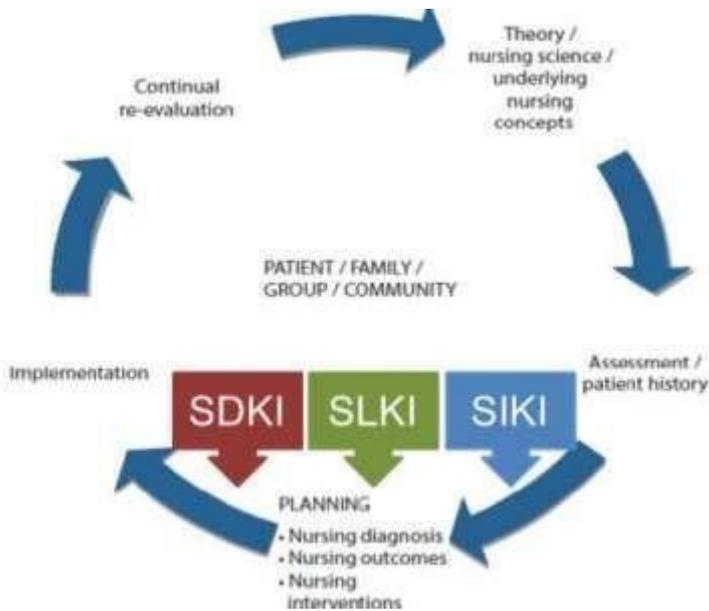
Proses penyusunan rencana asuhan keperawatan terdiri dari penegakan diagnosis keperawatan, penentuan luaran keperawatan dan pemilihan intervensi keperawatan. Pemilihan intervensi keperawatan dengan menggunakan SIKI membuat kejelasan dalam pemilihan intervensi yang bersesuaian berdasarkan masalah keperawatan yang muncul. Intervensi keperawatan ini yang nantinya akan menjadi dasar dari evaluasi keperawatan setelah dilakukan implementasi keperawatan. Intervensi keperawatan yang dipilih hendaknya mempunyai kesesuaian berdasarkan masalah keperawatan yang ingin diselesaikan.

Intervensi keperawatan merupakan suatu pemilihan tindakan-tindakan baik dalam kategori observasi, terapeutik, edukasi ataupun kolaborasi yang berguna untuk menyelesaikan permasalahan pasien. Intervensi keperawatan juga digunakan sebagai dasar bagi perawat melakukan implementasi keperawatan dalam proses asuhan yang dijalankan sehingga penting untuk diajarkan.

B. Overview dan Sistem Klasifikasi SIKI

Dalam pelaksanaannya kita sering menemukan kata “intervensi” dan “tindakan”. Sebagian dari kita mungkin akan menganggap keduanya sama atau bahkan dianggap mirip secara kemaknaan kata. Lalu apa bedanya? Intervensi keperawatan diartikan sebagai segala *treatment* yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran keperawatan (*nursing outcomes*). Sedangkan tindakan keperawatan diartikan sebagai perilaku spesifik yang dikerjakan perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan yang telah sebelumnya ditentukan.

Guna memahaminya secara mendalam, perhatikan gambar berikut ini:



Gambar 9.1. Letak Intervensi dan Implementasi dalam Siklus Proses Keperawatan

Pada gambar 9.1 dapat dilihat bahwa dalam tahap perencanaan keperawatan terdapat pemilihan intervensi keperawatan yang selanjutnya akan diterjemahkan berbentuk tindakan keperawatan di tahapan implementasi asuhan.

Klasifikasi atau taksonomi merupakan pengelompokan berdasarkan hierarki dari yang bersifat lebih umum/tinggi ke lebih khusus/rendah. Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) diklasifikasikan sama dengan klasifikasi yang ada di Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI). Kelompok klasifikasi yang ada di SIKI terdiri atas 5 kategori, 14 subkategori dan 623 intervensi keperawatan.

Penjabarannya dapat terlihat pada gambar 9.2 berikut ini:



Gambar 9.2. Sistem Klasifikasi Intervensi Keperawatan

Pada gambar 9.2 dapat dilihat bahwa dalam Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) mempunyai klasifikasi yang sama dengan apa yang disajikan di Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI). Hal ini dimaksudkan untuk memudahkan perawat dalam memilih intervensi keperawatan berdasarkan masalah keperawatan yang muncul pada pasien.

C. Kategori dan Subkategori Intervensi Keperawatan dalam SIKI

Kategori untuk mengklasifikasikan intervensi keperawatan berdasarkan SIKI terdiri atas 5 kategori intervensi keperawatan. Penjabarannya dapat terlihat pada gambar 12.3 berikut ini:



Gambar 9.3. Kategori Intervensi Keperawatan

Pada gambar 9.3 dapat dilihat bahwa dalam SIKI mempunyai klasifikasi kategori yang sama dengan apa yang dilakukan di SDKI yaitu 1) Fisiologis, 2) Psikologis, 3) Perilaku, 4) Relasional, dan 5) Lingkungan. Hal ini pastinya sangat memudahkan perawat dalam mengintegrasikan antar keduanya.

Pemilihan intervensi keperawatan akan mengacu pada masalah keperawatan yang ditegakkan guna menjadi solusi atas kondisi kesehatan atau keperawatan yang dialami pasien. Sangat penting bagi seorang perawat untuk mencari kecocokan antara intervensi keperawatan yang dipilih dengan masalah keperawatan yang ditegakkan, juga perlu dipertimbangkan terkait luaran keperawatan yang sebelumnya juga telah ditentukan. Adanya pengkategorian ini dimaksudkan untuk memudahkan mencocokkan dengan masalah keperawatan yang diangkat dengan kategori label

intervensi keperawatan yang dipilih. Selanjutnya 5 kategori ini akan diturunkan ke dalam 14 subkategori yang akan dijelaskan pada sub judul setelah ini.

Berangkat dari 5 kategori, maka subkategori untuk mengklasifikasikan intervensi keperawatan berdasarkan SIKI terdiri atas 14 subkategori intervensi keperawatan. Penjabarannya dapat terlihat pada gambar 9.4 berikut ini:



Gambar 9.4. Subkategori Intervensi Keperawatan

Pada gambar 9.4 dapat dilihat bahwa dalam Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) mempunyai klasifikasi subkategori yang sama dengan apa yang dilakukan di Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) yaitu 1) Respirasi, 2) Sirkulasi, 3) Nutrisi dan Cairan, 4) Eliminasi, 5) Aktivitas dan Istirahat, 6) Neurosensori, 7) Reproduksi dan Seksualitas, 8) Nyeri dan Kenyamanan, 9) Integritas Ego, 10) Pertumbuhan dan Perkembangan, 11) Kebersihan Diri, 12) Penyuluhan dan Pembelajaran, 13) Interaksi Sosial, dan 14) Keamanan dan Proteksi.

Pada pelaksanaannya, intervensi keperawatan mempunyai rentang pelaksanaan yaitu: 1) *direct care intervention*, 2) *indirect care intervention*, 3) *nurse-initiated intervention*, dan 4) *healthprovider-initiated intervention*. Rentang intervensi keperawatan ini dapat dilihat pada gambar berikut ini:



Gambar 9.5. Rentang Intervensi Keperawatan

Pada gambar 9.5 dapat dilihat bahwa pelaksanaan rentang intervensi keperawatan terdiri dari:

- a. *Direct care intervention*, merupakan intervensi yang diberikan kepada pasien dilaksanakan dengan berinteraksi secara langsung dengan pasien atau keluarga. Sering diistilahkan dengan kalimat "*laying on of hands*".
- b. *Indirect care intervention*, merupakan intervensi yang diberikan kepada pasien dilaksanakan tanpa berinteraksi secara langsung dengan pasien atau keluarga, namun pelaksanaan intervensi ini dilakukan demi perbaikan kondisi pasien.
- c. *Nurse-initiated intervention*, merupakan intervensi yang diinisiasi oleh perawat untuk mengatasi diagnosis keperawatan.

- d. *Healthprovider-initiated intervention*, merupakan intervensi yang diinisiasi oleh Profesional Pemberi Asuhan (PPA) lain, namun pada pelaksanaannya dilakukan oleh perawat.

D. Komponen dan Label Intervensi Keperawatan

Komponen intervensi keperawatan yang ada di Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) memiliki 4 komponen utama yaitu 1) label, 2) definisi, 3) tindakan, dan 4) referensi. Berikut merupakan komponen dari intervensi keperawatan:



Gambar 9.6. Komponen Intervensi Keperawatan

Selain komponen intervensi keperawatan, perawat juga perlu mempelajari terkait label intervensi keperawatan yang digunakan merupakan kata benda (*noun*), bukan kata kerja (*verb*). Contohnya yaitu “Pemantauan” bukan “Memantau”. Idealnya terdiri dari tiga kata atau kurang, namun tidak lebih dari lima kata. Penulisan dilakukan dengan mengkapitalkan setiap awal kata. Label yang ada di Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) mencakup 18 deskriptor yang

memerlukan penyeragaman definisi. Berikut merupakan deskriptor dan definisinya:

Terdapat 18 Jenis Deskriptor

No	Deskriptor	Definisi
1	Dukungan	Memfasilitasi, memudahkan atau melancarkan
2	Edukasi	Mengajarkan atau memberikan informasi
3	Kolaborasi	Melakukan kerjasama atau interaksi
4	Konseling	Memberikan bimbingan
5	Konsultasi	Memberikan informasi tambahan atau pertimbangan
6	Latihan	Mengajarkan suatu keterampilan atau kemampuan
7	Manajemen	Mengidentifikasi dan mengelola
8	Pemantauan	Mengumpulkan dan menganalisis data
9	Pemberian	Menyiapkan dan memberikan
10	Pemeriksaan	Mengobservasi dengan teliti
11	Pencegahan	Meminimalkan risiko atau komplikasi
12	Pengontrolan	Mengendalikan
13	Perawatan	Mengidentifikasi dan merawat
14	Promosi	Meningkatkan
15	Rujukan	Menyusun penatalaksanaan lebih lanjut
16	Resusitasi	Memberikan tindakan secara cepat untuk mempertahankan kehidupan
17	Skrining	Mendeteksi secara dini
18	Terapi	Memulihkan kesehatan dan/atau menurunkan risiko

Gambar 9.7. Deskriptor Label Intervensi Keperawatan

Setelah mempelajari deskriptor label intervensi keperawatan, perawat harus memperhatikan terkait definisi intervensi keperawatan yang menjelaskan makna dari label intervensi keperawatan berupa perilaku perawat, bukan perilaku yang ditunjukkan oleh pasien. Dalam penulisannya

biasa diawali dengan kata kerja (*verb*). Contohnya “Memberikan” bukan “Pemberian”. Perlu diperhatikan bahwa tidak direkomendasikan sampai mengulang kata yang terdapat pada definisi. Kemudian, perlu juga dihindari penggunaan frase “kepada pasien” atau “oleh perawat”.

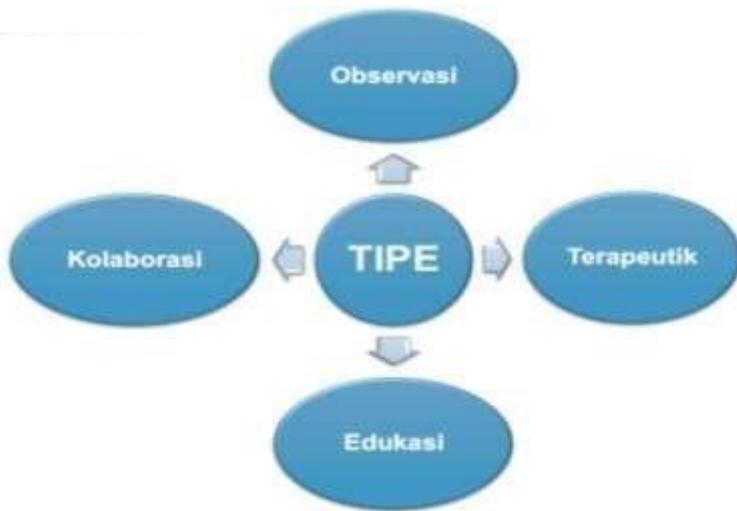
E. Penyusunan dan Pemilihan Tindakan Keperawatan

Penyusunan tindakan keperawatan biasanya diawali setiap kalimat dengan kata kerja (*verb*). Gunakanlah kata kerja yang paling aktif. Hindari menggunakan kata “kaji”, “observasi” dan “evaluasi”. Dianjurkan menggunakan kata “periksa”, “identifikasi” dan “monitor”. Hindari menyebutkan merek suatu alat/benda yang digunakan untuk melakukan intervensi keperawatan. Perlu diingat juga untuk tidak mengkombinasikan dua ide dalam satu tindakan yang akan dilakukan kepada pasien. Penyusunan tindakan juga dianjurkan untuk fokus pada tindakan yang *critical*.

Dalam pendokumentasian tindakan keperawatan dapat menambahkan kata “jika perlu” atau “sesuai kebutuhan” pada akhir tindakan yang tidak dapat dispesifikan atau memerlukan penyesuaian. Selalu teliti memeriksa konsistensi antara tindakan dengan definisi intervensi. Susunlah tindakan secara sekuensial jika dalam pelaksanaannya memungkinkan untuk dilakukan.

Perawat perlu memperhatikan pemilihan tindakan keperawatan yang akan dilakukan. Berdasarkan tipe tindakan keperawatan, maka sering dibagi menjadi: 1) observasi, 2) terapeutik, 3) edukasi dan 4) kolaborasi.

Gambaran pelaksanaannya dapat dilihat pada gambar berikut ini:



Gambar 9.8. Tipe Intervensi Keperawatan

Pada gambar 9.8 dapat dilihat bahwa pelaksanaan intervensi keperawatan terdiri dari: 1) observasi, 2) terapeutik, 3) edukasi dan 4) kolaborasi. Adapun penyusunan intervensi keperawatan dapat dilihat pada gambar di bawah ini:



Gambar 9.9. Penyusunan Intervensi Keperawatan

Pada gambar 9.9 dapat dilihat bahwa 1) tindakan observasi merupakan kegiatan dimana perawat melakukan monitoring, mengidentifikasi, memeriksa kondisi pasien guna mendapatkan data-data yang dapat ditarik kesimpulan atas kondisi yang dialami pasien, 2) tindakan terapeutik merupakan kegiatan dimana perawat melakukan kegiatan untuk mempertahankan kondisi fisiologis pasien seperti memberikan posisi nyaman (mis. telentang dengan kaki ditinggikan), mempertahankan kepatenan jalan napas, memberikan oksigen dan masih banyak kegiatan lainnya, 3) tindakan edukasi merupakan kegiatan dimana perawat melakukan pengajaran, memberikan beberapa anjuran kepada pasien, menjelaskan mengenai suatu tindakan kepada pasien dan keluarga, menjelaskan partisipasi yang dapat dilakukan keluarga atau pasien dan masih banyak kegiatan lainnya, serta 4) tindakan kolaborasi merupakan kegiatan dimana perawat melakukan tindakan yang berkaitan dengan fungsi interdependen yaitu mengkolaborasikan kegiatan kepada pasien berdasarkan penanganan farmakologi atau penanganan secara medis yang memerlukan komunikasi antar PPA.

F. Contoh Penulisan Rencana Intervensi Keperawatan

Berikut merupakan contoh penulisan rencana intervensi keperawatan yang biasanya dilakukan:

Bersihkan Jalan Napas Tidak Efektif b.d.
hipersekreksi jalan napas dibuktikan dengan batuk tidak efektif, sputum berlebih, dispnea, gelisah

Manajemen Jalan Napas

- O**
1. Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas)
 2. Observasi sputum (warna, aroma, jumlah)
 3. Monitor bunyi napas tambahan (*gurgling, wheezing.*)
-
- T / M**
4. Posisikan *head up* 30-45 derajat
 5. Lakukan fisioterapi dada, *jika perlu*
 6. Lakukan pengisapan lender kurang dari 15 detik
-
- E**
7. Ajarkan pasien teknik batuk efektif
-
- K**
8. Kolaborasi pemberian bronkodilator, *jika perlu*
-

Gambar 9.10. Penyusunan Intervensi Keperawatan

Pada gambar 9.10 dapat dilihat bahwa penyusunan intervensi keperawatan yang biasanya dilakukan perawat diupayakan selalu mengakomodir dan terkonsep dalam skema O-T-E-K sehingga memberikan tuntunan yang jelas mengenai pembagian tipe tindakan yang akan dilakukan berdasarkan fungsi perawat dalam memberikan asuhan keperawatan kepada pasien. Dimana tipe tindakan observasi dan edukasi merupakan fungsi mandiri perawat, sedangkan tindakan terapeutik dapat berupa keterampilan psikomotor mandiri oleh perawat. Namun, terkadang tindakan terapeutik juga sering bersinggungan dengan fungsi kolaboratif dengan PPA lainnya sedangkan tindakan kolaborasi biasanya memang murni mengarah pada fungsi kolaboratif dengan PPA lainnya. Perawat harus dapat memahami hal ini mengingat

kegiatan inilah yang akan menjadi kunci penyelesaian masalah keperawatan yang dialami pasien.

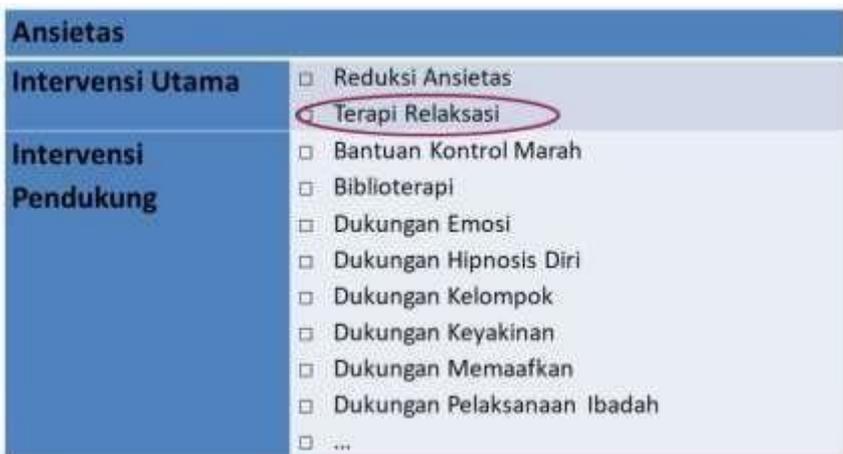
G. Proses, Cara dan Contoh Pemilihan Intervensi Menggunakan SIKI

Intervensi keperawatan menggunakan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) dapat diartikan sebagai pilihan tindakan perawat terkait kondisi atau masalah yang ada saat ini. Intervensi keperawatan diartikan sebagai tindakan untuk mencapai luaran keperawatan yang telah ditetapkan sebelumnya menyelesaikan masalah keperawatan yang ada. SIKI dirancang oleh Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI). Hal ini merupakan komponen dari perencanaan keperawatan yang didahului oleh penentuan luaran keperawatan terhadap diagnosis keperawatan yang telah ditetapkan sebelumnya. Selanjutnya SIKI akan menjadi referensi dalam pemilihan intervensi keperawatan.

Menggunakan SIKI sebagai referensi haruslah memahami teknik penggunaannya guna mensinkronkan antara luaran keperawatan yang ditetapkan sebagai target penyelesaian masalah keperawatan menggunakan referensi SLKI. Selanjutnya dilakukan dengan cara membuka bagian “Daftar Tautan SDKI-SIKI”, setelah membuka bagian ini, perawat dapat memilih label SIKI yang mungkin bersesuaian dengan kondisi klinis pasien. Setelah memilih label SIKI tertentu maka dilanjutkan dengan membuka “Daftar Intervensi Keperawatan”, setelah membuka bagian ini maka perawat dapat memilih aktivitas keperawatan apa saja yang dapat

digunakan untuk mencapai terpenuhinya luaran sesuai kondisi klinis pasien yang telah ditentukan. Luaran keperawatan yang dicapai akan merepresentasikan pencapaian pengentasan masalah keperawatan yang ada di bagian akhir proses keperawatan yaitu evaluasi keperawatan. Jika luaran yang ditetapkan tercapai semua maka dapat diartikan intervensi keperawatan yang dijalankan berhasil dengan baik.

Berikut merupakan contoh penggunaan untuk SIKI dengan membuka Daftar Tautan SDKI-SIKI untuk memilih label intervensi keperawatan:



Gambar 9.11. Cara Memilih Label pada Tautan SDKI-SIKI

Pada gambar 9.11 dapat dilihat bahwa Label intervensi keperawatan yang dipilih adalah “Terapi Relaksasi (I.09326)”. Kemudian membuka Daftar Intervensi untuk menentukan aktivitas keperawatan yang dipilih, seperti pada gambar berikut ini:

Terapi Relaksasi	I.09326
Definisi	
Tindakan	
Observasi	-
Terapeutik	- -
Edukasi	-
Kolaborasi	- -

Gambar 9.12. Cara Memilih Aktivitas pada Daftar Intervensi

Pada gambar 9.12 dapat dilihat bahwa Label intervensi keperawatan yang dipilih adalah “Terapi Relaksasi (I.09326)”. dari label intervensi yang dipilih maka dapat dicari aktivitas yang bersesuaian dengan kondisi pasien kelolaan. Aktivitas keperawatan yang bisa dipilih dapat berasal dari tindakan observasi, terapeutik, edukasi dan juga kolaborasi.

Contoh lainnya, pada pasien dengan diagnosis keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054). pasien mengeluhkan sulit menggerakkan ekstremitas, pasien mengatakan enggan melakukan pergerakan karena sakitnya. Saat dilakukan asesmen keperawatan ditemukan kekuatan otot menurun dan gerakan terbatas serta sendi terlihat kaku.

Lihatlah salah satu cara pemilihan intervensi berdasarkan diagnosis keperawatan tersebut di bawah ini:

Dukungan Mobilisasi	1.05173
Definisi	
Memfasilitasi pasien untuk meningkatkan aktivitas pergerakan fisik.	
Tindakan	
<i>Observasi</i>	
<ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya - Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan - Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi - Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi 	
<i>Terapeutik</i>	
<ul style="list-style-type: none"> - Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. pagar tempat tidur) - Fasilitasi melakukan pergerakan, <i>jika perlu</i> - Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan 	
<i>Edukasi</i>	
<ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi - Anjurkan melakukan mobilisasi dini - Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. duduk di (empat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi) 	
Referensi	
Berman, A., Snyder, S., & Fradsen, G. (2016). <i>Kozier & Erb's Fundamentals of Nursing (10th ed.)</i> USA: Pearson Education.	
Doenges, M. E. (2010). <i>Nursing Care Plans, Guidelines for Individualizing Client Care Across The Life Span (8th ed.)</i> . Philadelphia: F. A. Davis Company	
Dougherty, L. & Lister, S. (2015). <i>Manual of Clinical Nursing Procedures (9th ed.)</i> . UK: The Royal Marsden NHS Foundation Trust.	
Perry, A. G. & Potter, P. A. (2014). <i>Nursing Skills & Procedures (5th ed.)</i> . St Louis: Mosby Elsevier	
Wilkinson, J. M., Teas, L. S., Bamert, K. & Smith, M. H. (2016). <i>Fundamentals of Nursing (3rd ed.)</i> . Philadelphia: F. A. Davis Company.	

Gambar 9.13. Cara Memilih Aktivitas pada Daftar Intervensi Keperawatan Berdasarkan Kasus

Pada gambar 9.13 dapat dilihat bahwa pemilihan intervensi keperawatan yang diambil harus bersesuaian dengan kondisi pasien saat dilakukan asesmen keperawatan. Pada kasus di atas pasien mengalami penurunan kekuatan otot, gerakan terbatas serta sendi kaku. Apa yang dapat dilakukan perawat akan kondisi ini? Jawaban tepatnya adalah memberikan dukungan kepada pasien untuk melakukan mobilisasi. Sehingga intervensi yang dipilih untuk menyelesaikan masalah yaitu Dukungan Mobilisasi. Di dalam

label intervensi dukungan mobilisasi ini selanjutnya dapat dipilih intervensi berdasarkan tipenya.

H. Daftar Pustaka

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

PPNI (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan* (1st ed.). Jakarta: DPP PPNI.



BAB X

PROSES KEPERAWATAN: IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

 <https://keperawatan.ulm.ac.id>
<https://rsidaman.banjarbarukota.go.id>

A. Pendahuluan

Perencanaan keperawatan yang disusun selanjutnya dilakukan implementasi keperawatan atau dilakukan tindakan keperawatan kepada pasien dengan pendekatan interpersonal antara perawat-pasien. Dalam pelaksanaannya banyak hal yang harus diperhatikan perawat seperti memahami apa maksud dan tujuan dilakukannya implementasi keperawatan, keterampilan berpikir kritis dalam implementasi keperawatan, mengetahui jenis-jenis implementasi keperawatan termasuk di dalamnya terkait fungsi keperawatan yaitu tindakan independen-dependen-interdependen, komunikasi interpersonal dengan PPA lainnya, mengetahui risiko klinis yang mungkin terjadi saat dilakukan implementasi keperawatan dan lainnya.

Implementasi keperawatan juga dimaksudkan untuk mencapai tujuan dan hasil yang diharapkan, implementasi keperawatan juga merupakan suatu bentuk terstruktur dari tindakan atas perencanaan keperawatan yang telah disusun guna menyelesaikan masalah keperawatan yang telah ditegaskan pada proses keperawatan sebelumnya.

B. Konsep dan Tujuan Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan sering juga disebut pelaksanaan yang merupakan inisiatif dari rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang spesifik yang telah ditetapkan sebelumnya. Implementasi keperawatan merupakan serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh seorang Perawat Penanggung Jawab Asuhan (PPJA) ataupun perawat pelaksana pengganti PPJA guna membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan sebelumnya (Gordon, 1994, dalam Potter & Perry, 2011).

Implementasi keperawatan merupakan kategori dari perilaku keperawatan, dimana perawat melakukan tindakan yang diperlukan untuk mencapai tujuan dan hasil yang diperkirakan dari asuhan keperawatan yang diberikan kepada pasien (Potter & Perry 1997, dalam Haryanto, 2007). Implementasi keperawatan merupakan kegiatan guna mengkoordinasikan aktivitas pasien, keluarga, dan semua Profesional Pemberi Asuhan (PPA) untuk mengawasi dan mencatat respon pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilakukan (Nettina, 2002).

Jadi, implemetasi keperawatan merupakan suatu kategori serangkaian perilaku perawat yang berkoordinasi dengan pasien serta keluarga, dan anggota Profesional Pemberi Asuhan (PPA) lainnya untuk membantu masalah kesehatan pasien yang sesuai dengan perencanaan keperawatan dan kriteria hasil yang telah ditentukan

sebelumnya dengan cara mengobservasi, memberikan edukasi, memberikan tindakan terapeutik dan berkolaborasi untuk mencapai taraf kesehatan pasien yang lebih baik.

Pada pelaksanaan implementasi keperawatan, perawat tetap mengumpulkan data terus menerus dan perawat selalu memilih tindakan keperawatan yang sesuai dengan kondisi pasien atau masalah keperawatan yang sedang dialami pasien yang menjadi tanggung jawab kelolaan.

Adapun tujuan dari implementasi keperawatan, antara lain:

- a. Mencakup upaya peningkatan kesehatan, implementasi yang dilakukan mempunyai harapan memberikan dampak pada status kesehatan, kondisi pasien yang awalnya kurang baik menjadi lebih baik dan terhindar dari kualitas hidup pasien yang buruk.
- b. Pemulihan kesehatan, implementasi yang dilakukan bersifat terapeutik yang diartikan sebagai suatu usaha untuk dapat turut serta dalam pemulihan kondisi pasien baik fisiologis maupun psikologis, termasuk diantaranya adalah kebutuhan spiritual pasien selama masa perawatan (Ariyati, Setiawan, Rizany, 2022).
- c. Memfasilitasi koping, pada pelaksanaannya pasien yang mengalami kesakitan atau cedera membutuhkan pendampingan untuk selalu berespon positif yang ditandai dengan reaksi koping yang adekuat. Peran perawat dalam hal ini sangat dominan dalam memfasilitasi koping individu pasien.

C. Keterampilan Berpikiran Kritis dan Arti Penting dalam Implementasi Keperawatan

Terdapat 2 keputusan besar yang dibuat oleh perawat dalam tahap implementasi keperawatan, antara lain:

- a. Menentukan kekuatan dan masalah pasien saat pembuatan konklusi asesmen keperawatan dan sepanjang fase diagnostik.
- b. Merencanakan dan memilih intervensi keperawatan yang sesuai sesuai berdasarkan riset dengan menggunakan pilihan yang sistematis.

Di samping itu terdapat pula kesulitan dalam pembuatan keputusan ketika memilih intervensi perawat secara mandiri (Gordon, 1994; Synder, 1985), diantaranya:

- a. Tidak adanya data objektif mengenai kemungkinan konsekuensi dari intervensi yang dilakukan.
- b. Intervensi keperawatan sering tidak terpisah dari tindakan medis, sehingga kemandirian perawat kadang tidak terlihat dengan signifikan saat pelaksanaan implementasi yang dilakukan.

Terdapat beberapa arti penting dalam setiap pelaksanaan implementasi keperawatan yang dilakukan, antara lain:

- a. Implementasi, perencanaan yang telah dipilih pada tahap sebelumnya akan dilakukan implementasi guna mendukung proses penyembuhan pasien melalui kegiatan observasi, terapeutik, edukasi dan kolaborasi.
- b. Asesmen ulang, pada setiap pertemuan perawat dan pasien dalam pelaksanaan implementasi keperawatan

merupakan kesempatan yang baik untuk perawat melakukan asesmen ulang terkait kondisi pasien. Kejadian atau kondisi mungkin berubah dengan jeda waktu tertentu sehingga asesmen ulang sewaktu implementasi keperawatan menjadi sangat penting.

- c. Interaksi dengan pasien, hubungan interpersonal yang terjalin diantara keduanya adalah hubungan yang terapeutik dan terjadi proses saling belajar satu dengan yang lainnya. Perawat belajar tentang bagaimana menghadapi pasien yang mempunyai keunikan selama perawatan, sedangkan pasien belajar bagaimana kondisi dan perawatan dirinya menuju ke arah yang lebih baik.
- d. Data tambahan, setiap kali melakukan implementasi keperawatan mungkin saja akan muncul data-data baru yang merupakan data tambahan untuk mendukung data sebelumnya. Perawat harus dapat mengkalkulasikan dan mengkombinasikan data-data yang baru muncul dengan data-data lama ke dalam perencanaan asuhan pasien selanjutnya.
- e. Implementasi sesuai/tidak, kemampuan penilaian individu perawat sangat penting dalam kondisi pasien yang berubah, apakah perencanaan keperawatan yang sudah ditetapkan sebelumnya masih relevan atau sudah tidak relevan dengan kondisi terbaru. Seorang perawat harus mempunyai kemampuan penilaian klinis yang baik guna menentukan apakah implementasi keperawatan ini sesuai atau tidak dengan kondisi tertentu.

D. Tipe dan Tahapan Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan akan menjadi efektif ketika perawat mengetahui banyak tentang tipe-tipe intervensi, proses implementasi, dan metode implementasi spesifik. Penting bagi seorang Perawat Penanggung Jawab Asuhan (PP) dan Perawat Pelaksana (PP) untuk memahami ketiganya dalam pelaksanaan implementasi keperawatan. Penjelasan ketiga hal di atas akan disampaikan pada bagian berikutnya.

Secara garis besar terdapat tiga kategori/tipe dari implementasi keperawatan (Craven dan Hirnle, 2000) antara lain:

- a. *Cognitive implementations*, meliputi pengajaran atau pendidikan, menghubungkan tingkat pengetahuan pasien dengan kegiatan hidup sehari-hari sesuai kondisi pasien, membuat strategi untuk pasien dengan disfungsi komunikasi yang terjadi, memberikan umpan balik kepada pasien dan keluarga, mengawasi tim keperawatan, mengawasi penampilan pasien dan keluarga, serta menciptakan lingkungan sesuai kebutuhan dan lainnya.
- b. *Interpersonal implementations*, meliputi koordinasi kegiatan-kegiatan dalam masa perawatan, meningkatkan pelayanan yang diberikan, menciptakan komunikasi terapeutik, menetapkan jadwal personal, pengungkapan perasaan, memberikan dukungan spiritual, bertindak sebagai advokasi pasien, *role model* kepada pasien dan keluarga dan lainnya.
- c. *Technical implementations*, tindakan dalam kategori teknis yang dilakukan kepada pasien secara langsung. Sebagai

contoh meliputi pemberian perawatan kebersihan kulit setiap harinya, melakukan aktivitas rutin keperawatan di ruang perawatan, menemukan perubahan dari data dasar pasien, mengorganisir respon pasien yang abnormal, melakukan tindakan keperawatan mandiri, kolaborasi, dan rujukan, dan lainnya.

Tahapan implementasi diartikan sebagai rangkaian kegiatan praktik keperawatan yang diberikan kepada pasien dan keluarga guna mendukung penyembuhan pasien baik fisiologis maupun psikologis dan juga spiritual. Tahapan ini dibedakan menjadi tahap persiapan, tahap intervensi dan tahap terminasi.

1. Tahap Persiapan

Tahap persiapan tersebut meliputi kegiatan-kegiatan berikut ini:

- a. Review tindakan keperawatan yang diidentifikasi pada tahap perencanaan:
 - 1) Tindakan keperawatan disusun untuk promosi, mempertahankan dan memulihkan kesehatan pasien.
 - 2) Melaksanakan tindakan perawatan, ada beberapa kriteria yang harus dipenuhi.
 - 3) Konsisten sesuai dengan rencana tindakan.
 - 4) Berdasarkan prinsip-prinsip ilmiah.
 - 5) Ditujukan kepada individu sesuai dengan kondisi pasien.
 - 6) Digunakan untuk menciptakan lingkungan yang terapeutik dan aman.

- 7) Memberikan edukasi dan pendidikan kesehatan kepada pasien serta keluarga pasien.
 - 8) Penggunaan sarana dan prasarana yang memadai.
- b. Menganalisis pengetahuan dan keterampilan keperawatan yang diperlukan, perawat harus mengidentifikasi:
- 1) Tingkat pengetahuan
 - 2) Tipe keterampilan yang diperlukan untuk pasien.
 - 3) Siapa orang yang tepat untuk melakukan tindakan keperawatan tersebut.
- c. Mengetahui komplikasi dari tindakan keperawatan yang mungkin timbul setelah pelaksanaan implementasi:
- 1) Prosedur tindakan keperawatan mungkin berakibat terjadinya risiko tinggi kepada pasien.
 - 2) Perawat harus menyadari kemungkinan timbulnya komplikasi sehubungan tindakan keperawatan yang akan dilaksanakan.
 - 3) Perawat harus melakukan pencegahan dan mengurangi risiko yang timbul.
- d. Menentukan dan mempersiapkan peralatan yang akan digunakan, pertimbangan meliputi:
- 1) Waktu: selektif dalam menentukan waktu pada tindakan perawatan yang spesifik.
 - 2) Tenaga (personel): memperhatikan kuantitas dan kualitas tenaga yang ada dalam melakukan tindakan keperawatan.

- 3) Alat: mengidentifikasi peralatan yang diperlukan pada tindakan. Hal ini akan dapat mengantisipasi alat-alat apa yang seharusnya diperlukan dalam tindakan keperawatan yang dilakukan.
- e. Mempersiapkan lingkungan yang konduktif sesuai yang diperlukan dengan yang akan dilaksanakan:
 - 1) Perasaan nyaman pasien: lingkungan fisik dan psikologis, termasuk spiritual juga harus dikondisikan senyaman mungkin.
 - 2) Keberhasilan tindakan keperawatan harus diperhitungkan.
 - f. Mengidentifikasi aspek hukum tindakan dan etik risiko dari potensial dari suatu tindakan:
 - 1) Pelaksanaan tindakan keperawatan harus memperhatikan unsur-unsur:
 - Hak dan kewajiban pasien
 - Hak dan kewajiban perawat atau dokter, serta Profesional Pemberi Asuhan (PPA) lainnya
 - Kode etik keperawatan
 - Hukum keperawatan

2. Tahap Intervensi

Pada pelaksanaannya tahap intervensi bagi perawat merupakan kegiatan yang sangat kompleks karena bukan hanya memperhatikan dan melakukan tindakan mandiri perawat tapi juga memperhatikan tindakan dependen dan interdependen dengan Profesional Pemberi Asuhan (PPA) lainnya. Penjelasan mengenai pendekatan

tindakan keperawatan dapat dilihat pada gambar di bawah ini:

Pendekatan tindakan keperawatan meliputi tindakan:



Gambar 10.1. Pendekatan Implementasi Keperawatan

a. Tindakan Independen

- 1) Kegiatan yang dilaksanakan oleh perawat tanpa petunjuk dan perintah Profesional Pemberi Asuhan (PPA) lainnya.
- 2) Tipe dari aktivitas yang dilaksanakan perawat secara independen didefinisikan berdasarkan diagnosis keperawatan.
- 3) Tindakan tersebut merupakan suatu respon dimana perawat mempunyai kewenangan untuk melakukan tindakan keperawatan secara pasti berdasarkan pendidikan dan pengalamannya.

Dalam pelaksanaannya, tindakan keperawatan independen dapat dilihat pada contoh kasus berikut ini:

➤ "Nenek berumur 82 tahun mengalami patah tulang femur setelah jatuh. Dia mengatakan "saya ingin merawat diri saya sendiri setelah pulang dari rumah sakit. Saya tidak ingin melukai diri saya sendiri" kemudian perawat menuliskan rencana tindakan keperawatan.

✓ Bantu pasien untuk mengidentifikasi potensial perlukan sewaktu jatuh di rumah.

✓ Beritahukan dan ijinakan kepada pasien untuk melihat keadaannya sebelum pulang ke rumah.

Pada pelaksanaannya tipe tindakan independen dapat dikategorikan menjadi 4, antara lain:

a) Tindakan Diagnostik

Observasi dan pemeriksaan fisik; tindakan untuk mendapatkan data objektif yang meliputi: observasi kesadaran dan tanda-tanda vital (suhu, nadi, tekanan darah dan frekuensi pernapasan).

Wawancara dengan pasien untuk mendapatkan data subjektif, keluhan pasien, persepsi pasien tentang penyakitnya, dan riwayat penyakit pasien.

Pemeriksaan fisik berdasarkan pendekatan *Review of System* (ROS) atau *Head-to-toe* melalui pemeriksaan inspeksi, perkusi, palpasi, dan auskultasi.

Melakukan pemeriksaan laboratorium sederhana seperti Hemoglobin (Hb) dan membaca hasil dari

pemeriksaan laboratorium; rontgen dan pemeriksaan diagnostik lainnya.



Gambar 10.2. Tindakan Diagnostik Perawat

- b) Tindakan Terapeutik, bertujuan untuk mengurangi, mencegah dan mengatasi. Misalnya pasien stroke yang tidak sadar dengan *paralise* diberikan tindakan terapeutik guna mencegah terjadinya kerusakan integritas kulit dengan:
- Melakukan mobilisasi secara berkala
 - Memberikan bantal air pada bagian tubuh yang tertekan dan atau yang mengalami kelemahan.
- c) Tindakan Edukatif, perawat mengajarkan kepada pasien diabetes mellitus tentang cara melakukan aktivitas yang sesuai, cara pemberian insulin, dan mengenali tanda-tanda terjadinya hipoglikemia serta cara mengatasinya.



Gambar 10.3. Tindakan Edukatif pada Pasien

Pada gambar 10.3 dapat dilihat bahwa peran perawat (sebagai edukator) dalam tindakan independen yaitu tindakan edukatif. Dalam pelaksanaan pendidikan kesehatan dan upaya promosi kesehatan yang dilakukan perawat, bertujuan untuk membantu pasien berubah dalam pandangan kesehatan dirinya dan mengubah kebiasaan yang mengandung risiko kesakitan menjadi kebiasaan hidup sehat. Dalam kegiatan edukasi pasien dan juga perencanaan pemulangan pasien terintegrasi dengan PPA lainnya (*integrated discharge planning*) perawat mempunyai peranan penting sebagai edukator, kolaborator, dan coordinator (Jumbri, Setiawan, Rizany, 2023).

- d) Tindakan Merujuk, dalam pelaksanaannya tindakan merujuk dapat dijelaskan sesuai gambar di bawah ini:



Gambar 10.4. Tindakan Merujuk pada Pasien

Pada gambar 10.4 dapat dilihat bahwa dalam tindakan merujuk contoh pada kasus misalnya: pasien pasca trauma kepala ditemukan adanya tanda-tanda tekanan intrakranial yang meningkat, maka perawat harus mengkonsultasikan atau merujuk pasien kepada dokter ahli saraf untuk mendapatkan penanganan yang tepat dan cepat dalam mencegah terjadinya komplikasi yang lebih parah. Tindakan merujuk dapat juga dilakukan dari perawat pelaksana kepada PPJA dalam hal meminta konsultasi terkait pasien dalam kerangka kerja asuhan keperawatan.

- b. Interdependen, merupakan tindakan keperawatan yang menjelaskan suatu kegiatan yang memerlukan suatu kerjasama dengan Profesional Pemberi Asuhan (PPA) lainnya. Misalnya: pasien dengan kehamilan dan diabetes mellitus, perawat dan nutrisionis berkolaborasi untuk menentukan kebutuhan nutrisi bagi ibu dan bayi. Pada pelaksanaannya nutrisionis menentukan rencana nutrisi dan pengajaran, perawat mengajarkan manfaat gizi dan memonitor kemampuan

pasien untuk menghabiskan porsi makanan yang diberikan. Dapat dilihat pada gambar berikut ini:



Gambar 10.5. Kolaborasi dalam Tindakan Interdependen

c. *Dependen*, diartikan sebagai tindakan yang berhubungan dengan pelaksanaan rencana tindakan Profesional Pemberi Asuhan (PPA) lainnya misal dari seorang DPJP atau suatu cara dimana tindakan medis dilaksanakan. Misalkan pada contoh berikut ini: DPJP menulis "*Perawatan colostomy*". Tindakan keperawatan adalah mendefinisikan perawatan *colostomy* berdasarkan kebutuhan individu dari pasien. Tindakan tersebut meliputi:

- 1) Melakukan perawatan *colostomy* setiap 2 hari atau sewaktu-waktu kantong feses bocor.

- 2) Mengganti kantong feses (*pouch*) secepatnya. Dapat menggunakan sabun dan air untuk melepaskan darah yang melekat.
- 3) Mencuci lokasi *colostomy* dengan sabun dan air, biarkan sampai kering benar.
- 4) Mengkaji tanda dan gejala iritasi kulit dan stoma.

E. Peran Perawat Penanggung Jawab Asuhan (PPJA) dan Perawat Pelaksana dalam Implementasi Keperawatan

Dalam pelaksanaannya, implementasi keperawatan dapat melibatkan beberapa perawat dalam teknisnya. Perawat Penanggung Jawab Asuhan (PPJA) sebagai *leader* dalam asuhan keperawatan mempunyai peran koordinatif dan kolaboratif dengan sesama PPJA atau dengan Perawat Pelaksana (PP) di ruang perawatan. Dalam menjalankan perannya seorang PPJA sangat penting dalam implementasi keperawatan.

Dalam pelaksanaan implementasi keperawatan (biasanya berupa tindakan-tindakan keperawatan baik bersifat observasi, terapeutik, edukasi atau kolaborasi) seorang Perawat Penanggung Jawab Asuhan (PPJA) perlu memberikan arahan kepada Perawat Pelaksana (PP) dalam implementasi tindakan pada kasus kelolaannya di masing-masing pasien. Sebagai catatan, PPJA mengingatkan PP untuk melaporkan tindakan yang telah dilakukan dan respon yang ditunjukkan pasien guna keperluan data dalam menyusun evaluasi keperawatan.

Seorang Perawat Penanggung Jawab Asuhan (PPJA) mengingatkan Perawat Pelaksana (PP) untuk melihat dan mengerjakan tindakan yang telah dituliskan pada kolom instruksi di Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi (CPPT). Sebagai catatan, PPJA perlu melakukan *review* dan memberikan validasi atas implementasi keperawatan yang dilakukan oleh PP.

Di lain sisi, pada tahap implementasi keperawatan Perawat Pelaksana (PP) menerima arahan tindakan yang diarahkan oleh Perawat Penanggung Jawab Asuhan (PPJA). Pelaksanaan implementasi keperawatan (biasanya berupa tindakan-tindakan keperawatan baik bersifat observasi, terapeutik, edukasi atau kolaborasi) seorang PP perlu memperhatikan arahan PPJA dalam implementasi tindakan pada kasus kelolaannya di masing-masing pasien. Kemudian berdasarkan dari arahan tersebut PP melaksanakan tindakan dan melaporkan tindakan yang dilakukan kepada PPJA guna menyusun evaluasi keperawatan. sebagai catatan Perawat Pelaksana (PP) melaporkan setiap tindakan yang diberikan terhadap pasien kelolaan kepada Perawat Penanggung Jawab Asuhan (PPJA).

Pada kondisi *shift* siang dan atau malam dalam pelaksanaan implementasi keperawatan, Perawat Pelaksana (PP) membaca instruksi yang sebelumnya telah dituliskan pada Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi (CPPT) oleh Perawat Penanggung Jawab Asuhan (PPJA) di *shift* pagi. Pelaksanaan implementasi keperawatan (biasanya berupa tindakan-tindakan keperawatan baik bersifat observasi,

terapeutik, edukasi atau kolaborasi) seorang PP perlu memperhatikan arahan PPJA dalam implementasi tindakan pada kasus kelolaannya di masing-masing pasien. PP melaksanakan instruksi sesuai dengan arahan yang dituliskan dan melaporkan tindakan sesuai dengan instruksi kepada PPJA. Sebagai catatan, Perawat pelaksana mengingatkan PPJA untuk melakukan *review* dan validasi pelaksanaan implementasi keperawatan berdasarkan instruksi kepada PPJA.

Dalam pelaksanaan implementasi keperawatan menurut Rahmad, Setiawan, Rizany (2023), perawat harus memperhatikan pelaksanaan *Patient Centered Care* (PCC) menurut pasien di rumah sakit agar pasien merasakan pelayanan yang maksimal dan meningkatkan kepuasan pasien dalam perspektif pelayanan. Sedangkan menurut Bahtera, Setiawan, Rizany (2021), sebagai Profesional Pemberi Asuhan (PPA) juga perlu melaksanakan *Patient Centered Care* (PCC) agar pasien dapat merasakan hal baik selama masa perawatan. Menurut Wardalina, Rizany, Setiawan (2022), dalam pelaksanaan implementasi keperawatan terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi peran kolaborasi perawat dengan dokter di rumah sakit. Menurut Yulanda, Setiawan, Rizany (2021), *caring* yang diberikan perawat selama periode implementasi keperawatan berkaitan dengan kualitas tidur.

F. Pelaksanaan Dokumentasi Implementasi Keperawatan

Dokumentasi implementasi keperawatan merupakan suatu catatan yang memuat seluruh rangkaian implementasi keperawatan. Dokumentasi atas implementasi untuk menyelesaikan masalah keperawatan yang disusun secara urut untuk menyelesaikan masalah keperawatan sesuai dengan perencanaan keperawatan yang telah ditetapkan sebelumnya.

Dalam pelaksanaannya proses pendokumentasian implementasi keperawatan dilakukan oleh Perawat Penanggung Jawab Asuhan (PPJA) dan Perawat Pelaksana (PP) seperti pada gambar di bawah ini:

CATATAN TINDAKAN KEPERAWATAN								
Shift Pagi, tanggal dd/mm/yy			Shift Sore, tanggal dd/mm/yy			Shift Malam, tanggal dd/mm/yy		
Jam	Tindakan	Paraf	Jam	Tindakan	Paraf	Jam	Tindakan	Paraf
	<ul style="list-style-type: none"> o Label SIKI 1 terpilih di o Diagnosis terpilih o Label SIKI 2 terpilih di o Diagnosis terpilih o Tindakan lainnya _____ _____ _____ _____ o dst 			<ul style="list-style-type: none"> o Label SIKI 1 terpilih di o Diagnosis terpilih o Label SIKI 2 terpilih di o Diagnosis terpilih o Tindakan lainnya _____ _____ _____ _____ o dst 			<ul style="list-style-type: none"> o Label SIKI 1 terpilih di o Diagnosis terpilih o Label SIKI 2 terpilih di o Diagnosis terpilih o Tindakan lainnya _____ _____ _____ _____ o dst 	
Evaluasi Nyeri		Pagi		Sore		Malam		
Skala		(essay)		(essay)		(essay)		
Lokasi		(essay)		(essay)		(essay)		
Sifat		(essay)		(essay)		(essay)		
Tindakan		(essay)		(essay)		(essay)		
Manajemen Nyeri yang Dilakukan		(essay)		_____		_____		

Gambar 10.6. Dokumentasi Implementasi Keperawatan

Pada gambar 10.6 dapat dilihat bahwa dalam melaksanakan implementasi keperawatan, penting adanya

aspek legalitas berupa keterangan siapa yang melakukan implementasi keperawatan. Implementasi keperawatan yang dilakukan pada pelaksanaannya dapat berupa observasi/monitoring, terapeutik, edukasi bahkan hingga kolaborasi dengan Profesional Pemberi Asuhan (PPA) lainnya. Penting juga untuk asas akuntabilitas pekerjaan perawat yang melakukan implementasi membubuhkan nama dan paraf serta waktu pelaksanaan implementasi pada kolom format pendokumentasian yang tersedia.

G. Daftar Pustaka

- 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.
- Ayu Wardalina, Ichsan Rizany, Herry Setiawan. Faktor-faktor yang Memengaruhi Peran Kolaborasi Perawat dengan Dokter di Rumah Sakit: *Literature Review*. Nerspedia, 2022; 4(1): 78-92.
- Bulechek G.M., Butcher H.K., Dochterman J.M., Wagner C. (2013). *Nursing Interventions Classifications (NIC)*. 6th edition. Mosby: Elsevier Inc.
- Ellysia Yulanda, Herry Setiawan, Ichsan Rizany. Hubungan Kualitas Tidur dengan Perilaku Caring dalam Pelayanan Asuhan Keperawatan di RSD Idaman

Kota Banjarbaru. Jurnal Keperawatan Raflesia,
Volume 3 Nomor 2, Nov 2021.

- Fitria Ariyati, Herry Setiawan, Ichsan Rizany. Penerapan Asuhan Keperawatan Spiritual pada Pasien di Rumah Sakit: *Literature Review*. Nerspedia, 2022; 4(1): 70-77.
- 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.
- Muhammad Jumbri, Herry Setiawan, Ichsan Rizany. Peran Perawat Sebagai Edukator, Kolaborator, dan Koordinator dalam Integrated Discharge Planning sesuai SNARS di RSD Idaman Kota Banjarbaru. Nerspedia, 2023; 5(1): 48-59.
- Potter, P.A. & Perry, A.G. (2011). *Fundamental Keperawatan*. Edisi Bahasa Indonesia 7. Elsevier Pte.Ltd.
- Rahmad, Herry Setiawan, Ichsan Rizany. Pelaksanaan *Patient Centered Care (PCC)* Menurut Pasien di Rumah Sakit: *Literature Review*. Nerspedia, 2023; 5(1): 40-47.
- Rubinfeld, M.G. & Scheffer, B.K. (2010). *Critical Thinking Tactics for nurses*, 2nd Ed. Jones and Bartlett Publishers.

Yhogy Putra Mulya Bahtera, Herry Setiawan, Ichsan Rizany.
Pelaksanaan *Patient Centered Care* (PCC) Menurut
Perawat Sebagai Profesional Pemberi Asuhan:
Literatur Review. Nerspedia, 2021; 3(1): 97-105.



BAB XI

PROSES KEPERAWATAN: EVALUASI KEPERAWATAN, CATATAN PERKEMBANGAN KEPERAWATAN DAN CATATAN PERKEMBANGAN PASIEN TERINTEGRASI



<https://keperawatan.uim.ac.id>
<https://rsidaman.banjarbarukota.go.id>

A. Pendahuluan

Pelayanan berfokus kepada pasien dan keluarga sesuai amanah Standar Akreditasi Rumah Sakit Kementerian Kesehatan (STARKES) mengharuskan pelayanan yang ada menjadi terintegrasi antara Profesional Pemberi Asuhan (PPA). Pelayanan penunjang secara profesional yang berorientasi pada kebutuhan informasi kesehatan, administrator, dan manajemen pada sarana layanan kesehatan diberikan secara profesional kepada pasien dan keluarga. Paradigma baru standar akreditasi sesuai Standar Akreditasi Rumah Sakit Kementerian Kesehatan (STARKES) memberikan perubahan yang sangat signifikan pada dokumentasi asuhan terintegrasi. Asuhan pasien yang kontinu serta terintegrasi merupakan suatu keharusan yang dilaksanakan semua Profesional Pemberi Asuhan (PPA). Mendokumentasikan kondisi setiap pasien sesuai faktanya memberikan gambaran perkembangan status kesehatan pasien. Pasien menerima pelayanan terbaik oleh para PPA dibuktikan dengan hasil evaluasi atau catatan perkembangan

yang terdokumentasi dengan baik. Semuanya ini dilakukan untuk membuktikan bahwa semua PPA menjaga keamanan dan keselamatan pasien serta mutu pelayanan. Pentingnya pemahaman terkait evaluasi keperawatan dan catatan perkembangan pasien dalam asuhan keperawatan maka penting untuk topik ini dijelaskan.

B. Konsep, Tujuan, Manfaat Evaluasi/Catatan Perkembangan

Evaluasi dapat diartikan sebagai penilaian, tahapan membandingkan antara luaran keperawatan yang telah ditetapkan dengan kondisi yang saat ini ditemukan, serta upaya perbaikan kondisi pasien selama perawatan. Pada kesempatan ini perawat mencoba menemukan penyebab mengapa suatu proses keperawatan dapat berhasil atau tidak berhasil dilaksanakan (Alfaro-Le Fevre, 1994). Perawat mendapatkan respon pasien atas implementasi keperawatan berdasarkan rencana keperawatan yang telah ditetapkan sebelumnya, disinilah perbaikan ke depan dapat dilakukan.

Evaluasi keperawatan dilaksanakan berfokus pada individu pasien dan kelompok dari pasien itu sendiri. Proses evaluasi keperawatan memerlukan beberapa keterampilan dalam menetapkan rencana asuhan keperawatan, termasuk pengetahuan mengenai standar asuhan keperawatan, respon pasien yang normal terhadap tindakan keperawatan, dan pengetahuan konsep teladan dari proses keperawatan.

Evaluasi dalam keperawatan merupakan kegiatan dalam melaksanakan rencana tindakan yang telah ditentukan, untuk mengetahui pemenuhan kebutuhan pasien secara optimal dan

mengukur hasil dari proses keperawatan. Evaluasi keperawatan merupakan kegiatan mengukur keberhasilan dari rencana keperawatan dan pelaksanaan tindakan keperawatan yang dilakukan dalam memenuhi kebutuhan dasar pasien.

Pada pelaksanaannya evaluasi keperawatan mempunyai tujuan yaitu sebagai berikut:

- a. Tujuan umum:
 - 1) Menjamin asuhan keperawatan secara optimal
 - 2) Meningkatkan kualitas asuhan keperawatan
- b. Tujuan khusus:
 - 1) Mengakhiri rencana tindakan keperawatan
 - 2) Menyatakan apakah tujuan keperawatan telah tercapai atau belum tercapai
 - 3) Meneruskan rencana tindakan keperawatan
 - 4) Memodifikasi rencana tindakan keperawatan
 - 5) Dapat menentukan penyebab apabila tujuan asuhan keperawatan belum tercapai

Selain tujuan dari evaluasi keperawatan, terdapat pula manfaat evaluasi keperawatan dalam siklus proses keperawatan yang dijalankan antara lain:

- a. Menentukan tingkat perkembangan kesehatan pasien
- b. Memberikan kesempatan untuk menilai efektifitas, efisiensi dan produktivitas asuhan keperawatan yang diberikan
- c. Menilai pelaksanaan proses asuhan keperawatan
- d. Umpan balik untuk memperbaiki atau menyusun siklus baru dalam proses keperawatan

- e. Memperkuat tanggung gugat dan tanggung jawab dalam pelaksanaan asuhan keperawatan.

C. Kriteria Evaluasi, Mengukur Pencapaian Tujuan, dan Hasil Evaluasi

Dalam melakukan evaluasi keperawatan, ditentukan dengan kriteria sebagai berikut:

- a. Kriteria proses (evaluasi proses), dimaksudkan untuk menilai jalannya pelaksanaan proses asuhan keperawatan sesuai dengan situasi, kondisi dan kebutuhan pasien. Evaluasi proses harus dilaksanakan segera setelah perencanaan keperawatan dilaksanakan (diimplementasikan) untuk membantu keefektifan terhadap tindakan.
- b. Kriteria keberhasilan (evaluasi hasil/sumatif), dimaksudkan untuk menilai hasil proses asuhan keperawatan yang diperlihatkan dengan perubahan tingkah laku pasien dan status kesehatan pasien. Evaluasi ini dilakukan pada akhir tindakan keperawatan.

Perawatan yang telah dilaksanakan dapat diukur pencapaian tujuannya melewati:

- a. Aspek kognitif, dapat terlihat pada seberapa mengerti pasien akan kondisinya, seberapa mengetahui dan memahami akan edukasi dan pendidikan kesehatan yang dilakukan oleh perawat.

- b. Aspek afektif, dapat terlihat pada reaksi penerimaan yang ditunjukkan pasien selama proses perawatan atau dapat terlihat dari perubahan sikap yang terjadi pada pasien.
- c. Aspek psikomotor, dapat terlihat dari kemampuan pasien melakukan atau meredemostrasikan hal yang diajarkan perawat selama masa perawatan.
- d. Perubahan fungsi tubuh dan gejala, dapat dilihat dari kondisi fisik pasien yang awalnya mungkin mengalami keterbatasan hingga kondisi terkini dengan harapan terjadi perbaikan fungsi tubuh dan pengurangan gejala sakit pada pasien.

Berbicara kesimpulan dari hasil implementasi keperawatan, maka terdapat hasil evaluasi yang akan menentukan kelanjutan perawatan pada pasien. Kondisi terkini harus dibandingkan dengan luaran keperawatan yang telah ditetapkan sebelumnya untuk dapat menarik kesimpulan terkait hasil perawatan yang telah dijalankan. Hal ini dijelaskan pada penjelasan di bawah ini:

- a. Tujuan tercapai: jika pasien menunjukkan perubahan sesuai dengan luaran keperawatan yang telah ditetapkan.
- b. Tujuan tercapai sebagian: jika pasien menunjukkan perubahan sebagian dari luaran keperawatan dan kriteria yang telah ditetapkan.
- c. Tujuan tidak tercapai: jika pasien tidak menunjukkan perubahan dan kemajuan sama sekali dan bahkan timbul masalah baru.

D. Konsep dan Kegunaan Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi

Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi (CPPT) merupakan catatan untuk menilai kemajuan terhadap keefektifan dari asuhan medis, asuhan keperawatan, asuhan nutrisisionis, asuhan apoteker klinis dan asuhan Profesional Pemberi Asuhan (PPA) lainnya. Asuhan terintegrasi yang diberikan dalam mengatasi masalah pasien yang dipandang dalam sudut pandang bersama. Dalam pelaksanaannya terdapat umpan balik dari PPA guna meningkatkan kualitas dari asuhan terintegrasi yang terlihat pada berkas dokumentasi (di rumah sakit disebut berkas Rekam Medis).

Dalam pelaksanaan asuhan terintegrasi, terdapat kegunaan dari CPPT ini, antara lain:

- a. Mendukung keamanan dan keselamatan pada masa perawatan pasien serta efektif dan efisiennya asuhan terintegrasi.
- b. Komunikasi yang baik diantara Profesional Pemberi Asuhan (PPA) guna memastikan semua anggota tim mengetahui tentang kondisi pasien selama perawatan.
- c. Memberikan informasi yang diperlukan untuk merencanakan perawatan berkelanjutan dan terintegrasi.

Kegunaan Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi (CPPT) untuk perawat dapat terlihat pada kondisi berikut ini:

- a. Perawat mampu memenuhi kewajiban dalam pelaksanaan asuhan keperawatan yang menjadi tanggung jawab profesinya, dan mampu berkontribusi dalam asuhan

terintegrasi diantara Profesional Pemberi Asuhan (PPA) dalam bentuk asuhan terintegrasi guna mencapai keamanan dan keselamatan pasien.

- b. Perawat mengambil semua langkah yang penuh pertimbangan untuk pasien (melalui proses berpikir kritis).
- c. Segala sesuatu yang perawat tidak berhasil melakukan tidak diulangi lagi sebagai kesalahan yang sama pada kondisi yang berbeda.
- d. Perawat memastikan bahwa sistem pelayanan efektif dan efisien yang mengedepankan keamanan dan keselamatan pasien.

Dampak dari Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi (CPPT) yang tidak baik, dapat dilihat pada gambar berikut ini:



Gambar 11.1 Dampak dari CPPT yang Tidak Baik

E. Konsep SOAP dan Pendokumentasiannya pada Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi

Catatan yang dibuat oleh perawat sebagai evaluasi dari rencana yang telah dikerjakan atau implementasi

keperawatan. Standar Akreditasi Rumah Sakit Kementerian Kesehatan (STARKES) yang ditetapkan pada KMK 1128 tahun 2022. Aturan yang berlaku memastikan formatnya SOAP pada pelaksanaan asesmen ulang yang ditulis dalam formulir Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi (CPPT), baik itu yang dikerjakan perawat atau Profesional Pemberi Asuhan (PPA) lainnya. Ada kebijakan untuk menuliskan tanda tangan serah terima *shift* sebelumnya dengan yang akan bekerja (timbang terima) sebagai bukti otentik komunikasi antar *shift* berjalan dengan baik. Ada instruksi yang diberikan Perawat Penanggung Jawab Asuhan (PPJA) pada kolom instruksi CPPT untuk memastikan asuhan keperawatan berjalan dengan baik selama 24 jam dalam sehari dan 7 hari dalam seminggu.

Dokumentasi Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi (CPPT) merupakan catatan pembuktian dimana pemberian asuhan terintegrasi didokumentasikan di dalam formulir khusus yang memudahkan Profesional Pemberi Asuhan (PPA) dapat mengintegrasikan asuhannya dan dapat memberikan informasi satu sama lain diantara PPA yang terlibat mengasuh pasien.

Asesmen ulang yang pernah di bahas pada Bab terkait asesmen keperawatan, diejawantahkan pada Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi (CPPT) ini. CPPT dilaksanakan oleh perawat minimal 3 kali dalam 24 jam sesuai dengan *shift* dinasnya. Berikut ini adalah contoh dari CPPT yang dilakukan perawat antar *shift* di berbagai dinas. Berikut penjelasannya dari operasional pelaksanaan CPPT yang

dituliskan oleh perawat. Penulisan CPPT pada *shift* dinas Pagi yaitu seperti contoh berikut:

CATATAN PERKEMBANGAN PASIEN TERINTEGRASI (CPPT)				
Shift / Waktu	PPA	Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi (CPPT)	Instruksi	TTD
Pagi, 23/10/19 13.00 Wita	Ns. N (PPJA)	<p>S: mengeluhkan nyeri pada bagian perut bawah sebelah kanan, merasakan lemas</p> <p>O: TD: 120/80 mmHg, N: 90 kali/menit, R: 18 kali/menit, T: 38,5C, Tk nyeri 5, turgor kulit > 2 detik (jelek), mobilisasi terganggu, skala kekuatan otot 4/4 sinistra, 4/4 dekstra, ADL dibantu sebagian</p> <p>A: Nyeri akut, Hipertermia, Defisiensi volume cairan, Risiko jatuh, Hambatan mobilitas fisik, Kelelahan</p> <p>P: dalam 1 x 18 jam: Nyeri Tk 3, Bisa relaksasi, Tidur minimal 6 jam, T: 37C, Intake dan output balance ROM pasif/aktif, Kejadian jatuh tidak terjadi</p>	<p>Sore: Untuk PP Siang Kaji nyeri, kaji risiko jatuh, minum 700cc, kompres hangat, relaksasi, personal hygiene mandi sore/seka, ROM aktif/pasif, latihan kursi roda, monitor balance cairan, cek darah rutin. Kolaborasi: obat</p> <p>Malam: Untuk PP Malam Kaji nyeri, kaji risiko jatuh, minum 300cc, kompres hangat, aromaterapi, musik terapi, relaksasi, personal hygiene mandi pagi, ROM aktif/pasif, monitor balance cairan Kolaborasi: obat</p>	<p>Ns. N</p> <p>Timbang terima ke PP Siang TTD</p> <p>Verifikasi Ns. N 24/10/19 TTD</p>

Gambar 11.2. CPPT *Shift* Dinas Pagi

Pada gambar 11.2 dapat dilihat bahwa pada contoh di atas Ns.N selaku Perawat Penanggung Jawab Asuhan (PPJA) menuliskan instruksi kepada 2 *shift* perawat setelahnya yang akan berdinas di *shift* selanjutnya. Hal ini dikarenakan Ns.N merupakan penanggung jawab pada pasien kelolaannya. Instruksi yang dituliskan oleh Ns.N dapat berupa instruksi umum maupun instruksi spesifik setiap *shift*nya. Instruksi yang dibuat Ns.N meliputi kegiatan observasi, terapeutik, edukasi dan kolaborasi. Sebagai seorang PPJA, Ns.N juga harus dapat mengelaborasi instruksi dari Profesional Pemberi Asuhan (PPA) lainnya menjadi instruksi keperawatan. Sebagai penerus *shift* berikutnya saat Ns.N tidak ada di tempat, *shift* berikutnya hanya meneruskan

apa yang menjadi instruksi dari Ns.N sebagai PPJA pasien tersebut. Keesokan harinya Ns.N berkewajiban untuk memvalidasi kondisi pasien dan dokumentasi asuhan yang dikerjakan perawat pelaksana.

Pencatatan *shift* dinas siang yaitu seperti contoh berikut:

CATATAN PERKEMBANGAN PASIEN TERINTEGRASI (CPPT)				
Shift / Waktu	PPA	Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi (CPPT)	Instruksi	TTD
Sore, 23/10/19 19.00 Wita	Ns. N (PPJA)	<p>S: mengeluhkan nyeri pada bagian perut bawah sebelah kanan, merasakan lemas</p> <p>O: TD: 130/80 mmHg, N: 88 kali/menit, R: 18 kali/menit, T: 37,5C, Tk nyeri 5, turgor kulit > 2 detik (jelek), tidak bersedia ROM, minum 600cc, skala kekuatan otot 4/4 sinistra, 4/4 dekstra, risiko jatuh tinggi, ADL dibantu sebagian, lab urine dan darah belum ada hasil</p> <p>A: Nyeri akut, Defisiensi volume cairan, Risiko jatuh, Hambatan mobilitas fisik, Kelelahan</p> <p>P: Nyeri Tk 3, Minum 400cc</p>	<p>Malam: Untuk PP Malam</p> <p>Edukasi pentingnya minum 400cc, follow up hasil lab urine dan darah, lapor jika terdapat nilai kritis</p>	<p>PP Siang</p> <p>Timbang terima ke PP Malam</p> <p>TTD</p> <p>Verifikasi Ns. N 24/10/19 TTD</p>
<p>Catatan: Diagnosa ditetapkan oleh Ns. N selaku PPA, jika ditetapkan oleh PP karena ada perubahan kondisi maka harus diverifikasi oleh Ns. N</p>				

Gambar 11.3. CPPT *Shift* Dinas Siang

Pada gambar 11.3 dapat dilihat bahwa pada contoh di atas perawat pelaksana *shift* dinas siang hanya meneruskan apa yang menjadi instruksi dari Ns.N. adanya modifikasi instruksi untuk *shift* dinas malam sebagai bentuk kerjasama tim yang harus melaksanakan asuhan sesuai dengan instruksi Ns.N. Terdapat informasi tambahan yang ditulis di kolom instruksi sebagai pengingat karena ada *advise* dari PPA lainnya. Perawat pelaksana *shift* dinas siang selanjutnya memformulasikan instruksi modifikasi berdasarkan instruksi awal yang telah dibuat Ns.N, keesokan harinya Ns.N wajib

melakukan *review* dan validasi bukti dokumentasi tertulis yang telah dibuat.

Pencatatan *shift* dinas malam yaitu seperti contoh berikut:

CATATAN PERKEMBANGAN PASIEN TERINTEGRASI (CPPT)				
Shift / Waktu	PPA	Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi (CPPT)	Instruksi	TTD
Malam, 24/10/19 07.00 Wita	Ns. N (PPJA)	<p>S: mengatakan nyeri berkuang, masih merasakan lemas</p> <p>O: dapat tidur 7 jam dari 22.00 sd 05.00 wita, TD: 120/80 mmHg, N: 86 kali/menit, R: 16 kali/menit, T: 37C, Tk nyeri 3, turgor kulit 2 detik (kurang baik), urine 500cc keruh, ganti kateter, risiko jatuh tinggi, ROM aktif, minum 400cc, skala kekuatan otot 4/4 sinistra, 4/4 dekstra, ADL dibantu sebagian, lab urine dan darah terlampir</p> <p>A: Nyeri akut, Defisiensi volume cairan, Risiko jatuh, Hambatan mobilitas fisik, Kelelahan</p>	Info akan cek resistensi antibiotik	<p>PP Malam</p> <p>Timbang terima ke Ns. N TTD</p> <p>Verifikasi DPSP 24/10/19 TTD</p>
<p>Catatan: Para DPSP sebagai bukti bahwa DPSP sudah membaca perkembangan pasien yang dimonitor oleh keperawatan yang kemudian dipakai sebagai salah satu bahan pengambilan keputusan.</p>				

Gambar 11.4. CPPT Shift Dinas Malam

Terlihat pada gambar 11.4 bahwa *shift* dinas malam hanya meneruskan apa yang menjadi instruksi dari Ns.N dan ada sedikit modifikasi dari *shift* dinas siang sebelumnya. Adanya implementasi keperawatan modifikasi untuk *shift* dinas malam sebagai bentuk kerjasama tim yang harus melaksanakan asuhan sesuai dengan instruksi Ns.N. Terdapat informasi tambahan yang ditulis di kolom instruksi sebagai pengingat kepada Ns.N nantinya selaku PPJA pada pasien kelolaan karena ada *advise* dari PPA lainnya. Keesokan harinya Ns.N wajib melakukan *review* dan validasi bukti dokumentasi tertulis yang telah dibuat, serta

mengingatkan untuk Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP) untuk melakukan *review* dan validasi asuhan terintegrasi yang telah dilakukan. DPJP wajib melakukannya mengingat DPJP bertindak sebagai *clinical team leader* pada asuhan terintegrasi.

F. Peran Perawat Penanggung Jawab Asuhan (PPJA) dan Perawat Pelaksana dalam Evaluasi Keperawatan/ Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi

Dalam pelaksanaannya, evaluasi keperawatan/ Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi (CPPT) dapat melibatkan beberapa perawat dalam teknisnya. Perawat Penanggung Jawab Asuhan (PPJA) sebagai *leader* dalam asuhan keperawatan mempunyai peran koordinatif dan kolaboratif dengan sesama PPJA atau dengan Perawat Pelaksana (PP) di ruang perawatan. Dalam menjalankan perannya seorang PPJA sangat penting dalam evaluasi keperawatan/ Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi (CPPT).

Seorang PPJA perlu mengevaluasi asuhan keperawatan dengan membandingkan hasil implementasi keperawatan dengan luaran keperawatan yang telah ditentukan sebelumnya berdasarkan diagnosis keperawatan yang ditegakkan. Pendokumentasian evaluasi keperawatan dilakukan dengan menggunakan format dokumentasi SOAP.

PPJA bertanggung jawab menuliskan SOAP dan instruksi untuk Perawat Pelaksana (PP) *shift* selanjutnya (*shift* siang dan *shift* malam ketika PPJA hanya berdinas di *shift*

pagi). Selain itu, PPJA harus menuliskan nama dan tanda tangannya sebagai bentuk validasi yang dilakukan.

Di lain sisi, seorang Perawat Penanggung Jawab Asuhan (PPJA) menerima laporan hasil evaluasi keperawatan dari Perawat Pelaksana (PP). Jika PP melaporkan adanya perubahan kondisi pasien kelolaannya, PPJA mendelegasikan tugas kepada PP untuk menuliskan analisis (berisikan diagnosis keperawatan) tambahan, *planning* (berisikan *outcome*) tambahan, dan instruksi tambahan berdasarkan arahan PPJA sesuai dengan data subjektif dan objektif yang disampaikan oleh PP. sebagai catatan, PPJA perlu melakukan *review* dan memberikan validasi terhadap evaluasi keperawatan yang dilakukan oleh PP.

Pada kondisi *shift* siang dan atau malam dalam pelaksanaan evaluasi keperawatan, Perawat Pelaksana (PP) melaporkan data yang didapatkan kepada Perawat Penanggung Jawab Asuhan (PPJA) untuk dilakukan evaluasi keperawatan oleh PPJA. Pendokumentasian evaluasi keperawatan ditulis dengan format SOAP yang dibuat oleh PPJA, tetapi dalam kondisi tertentu misalnya ketika kondisi banyaknya pasien, PP dapat melakukan penulisan SOAP berdasarkan pada arahan dan dilaporkan kepada PPJA. Seorang PP juga menulis nama PPJA dan meminta tanda tangan validasi.

Pada kondisi *shift* siang dan atau malam tahap evaluasi keperawatan, Perawat Pelaksana (PP) melaporkan hasil evaluasi kepada Perawat Penanggung Jawab Asuhan (PPJA). Pada kondisi tertentu misalnya terdapat perubahan kondisi

yang mengharuskan memodifikasi *planning* dan instruksi maka PP menuliskan dan melaporkan perubahan tersebut kepada PPJA menyesuaikan dengan kondisi pasien. Sebagai catatan, perawat pelaksana mengingatkan PPJA untuk melakukan *review* dan validasi evaluasi keperawatan oleh PPJA.

G. Pendokumentasian Asuhan Keperawatan sesuai Standar Akreditasi Rumah Sakit Kementerian Kesehatan (STARKES)

Standar Akreditasi Rumah Sakit Kementerian Kesehatan (STARKES) mengamanatkan bahwa segala bentuk proses asuhan keperawatan yang diberikan kepada pasien wajib dilakukan dokumentasi keperawatan. Kenyataannya dokumentasi yang dilakukan oleh perawat masih sangat jauh dari kata sesuai harapan (Muryani, Pertiwiwati, Setiawan (2019). Hal ini memerlukan upaya yang serius untuk perbaikan kualitas pendokumentasian asuhan keperawatan.

Dalam pelaksanaannya banyak faktor yang mempengaruhi dokumentasi keperawatan antara lain menurut Syukur, Pertiwiwati, Setiawan (2018) adalah beban kerja perawat. Menurut Nadila, Setiawan, Rizany (2020), kualitas dokumentasi yang dilakukan oleh perawat erat hubungannya dengan beban kerja. Menurut Passya, Rizany, Setiawan (2019), terdapat pula hubungan peran kepala ruangan dan supervisor keperawatan dengan motivasi perawat dalam melakukan dokumentasi keperawatan. Menurut Adawiah, Setiawan, Rizany (2021), terdapat juga hubungan yang

bermakna antara peran supervisor dengan kualitas pendokumentasian asuhan keperawatan.

H. Daftar Pustaka

- 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.
- Aswadi Syukur, Endang Pertiwiwati, Herry Setiawan. Hubungan Beban Kerja dengan Dokumentasi Asuhan Keperawatan. Nerspedia, Oktober 2018; 1(2): 164-171.
- Bulechek G.M., Butcher H.K., Dochterman J.M., Wagner C. (2013). Nursing Interventions Classifications (NIC). 6th edition. Mosby: Elsevier Inc.
- KARS. (2016). Dokumentasi Rekam Medis Dalam Kontek Akreditasi Rumah Sakit (1st ed.). Komisi Akreditasi Rumah Sakit.
- 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.

- Muryani, Endang Pertiwiwati, Herry Setiawan. Kualitas Pendokumentasian Asuhan Keperawatan di Ruang Rawat Inap (Studi di RSUD Kalimantan Tengah). Nerspedia, April 2019; 2(1): 27-32.
- Nadila Nadila, Herry Setiawan, Ichsan Rizany. Beban Kerja dengan Kualitas Pendokumentasian Asuhan Keperawatan sesuai SNARS. Jurnal Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan, Vol 3 No 2, Nov 2020/ page 62-71. Potter, P.A. & Perry, A.G. (2011). Fundamental Keperawatan. Edisi Bahasa Indonesia 7. Elsevier Pte.Ltd.
- Peggy Passya, Ichsan Rizany, Herry Setiawan. Hubungan Peran Kepala Ruangan dan Supervisor Keperawatan dengan Motivasi Perawat dalam Melakukan Dokumentasi Keperawatan. Jurnal Keperawatan Raflesia, Volume 1 Nomor 2, November 2019, p99-108.
- Rabiatul Adawiah, Herry Setiawan, Ichsan Rizany. Hubungan Peran Supervisor dengan Kualitas Pendokumentasian Asuhan Keperawatan sesuai SNARS di RSD Idaman Kota Banjarbaru. Dunia Keperawatan, Volume 9, Nomor 2, 2021: 197-207.
- Rubinfeld, M.G. & Scheffer, B.K. (2010). Critical Thinking Tactics for nurses, 2nd Ed. Jones and Bartlett Publishers.

GLOSARIUM

Advise, diartikan sebagai pelaksanaan suatu tindakan keperawatan atau kolaborasi atas arahan dari seorang Profesional Pemberi Asuhan (PPA) lainnya.

Afektif, diartikan sebagai perasaan dan emosi seseorang. Ada empat karakteristik afektif yang penting dalam keseharian adalah: (1) minat, 2) sikap, 3) konsep diri, dan 4) nilai. Hal ini menjadi pertimbangan bagi perawat dalam praktiknya.

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 keperawatan, dapat diartikan juga sebagai pengkajian keperawatan 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.

Caring, tindakan yang mengacu pada respon pasien serta dilakukan asuhan keperawatan

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

Curing, tindakan yang mengacu pada proses penyakit serta dilakukan terapi.

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.

Deskriptor, merupakan bagian tambahan yang mengisyaratkan adanya suatu malfungsi atau maladaptif pada sebuah diagnosis keperawatan. Deskriptor merupakan istilah pengindeksan yang terdiri dari satu atau dua kata yang mewakili selalu satu konsep atau konsep-konsep yang memiliki pengertian yang sama.

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.

Dokumentasi berbasis komputer/elektronik, suatu metode pendokumentasian yang telah memanfaatkan teknologi informasi dalam pelaksanaannya. Jika di tatanan rumah sakit, sering dikaitkan dengan Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS).

Dokumentasi manual/tertulis, suatu metode pendokumentasian yang biasa digunakan di rumah sakit dengan menggunakan Rekam Medis pasien. Biasanya masih ditulis tangan dan ataupun sudah menggunakan lembar *check list*

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.

Edukasi, merupakan segala keadaan, hal, peristiwa, kejadian, atau tentang suatu proses perubahan sikap dan tata laku seorang pasien atau kelompok pasien dan atau keluarga dalam usaha mendewasakan manusia melalui upaya pengajaran dan pelatihan untuk meningkatkan status kesehatan pasien dan atau keluarga pasien.

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.

Evaluasi keperawatan, merupakan bentuk asesmen ulang pada asuhan keperawatan dan asuhan terintegrasi, kegiatan yang terus menerus dilakukan perawat untuk menentukan apakah rencana keperawatan efektif dan bagaimana rencana keperawatan dilanjutkan, merevisi rencana atau menghentikan rencana keperawatan.

Faktor risiko, merupakan faktor-faktor atau keadaan-keadaan yang mempengaruhi perkembangan suatu penyakit atau status kesehatan tertentu pada pasien.

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

Hirarki Maslow, pemenuhan kebutuhan dasar manusia berdasarkan Maslow yang mempunyai 5 level tingkatan.

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*.

Implementasi keperawatan, merupakan metode dimana suatu konsep asuhan diterapkan dalam praktik keperawatan. Hal ini bisa disebut sebagai suatu pendekatan *problem-solving* yang memerlukan ilmu, teknik, dan keterampilan interpersonal dan ditujukan untuk memenuhi kebutuhan dasar manusia bagi klien/keluarga.

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).

Instruksi, bentuk informasi yang dikomunikasikan untuk menerangkan bagaimana aksi, tingkah laku, metode, atau tugas akan dimulai, diselesaikan, diadakan, atau dilaksanakan oleh pemberi ke penerima pesan.

Integrated Clinical Pathways (ICP), suatu skema rencana asuhan pasien yang terintegrasi dan terkoordinasi efektif antar Profesional Pemberi Asuhan (PPA) dengan memanfaatkan

sumber daya yang ada secara efisien dalam pelayanan kesehatan.

Intervensi keperawatan, suatu keputusan awal yang memberi arah bagi tujuan yang ingin dicapai berdasarkan masalah keperawatan yang dialami pasien, hal yang akan dilakukan, termasuk bagaimana, kapan dan siapa yang akan melakukan tindakan keperawatan.

KARS, sebuah badan/komite yang bertanggung jawab untuk menstandarisasi rumah sakit untuk akreditasi sesuai standar yang telah ditetapkan

Kategori, merupakan bagian dari sistem klasifikasi yang ada di SDKI sehingga memudahkan penegakan suatu masalah keperawatan yang dialami pasien dan atau keluarga.

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.

Kolaborasi, merupakan proses terjadinya kerja sama diantara dua atau lebih orang atau individu yang saling mengerti permasalahan satu sama lain dan berusaha memecahkan masalah secara bersama. Spesifiknya, kolaborasi merupakan kerja sama yang intensif untuk mengatasi permasalahan kesehatan pasien dan atau kedua pihak secara bersamaan.

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.

Kondisi klinis, merupakan gambaran objektif dari suatu kondisi penyakit atau kelainan medis. Berbeda dengan gejala yang merupakan keluhan subjektif, tanda klinis ini diobservasi oleh Profesional Pemberi Asuhan (PPA).

Luaran keperawatan, 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.

Objektif, merupakan data yang didapat dari pengamatan, observasi, pengukuran, atau pemeriksaan fisik dengan beberapa metode. Keadaan yang sebenarnya, tanpa dipengaruhi pendapat atau pandangan pribadi. Objektif merupakan kata sifat yang berarti kurangnya bias, penilaian, atau prasangka. Objektif berarti penilaian berdasarkan fakta dan tidak terdistorsi oleh bias, emosi, atau prasangka.

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.

Panduan Asuhan Keperawatan (PAK), merupakan istilah teknis sebagai pengganti istilah yang selama ini dikenal yaitu Standar Asuhan Keperawatan (SAK), sedangkan Panduan Praktik Klinis (PPK) adalah istilah teknis sebagai pengganti Standar Prosedur Operasional (SPO), Penggantian ini untuk menghindarkan kesalahpahaman yang mungkin terjadi, bahwa “Standar” merupakan hal yang harus dilakukan pada semua keadaan yang dialami pasien. Jadi secara teknis, SAK dan SPO dibuat

berupa PAK dan PPK, yang dapat berupa atau disertai dengan salah satu atau lebih: alur klinis (*Clinical Pathway*), protokol, prosedur, algoritme, dan *standing order*.

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.

Perawat Penanggung Jawab Asuhan (PPJA), seorang perawat profesional minimal berpendidikan Ners yang mempunyai tanggung jawab sebagai pengelola asuhan

Perencanaan keperawatan, suatu rencana tindakan keperawatan tertulis yang menggambarkan masalah kesehatan pasien, hasil yang akan diharapkan, tindakan-tindakan keperawatan dan kemajuan pasien secara spesifik.

Perencanaan medis, suatu rencana tindakan medis tertulis yang menggambarkan masalah kesehatan pasien, hasil yang akan diharapkan, tindakan-tindakan medis yang dapat juga dijalankan oleh PPA lainnya berupa *advise*.

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.

Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI), merupakan organisasi profesi wadah berhimpunnya perawat di Negara Kesatuan Republik Indonesia. Sebagai organisasi profesi, PPNI memiliki tugas dalam rangka menjamin pelaksanaan praktik keperawatan yang profesional yang berkualitas dan akuntabel sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Potensial, rentan akan terjadinya sesuatu kondisi oleh faktor eksternal maupun internal.

PPA (Profesional Pemberi Asuhan), semua profesi yang terlibat dalam asuhan terintegrasi pasien.

Promosi kesehatan, 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.

Prosedur, merupakan standar yang digunakan oleh perawat dalam melakukan tindakan dalam asuhan keperawatan untuk mencapai tingkat perawatan pasien yang baik dan bertanggung jawab.

Psikomotor, merupakan suatu aktivitas fisik yang berhubungan dengan proses mental dan psikologi. Psikomotorik berkaitan dengan tindakan dan keterampilan.

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.

SDKI, merupakan buku referensi yang akan melandasi standar asuhan keperawatan, secara khusus berisikan daftar diagnosis keperawatan yang dapat diaplikasikan perawat dalam praktik keperawatan.

SIKI, merupakan buku referensi yang akan melandasi standar asuhan keperawatan, secara khusus berisikan daftar intervensi keperawatan yang dapat diaplikasikan perawat dalam praktik keperawatan.

SLKI, merupakan buku referensi yang akan melandasi standar asuhan keperawatan, secara khusus berisikan daftar luaran keperawatan yang dapat diaplikasikan perawat dalam praktik keperawatan.

SMART, merupakan singkatan dari *Specific, Measureable, Achievable, Realistic, dan Time*. Merupakan bentuk pengaplikasian dalam penentuan luaran keperawatan khususnya dalam menuliskan tujuan dan hasil kriteria keperawatan dalam proses asuhan keperawatan yang dilakukan oleh perawat.

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 (STARKES), 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.

Subjektif, merupakan data yang didapat berdasarkan persepsi klien tentang masalah kesehatannya. Biasanya didapatkan melalui kegiatan wawancara kepada pasien dan atau keluarga pasien.

Subkategori, merupakan turunan dari bagian kategori dari sistem klasifikasi yang ada di SDKI sehingga memudahkan penegakan suatu masalah keperawatan yang dialami pasien dan atau keluarga.

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.

Tindakan keperawatan, serangkaian kegiatan atau aktivitas keperawatan yang dilakukan perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi menuju status kesehatan yang baik/optimal.

Tindakan terapeutik, tindakan yang mengacu pada kompetensi mandiri perawat dengan segala keterampilan, namun tidak menutup kemungkinan tindakan terapeutik yang diberikan merupakan tindakan kolaboratif dengan PPA lainnya dengan tujuan untuk dapat turut serta dalam pemulihan kondisi pasien baik fisiologis maupun psikologis

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, 82
Advise, 241
Afektif, 241
Aktual, xiii, xiv, 143, 160, 241
Analisis data, 79, 101, 245
Asesmen, viii, 54, 55, 56, 69,
70, 71, 72, 73, 74, 75, 77,
78, 79, 80, 81, 82, 99, 180
Asesmen awal, 79
Asesmen keperawatan, 55,
69, 70, 77, 241
Asesmen lanjutan, 80
Asesmen medis, 55, 71
Asesmen ulang, 78, 82, 206,
232
Attitudes, 242
Auskultasi, 97, 242

B

Blocking, 242

C

Caring, 222, 242
Catatan perkembangan, 65
Catatan Perkembangan
Pasien Terintegrasi, iv, xi,
36, 219, 230, 231, 232,
236, 260

Clinical judgment, 110
CPPT, iv, xv, 36, 37, 81, 82,
219, 230, 231, 232, 233,
234, 235, 236, 242
Curing, 242
CVA, 115, 243

D

Data fokus, 55, 87, 243
Deskriptor, xiii, xv, 139, 193,
243
Diagnosis keperawatan, 57,
105, 106, 109, 110, 111,
129, 130, 132, 133, 134,
136, 150, 157, 243
Dokter Penanggung Jawab
Pelayanan, 82, 236, 244
Domain, 75, 243
DPJP, 35, 37, 82, 217, 236,
244

E

Edukasi, 31, 42, 43, 244
EKG, 86, 244
Empiris, 244
Evaluasi, viii, 50, 65, 66
Evaluasi keperawatan, 65,
226, 227, 244

F

Faktor risiko, 144, 244
Fisik, ix, 74, 98, 194, 200
Frekuensi, 89

G

Gangguan, 111, 151, 153,
154, 155, 156, 200

H

Hipotesis, 245
Hirarki Maslow, xiii, 121, 245
HK.01.07/MENKES/425/2020
, 132

I

IAR, 78, 79, 82, 245
ICP, 148, 149, 245
IMA, 115, 245
Implementasi, viii, 50, 63, 64
Implementasi keperawatan,
203, 204, 208, 222, 245
Inspeksi, 96, 97, 245
Instruksi, 233, 245
*Integrated Clinical
Pathways*, xiv, 148, 149,
245
Intervensi, 62, 106
Intervensi keperawatan, 163,
168, 184, 185, 198, 206,
246

K

Kategori, x, xiii, xiv, xv, 131,
135, 151, 152, 153, 154,
155, 156, 167, 187, 188,
246
Kelas, 243, 246
Keluarga, 33, 34, 45
Keluhan, 80
Keperawatan, vi, vii, viii, ix, x,
xi, xiii, xiv, xv, 47, 48, 51,
52, 53, 54, 56, 58, 60, 61,
62, 63, 65, 66, 68, 70, 71,
73, 74, 75, 83, 100, 101,
103, 105, 107, 108, 111,
112, 117, 118, 123, 126,
127, 128, 130, 131, 132,
133, 134, 135, 136, 137,
138, 139, 140, 141, 142,
143, 144, 146, 147, 150,
151, 157, 158, 160, 162,
163, 164, 166, 167, 168,
169, 170, 171, 172, 173,
174, 178, 179, 180, 182,
183, 184, 186, 187, 188,
189, 190, 191, 192, 193,
195, 196, 197, 198, 201,
202, 204, 206, 208, 212,
218, 221, 222, 223, 236,
238, 239, 240, 241, 246,
248, 260, 261, 262
Keputusan klinis, 246
Kolaborasi, xv, 217, 222, 246
Kondisi, 56, 61, 116
Kondisi klinis, 147, 247

L

Luaran, 61
Luaran keperawatan, 163,
164, 165, 168, 174, 180,
181, 199, 247

M

Masalah keperawatan, 60,
159, 247
MRI, 86, 247

N

NANDA-*International*, 49, 75,
109, 112, 136, 226, 228,
248
NIC, 49, 67, 222, 239
NOC, 49, 67, 223, 239

O

Objektif, 88, 248
Observasi, 94, 213, 248

P

PAK, xiv, 148, 149, 150, 248
Palpasi, 96, 97, 248
Panduan Asuhan
Keperawatan, 148, 149,
150
Pasien, iv, viii, xi, xiii, xv, 18,
25, 32, 33, 34, 35, 36, 38,
44, 77, 78, 79, 81, 88, 89,

126, 127, 215, 216, 219,
223, 225, 230, 231, 232,
236, 242, 249, 260
Pemeriksaan fisik, 96, 213,
249
Pemilihan intervensi, 184,
188
Penegakan diagnosis, 157,
158
Penentuan luaran, 163
Pengetahuan, 75
Penilaian klinis, 249
Perawat, i, ii, iii, iv, vi, vii, ix,
xi, xiii, xv, 49, 54, 73, 84,
92, 102, 107, 108, 123,
124, 129, 130, 131, 132,
133, 151, 180, 194, 197,
198, 204, 207, 208, 210,
214, 218, 219, 221, 222,
223, 224, 226, 230, 231,
232, 233, 234, 236, 237,
240, 249, 250, 251, 259,
261, 262
Perawat Penanggung Jawab
Asuhan, i, ii, iii, iv, vi, vii, ix,
xi, 49, 54, 73, 84, 123, 129,
204, 208, 218, 219, 221,
232, 233, 236, 237, 249,
259, 261, 262
Perawatan, 42, 217, 228
Perencanaan keperawatan,
58, 59, 203, 250
Perencanaan medis, 250
Perkusi, 96, 97, 250
Persatuan Perawat Nasional
Indonesia, 130, 131, 132,
151, 180, 198, 250
Potensial, 250

PPA, 26, 28, 29, 32, 35, 37,
38, 42, 55, 63, 65, 77, 78,
79, 81, 83, 95, 149, 192,
196, 197, 203, 204, 211,
212, 215, 216, 217, 220,
222, 225, 230, 231, 232,
233, 234, 235, 241, 242,
244, 245, 247, 250, 253,
259
PPJA, i, ii, iii, v, vi, vii, ix, xi,
48, 49, 50, 54, 56, 57, 64,
66, 70, 71, 73, 84, 85, 86,
89, 90, 123, 124, 125, 128,
129, 204, 216, 218, 219,
221, 232, 233, 235, 236,
237, 249, 259, 260, 261,
262
PPNI, 130, 131, 132, 151,
162, 163, 180, 183, 184,
198, 202, 250
Praktik, x, 35, 133, 148, 248
Prioritas masalah, 120
Profesional, 55, 65, 77, 78,
79, 81, 82, 242, 259
Profesional Pemberi Asuhan,
26, 28, 29, 32, 35, 37, 42,
79, 82, 149, 192, 204, 211,
212, 216, 217, 220, 222,
224, 225, 230, 231, 232,
233, 241, 244, 245, 247,
250, 259
Promosi kesehatan, 250
Prosedur, 36, 210, 248, 251
Psikomotor, 251

Q

Qualifier, 112

R

Registered Nurse, 251
Relevan, 90, 251
Respon, 106, 129, 251
Risiko, xiii, xiv, 30, 31, 80,
116, 144, 151, 152, 153,
154, 155, 156, 157, 161,
251

S

SDKI, x, xiii, xiv, xv, 50, 130,
131, 132, 133, 134, 135,
136, 138, 140, 147, 149,
150, 151, 157, 163, 166,
168, 178, 180, 184, 186,
187, 188, 190, 198, 199,
246, 252, 253
SIKI, x, xi, xiv, xv, 50, 151,
163, 166, 168, 180, 184,
185, 186, 187, 188, 189,
190, 192, 198, 199, 252
SLKI, x, xiv, 50, 151, 163,
164, 165, 166, 167, 168,
171, 178, 180, 181, 182,
184, 198, 252
SMART, xiv, 174, 252
SOAP, xi, 79, 80, 82, 231,
232, 236, 237, 252
Standar Akreditasi Rumah
Sakit, iii, iv, vi, vii, viii, xi,
19, 32, 44, 45, 70, 77, 83,

162, 183, 202, 225, 232,
238, 252, 260, 261
STARKES, iv, vii, xi, 70, 225,
232, 238, 252
Status kesehatan, 87, 252
Subjektif, 253
Subkategori, x, xiii, xiv, xv,
131, 135, 151, 152, 153,
154, 155, 156, 167, 189,
253
Syndrome, 253

T

Tahapan, xi, 91, 179, 208,
209
Teori keperawatan, 52, 53,
54
Terapeutik, 214

Tindakan keperawatan, 209,
217, 253

U

USG, 86, 253

V

Validasi data, 57, 101, 253

W

Wawancara, 90, 213
Wellness, 254

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 “Pantaskan Diri Menjadi Perawat Penanggung Jawab Asuhan (PPJA) di Era Akreditasi Rumah Sakit” merupakan karya keempat yang telah mengintegrasikan konsep Proses Asuhan Keperawatan dengan amanah Akreditasi Rumah Sakit saat ini. Buku pertamanya berjudul Asuhan Keperawatan di Era Akreditasi Rumah Sakit dan buku keduanya berjudul Proses Keperawatan dan Berpikir Kritis: Persiapkan Diri Menjadi Perawat Penanggung Jawab Asuhan (PPJA) di Era Akreditasi Rumah Sakit jilid 1 dan jilid 2. Melalui buku ini diharapkan Perawat Penanggung Jawab Asuhan (PPJA) dapat belajar dan memperkaya pengetahuan guna memantaskan diri agar 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

TENTANG PENULIS



Muhammad Hadarani, S.Kep., Ns., M.PH., merupakan insan perawat sejak tahun 1993 yang juga telah menyelesaikan Magister Manajemen Rumah Sakit di Universitas Gadjah Mada pada Tahun 2013. Aktivitas keseharian penulis sebagai seorang Kepala Bidang Keperawatan di RSD Idaman Kota Banjarbaru sejak tahun 2017 sampai dengan sekarang, penulis juga berperan sebagai Surveior Akreditasi Lembaga

Akreditasi Rumah Sakit Damar Husada Paripurna (Lars DHP).

Bersama Herry Setiawan, S.Kep.Ns., M.Kep., selaku rekan penulis yang berasal dari Program Studi Keperawatan, Fakultas Kedokteran, Universitas Lambung Mangkurat, kami selalu berupaya berkolaborasi dan berkontribusi agar buku “Pantaskan Diri Menjadi Perawat Penanggung Jawab Asuhan (PPJA)”, dapat lebih mudah diaplikasikan bagi praktisi perawat khususnya Perawat Penanggung Jawab Asuhan (PPJA).

Kami berharap buku ini dapat bermanfaat bagi praktisi PPJA sebagai bahan pembelajaran guna memantaskan diri untuk berkolaborasi dalam pemberian asuhan yang berfokus pada *Patient Center Care*.

Email Penulis: mhadarani@gmail.com

SINOPSIS

Buku dengan judul “Pantaskan Diri Menjadi Perawat Penanggung Jawab Asuhan (PPJA) di Era Akreditasi Rumah Sakit” mendeskripsikan bagaimana perawat sebagai Profesional Pemberi Asuhan (PPA) mencoba untuk memantaskan 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 ini dipersiapkan oleh tim penulis sebagai bahan referensi yang akan menjelaskan bagaimana pentingnya profesionalitas seorang PPJA dalam asuhan yang

mengedepankan kemampuan berpikir kritis, profesionalitas dalam profesi serta memahami peran dan fungsinya.

Dalam buku ini terdiri dari 11 Bab yang dijabarkan sebagai berikut:

- Bab 1. Standar Akreditasi Rumah Sakit
- Bab 2. Konsep Dasar Proses Keperawatan
- Bab 3. Proses Keperawatan: Asesmen Keperawatan
- Bab 4. Konsep dan Prinsip Pengumpulan Data serta Perumusan Masalah Keperawatan
- Bab 5. Konsep dan Prinsip Perumusan Diagnosis Keperawatan
- Bab 6. Konsep dan Prinsip Pengambilan Keputusan Prioritas
- Bab 7. Penggunaan S.D.K.I. sebagai Standar Keperawatan Indonesia
- Bab 8. Penggunaan S.L.K.I. sebagai Standar Keperawatan Indonesia
- Bab 9. Penggunaan S.I.K.I. sebagai Standar Keperawatan Indonesia
- Bab 10. Proses Keperawatan: Implementasi Keperawatan
- Bab 11. Proses Keperawatan: Evaluasi Keperawatan, Catatan Perkembangan Keperawatan dan Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi

Demikian sinopsis singkat terkait Buku ini, semoga dapat membantu pembaca dalam memantaskan diri menjadi perawat profesional dalam hal ini seorang PPJA.