

# **BUKU AJAR** **PROSES KEPERAWATAN & BERPIKIR KRITIS :**

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

*Jilid 2*



Herry Setiawan  
Agianto  
Novi Mustahdiati Nasri

Editor: Hasrul Satria Nur

**BUKU AJAR**  
**PROSES KEPERAWATAN & BERPIKIR KRITIS :**  
*Persiapkan Diri Menjadi Perawat Penanggung Jawab Asuhan (PPJA) di Era Akreditasi Rumah Sakit*  
*Jilid 2*

# **BUKU AJAR** **PROSES KEPERAWATAN & BERPIKIR KRITIS :**

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

*Jilid 2*



**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)

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

Jilid 2

**Herry Setiawan**  
**Agianto**  
**Novi Mustahdiati Nasri**



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

Jilid 2

**Herry Setiawan**  
**Agianto**  
**Novi Mustahdiati Nasri**

Editor: Hasrul Satria Nur

Diterbitkan oleh: **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 ini tanpa izin tertulis dari Penerbit, kecuali untuk kutipan singkat demi penelitian ilmiah atau resensi

i-xxiv + 249 hal, 18,2 x 25,7 cm  
Cetakan Pertama, November 2023

ISBN: .....

# **PRAKATA**

Penulisan Buku Ajar ini merupakan kelanjutan dari penyusunan Buku Ajar sebelumnya yaitu “Proses Keperawatan & Berpikir Kritis: Persiapkan Diri Menjadi Perawat Penanggung Jawab Asuhan (PPJA) di Era Akreditasi Rumah Sakit Jilid 1”. Dukungan penuh dari program studi untuk para dosen dalam upaya mendokumentasikan bahan ajar menjadi sebuah Buku Ajar memberikan semangat yang besar untuk menyelesaikan proses penulisan Buku Ajar ini. Dengan selesainya Buku Ajar jilid 2 maka seluruh materi ajar yang selama ini telah disampaikan sekitar 15 tahun semenjak tahun 2008 Prodi Keperawatan berdiri telah terdokumentasi dengan baik sehingga Buku Ajar dapat digunakan sebagai panduan dalam pelaksanaan proses belajar dan mengajar baik mahasiswa keperawatan ataupun dosen pengajar.

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

Buku Ajar mata kuliah Proses Keperawatan & Berpikir Kritis terdiri atas 2 jilid yang berisikan masing-masing sebanyak 7 Bab sehingga total dari kedua Buku Ajar tersebut adalah

sebanyak 14 Bab yang bersesuaian dengan Rencana Pembelajaran Semester mata kuliah Proses Keperawatan & Berpikir Kritis. Buku Ajar jilid 2 ini berisikan mulai dari Bab 8 sampai dengan Bab 14. Diharapkan, lanjutan Buku Ajar ini dapat melengkapi jumlah Bab dari Buku Ajar secara keseluruhan agar dapat menuntun mahasiswa untuk mencapai kompetensi yang diharapkan yaitu mempunyai kompetensi utama sebagai seorang Perawat Penanggung Jawab Asuhan (PPJA) di era akreditasi rumah sakit dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien anak, dewasa dan lanjut usia.

Dalam Buku Ajar jilid 2 ini, tertulis bagaimana pentingnya prinsip pengambilan keputusan prioritas, proses perencanaan asuhan meliputi penentuan luaran keperawatan menggunakan NOC dan pemilihan intervensi keperawatan menggunakan NIC. Terdapat juga alternatif dalam penegakan diagnosis keperawatan menggunakan SDKI, penentuan luaran keperawatan menggunakan SLKI dan pemilihan intervensi keperawatan menggunakan SIKI. Serta setelahnya memahami terkait implementasi keperawatan dan pelaksanaan evaluasi keperawatan serta catatan perkembangan pasien terintegrasi.

Buku Ajar ini dapat digunakan oleh mahasiswa keperawatan selama pendidikan keperawatan. Buku Ajar ini juga dapat digunakan sebagai referensi perawat profesional yang telah bekerja di berbagai tatanan klinik mengingat materi yang tersaji di dalamnya telah disesuaikan dengan sesuatu yang sedang menjadi pembicaraan terkini terkait akreditasi rumah sakit yaitu sesuai Standar Akreditasi Rumah Sakit

Kementerian Kesehatan (STARKES) yang menempatkan posisi perawat sebagai pemeran penting dalam asuhan terintegrasi di dalam konsep *Patient Center Care* (PCC).

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

Demikian Buku Ajar ini ditulis dan terbitkan dengan harapan agar pembaca dapat memahami informasi dan juga mendapatkan wawasan mengenai proses keperawatan serta dapat bermanfaat bagi masyarakat dalam arti luas. Semoga Buku Ajar ini dapat berguna dan bermanfaat bagi mahasiswa keperawatan sebagai peserta didik dan dosen keperawatan sebagai pengajar.

Banjarbaru, Nopember 2023

Herry Setiawan, Agianto,  
Novi Mustahdiati Nasri

## **KATA PENGANTAR EDITOR**

Terbitnya Jilid 2 dari Edisi Buku berseri yang berjudul, “Proses Keperawatan & Berpikir Kritis: Persiapkan Diri Menjadi Perawat Penanggung Jawab Asuhan (PPJA) di Era Akreditasi Rumah Sakit”, merupakan suatu edisi lengkap dari buku tersebut. Oleh karenanya, dalam proses tersebut buku ini telah dilakukan proses swasunting oleh tim penulis sebelum dilakukan penyuntingan komprehensif oleh editor. Dalam hal terbitnya seri kedua dari buku ini, maka editor telah melakukan proses penyuntingan terhadap buku sebelum sampai ke pembaca sasaran dari buku ajar yang dijadikan sebagai khalayak sasaran pembaca. Berdasarkan telaah terhadap sisi teknis dan sisi substantif nya maka buku ini layak untuk dibaca bagi kalangan pembaca. Khususnya bagi mahasiswa (i) Program Studi Keperawatan dan dosen pengampu mata kuliah yang berhubungan dengan Proses Keperawatan dan Berpikir Kritis.

Secara teknis, editor memandang bahwa buku proses keperawatan dan berpikir kritis ini telah memenuhi aspek sebagai sebuah buku ajar. Hal ini dikarenakan dalam teknis penulisan dan penyajiannya, buku telah ditulis sesuai dengan kaidah penulisan yang sesuai dengan aspek ragam Bahasa Indonesia tulis yang sudah barang tentu mengakomodasi sisi ketaatan asas terhadap aturan penulisan yang merujuk pada Pedoman Umum Ejaan Bahasa Indonesia (PUEBI), di samping pemilihan diksi yang telah disesuaikan dengan ragam bahasa

tulisan. Sedangkan dari aspek substantif, editor memandang bahwa buku ini telah dilakukan penulisan oleh tim penulis yang profesional dalam hal keperawatan, terutama dalam pokok bahasan mengenai proses keperawatan dan berpikir kritis. Hal ini terlihat dari adanya runtut dalam penulisan materi yang tersaji pada bab per babnya. Pada buku jilid 2 ini terlihat bahwa penulis telah melakukan sinkronisasi dalam penyajian materi antar babnya. Hal ini terlihat bahwa pada jilid 2 buku ini menekankan bagaimana seorang tenaga perawat menyiapkan diri menjadi Perawat Penanggung Jawab Asuhan (PPJA) di era akreditasi, dimana untuk menjadi perawat yang demikian maka seorang perawat harus dapat mengerti konsep dan prinsip pengambilan keputusan prioritas, mengerti proses keperawatan melalui suatu tahap perencanaan keperawatan, dapat menggunakan standar diagnosis keperawatan, standar luaran keperawatan dan standar intervensi keperawatan Indonesia, bagaimana juga untuk dapat mengimplementasikan proses keperawatan tersebut, dan sudah barang tentu bagaimana seorang perawat penanggung jawab asuhan untuk dapat melakukan evaluasi keperawatan terhadap diri pasien dan mendokumentasikannya ke dalam catatan perkembangan keperawatan serta catatan perkembangan pasien terintegrasi.

Oleh karenanya editor memberikan apresiasi yang mendalam kepada tim penulis buku untuk dapat meningkatkan tulisan buku ini kejenjang buku ilmiah populer yang sudah barang tentu dapat menggapai khalayak pembaca sasaran yang lebih luas dan dengan tingkat stratra sosial yang lebih umum,

sehingga buku ini dapat juga dikembangkan menjadi buku pendukung terhadap beberapa buku yang berhubungan dengan proses berpikir kritis, pengambilan keputusan, dan bagaimana menjadi perawat penanggung jawab asuhan yang sesuai di era akreditasi rumah sakit yang modern. Terbitnya buku ajar jilid 2 tentang proses keperawatan dan berpikir kritis sudah barang tentu dapat menjadi sumber referensi yang sangat dinantikan bagi kalangan dunia keperawatan dan dunia medis secara umum. Dengan demikian, terbitnya seri kedua buku ini dapat pula menjadi bukti bahwa di era akreditasi rumah sakit ini diharapkan para tenaga kesehatan, terutama bagi kalangan perawat dituntut untuk dapat mengerti, mengimplementasikan, dan mengevaluasi dari semua tindakan dalam hal pelayanan terhadap pasien di rumah sakit.

Untuk itu dengan membaca dan menjadikan buku ajar proses keperawatan dan berpikir kritis ini sebagai sumber bacaan utama maka diharapkan para calon perawat dan perawat yang telah mengabdikan diri pada instansi rumah sakit menjadikan bahan pertimbangan ketika bersikap dan bertindak secara kritis dalam mengambil suatu keputusan. Hadirnya buku edisi kedua ini, mejadi suatu secercah cahaya yang dapat menjadi sumber bacaan yang juga dapat memperkaya literasi dalam bidang keperawatan.

Banjarbaru, Nopember 2023

Hasrul Satria Nur

## **SEKAPUR SIRIH KETUA LPMPP ULM**

Ketua LPMPP sangat mengapresiasi dan mendukung sepenuhnya untuk terbitnya karya Buku Ajar Proses Keperawatan & Berpikir Kritis: Persiapkan Diri Menjadi Perawat Penanggung Jawab Asuhan (PPJA) di Era Akreditasi Rumah Sakit Jilid 2 sekaligus meyakini dampak positifnya terhadap proses pembelajaran di Program Studi Keperawatan khususnya pada mata kuliah Proses Keperawatan & Berpikir Kritis. Buku ajar ini merupakan edisi kedua dan menggenapi buku ajar edisi sebelumnya yang telah terbit di bulan Juli 2023. Selaku Kepala Lembaga Penjaminan Mutu dan Pengembangan Pembelajaran (LPMPP) Universitas Lambung Mangkurat saya turut berbangga diri mengingat buku ajar ini merupakan salah satu produk hasil polesan dan penyempurnaan karya tulis dari pelatihan *Applied Approach* (AA) tahun 2023 tahap 2 yang dilaksanakan pada 31 Oktober 2023 - 10 Nopember 2023.

Ketua LPMPP melihat buku ini telah memenuhi unsur-unsur kelengkapan sebagai sebuah buku ajar baik dari sisi struktur, tata letak, isi, maupun kebahasaan. Selain ditulis oleh pengampu mata kuliah Proses Keperawatan & Berpikir Kritis sekaligus sebagai penyusun Rencana Pembelajaran Semester (RPS) yang didasarkan pada peta kurikulum dan silabus mata kuliah pada Program Studi Keperawatan, buku ini juga telah ditulis secara runtut dan terstruktur berdasarkan rencana pembelajaran. Dari struktur, buku ini telah tersaji mengikuti

format standar buku ajar di mana telah mencantumkan deskripsi singkat, relevansi, dan kompetensi peserta didik.

Buku Ajar Proses Keperawatan & Berpikir Kritis: Persiapkan Diri Menjadi Perawat Penanggung Jawab Asuhan (PPJA) di Era Akreditasi Rumah Sakit Jilid 2 ini sangat layak untuk dibaca dan dijadikan sebagai buku pegangan selama mengikuti pembelajaran mata kuliah Proses Keperawatan & Berpikir Kritis khususnya pada sub topik mengenai bagaimana mempersiapkan diri menjadi seorang Perawat Penanggung Jawab Asuhan (PPJA) di era akreditasi rumah sakit. Buku ini juga dapat sebagai sumber bacaan pendukung mendampingi buku-buku sejenis dan relevan terkait topik bagaimana menjadi seorang perawat yang memiliki karakter berpikir kritis dan menjalankan asuhan keperawatan dengan mengedepankan kompetensi di era akreditasi rumah sakit guna menjawab dan menjadi pelayan masyarakat yang profesional.

Banjarmasin, Nopember 2023

Prof. Agung Nugroho, S.T.P., M.Sc., Ph.D.  
(Ketua LPMPP ULM)

# DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL .....	i
BALIK HALAMAN JUDUL .....	ii
PRAKATA .....	iii
KATA PENGANTAR EDITOR .....	vi
KATA PENGANTAR KETUA LPMPP ULM .....	xi
DAFTAR ISI .....	xi
DAFTAR GAMBAR .....	xvi
TINJAUAN MATA KULIAH .....	xx
PETA KOMPETENSI .....	xxiv
<b>BAB 8. Konsep dan Prinsip Pengambilan Keputusan Prioritas.....</b>	<b>1</b>
8.1. Deskripsi Singkat .....	1
8.2. Relevansi .....	1
8.3. Kompetensi .....	2
8.4. Konsep Prioritas Masalah dan Dasar dalam Melakukan Prioritas Masalah Keperawatan .....	3
8.5. Peran Perawat Penanggung Jawab Asuhan (PPJA) dan Perawat Pelaksana dalam Penentuan Prioritas Masalah Keperawatan .....	6
8.6. Dokumentasi Prioritas Masalah Keperawatan dan Contoh Prioritas Masalah Keperawatan .....	10
8.7. Rangkuman .....	13
8.8. Latihan .....	14
8.9. Bahan Bacaan Pendukung .....	21
<b>BAB 9. Proses Keperawatan: Perencanaan Keperawatan...</b>	<b>22</b>
9.1. Deskripsi Singkat .....	22
9.2. Relevansi .....	23
9.3. Kompetensi .....	25
9.4. Konsep, Tujuan Perencanaan Keperawatan serta Perbedaan Intervensi Keperawatan dan Intervensi Medis .....	25
9.5. Penggunaan Buku <i>Nursing Outcome Classification</i> (NOC) serta Konsep SMART dalam Penentuan Luaran Keperawatan .....	29

9.6.	Penggunaan Buku <i>Nursing Intervention Classification</i> (NIC) untuk Memilih Intervensi Keperawatan .....	32
9.7.	Tipe Intervensi dalam Keperawatan, Memilih Intervensi Keperawatan dan Rasionalisasi Perencanaan Keperawatan .....	34
9.8.	Peran Perawat Penanggung Jawab Asuhan (PPJA) dan Perawat Pelaksana dalam Perencanaan Keperawatan .....	37
9.9.	Pelaksanaan Dokumentasi Perencanaan Keperawatan .....	41
9.10.	Rangkuman .....	42
9.11.	Latihan .....	44
9.12.	Bahan Bacaan Pendukung .....	54
<b>BAB 10.</b>	<b>Penggunaan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) sebagai Standar Keperawatan Indonesia .....</b>	<b>55</b>
10.1.	Deskripsi Singkat .....	55
10.2.	Relevansi .....	55
10.3.	Kompetensi .....	58
10.4.	Latar Belakang Lahirnya Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI), Landasan Penyusunan, Tujuan Penyusunan dan Acuan Penyusunan .....	58
10.5.	Penyusunan Diagnosis Keperawatan berdasarkan Hierarki, Jenis Diagnosis Keperawatan dan Komponen SDKI .....	62
10.6.	Indikator Diagnostik Sebagai Komponen Diagnosis Keperawatan dalam SDKI dan Struktur Diagnosis Keperawatan SDKI .....	68
10.7.	Kondisi Klinis Diagnosis Keperawatan .....	75
10.8.	Proses Penegakan Diagnosis Keperawatan Menggunakan SDKI .....	78
10.9.	Proses Penegakan Diagnosis Keperawatan.....	86
10.10.	Rangkuman .....	92
10.11.	Latihan .....	94
10.12.	Bahan Bacaan Pendukung .....	101

<b>BAB 11.</b>	<b>Penggunaan Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) sebagai Standar Keperawatan Indonesia .....</b>	<b>102</b>
11.1.	Deskripsi Singkat .....	102
11.2.	Relevansi .....	102
11.3.	Kompetensi .....	104
11.4.	Latar Belakang Lahirnya SLKI dan Tujuan Penyusunan SLKI .....	104
11.5.	Klasifikasi SLKI, Jenis Luaran dan Keterkaitan SDKI-SLKI-SIKI .....	106
11.6.	Jenis Luaran Keperawatan .....	109
11.7.	Komponen Luaran .....	111
11.8.	Penetapan dan Penerapan Luaran Keperawatan .....	114
11.9.	Proses dan Cara Penentuan Luaran Keperawatan dengan Menggunakan SLKI .....	121
11.10.	Rangkuman .....	126
11.11.	Latihan .....	128
11.12.	Bahan Bacaan Pendukung .....	135
<b>BAB 12.</b>	<b>Penggunaan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) sebagai Standar Keperawatan Indonesia .....</b>	<b>136</b>
12.1.	Deskripsi Singkat .....	136
12.2.	Relevansi .....	136
12.3.	Kompetensi .....	138
12.4.	Overview dan Sistem Klasifikasi SIKI .....	138
12.5.	Kategori dan Subkategori Intervensi Keperawatan dalam SIKI .....	141
12.6.	Komponen dan Label Intervensi Keperawatan .....	145
12.7.	Penyusunan dan Pemilihan Tindakan Keperawatan ....	148
12.8.	Contoh Penulisan Rencana Intervensi Keperawatan....	151
12.9.	Proses, Cara dan Contoh Pemilihan Intervensi Menggunakan SIKI .....	152
12.10.	Rangkuman .....	157
12.11.	Latihan .....	158
12.12.	Bahan Bacaan Pendukung .....	165
<b>BAB 13.</b>	<b>Proses Keperawatan: Implementasi Keperawatan..</b>	<b>166</b>
13.1.	Deskripsi Singkat .....	166
13.2.	Relevansi .....	166

13.3.	Kompetensi .....	167
13.4.	Konsep dan Tujuan Implementasi Keperawatan .....	168
13.5.	Keterampilan Berpikiran Kritis dan Arti Penting dalam Implementasi Keperawatan .....	170
13.6.	Tipe dan Tahapan Implementasi Keperawatan .....	172
13.7.	Peran Perawat Penanggung Jawab Asuhan (PPJA) dan Perawat Pelaksana dalam Implementasi Keperawatan .....	183
13.8.	Pelaksanaan Dokumentasi Implementasi Keperawatan .....	186
13.9.	Rangkuman .....	188
13.10.	Latihan .....	189
13.11.	Bahan Bacaan Pendukung .....	196
<b>BAB 14.</b>	<b>Proses Keperawatan: Evaluasi Keperawatan, Catatan Perkembangan Keperawatan dan Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi.....</b>	<b>199</b>
14.1.	Deskripsi Singkat .....	199
14.2.	Relevansi .....	199
14.3.	Kompetensi .....	200
14.4.	Konsep, Tujuan, Manfaat Evaluasi/Catatan Perkembangan .....	201
14.5.	Kriteria Evaluasi, Mengukur Pencapaian Tujuan, dan Hasil Evaluasi .....	203
14.6.	Konsep dan Kegunaan Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi .....	205
14.7.	Konsep Subjektif-Objektif-Asesmen-Planning (SOAP) dan Pendokumentasiannya pada Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi .....	207
14.8.	Peran Perawat Penanggung Jawab Asuhan (PPJA) dan Perawat Pelaksana dalam Evaluasi Keperawatan/ Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi .....	214
14.9.	Pendokumentasian Asuhan Keperawatan sesuai Standar Akreditasi Rumah Sakit Kementerian Kesehatan (STARKES) .....	216
14.10.	Rangkuman .....	217
14.11.	Latihan .....	218
14.12.	Bahan Bacaan Pendukung .....	226

GLOSARIUM.....	228
INDEKS .....	237
KUNCI JAWABAN LATIHAN.....	241
SINOPSIS .....	245
TENTANG PENULIS .....	247

# DAFTAR GAMBAR

Gambar 8.1.	Penentuan Prioritas berdasarkan Hirarki Maslow yang Harus Menjadi Perhatian Seorang Perawat .....	4
Gambar 8.2.	Prioritas Masalah Keperawatan Pasien Stroke yang Dapat Menjadi Pertimbangan Seorang Perawat .....	10
Gambar 8.3.	Prioritas Masalah Keperawatan Pasien Open Fraktur Femur 1/3 Distal yang Dapat Menjadi Pertimbangan Seorang Perawat .....	11
Gambar 8.4.	Contoh Pendokumentasian Prioritas Masalah Keperawatan .....	12
Gambar 9.1.	Perencanaan Keperawatan dalam Proses Asuhan Keperawatan .....	23
Gambar 9.2.	Proses Perencanaan Keperawatan yang Dapat Dijadikan Pertimbangan oleh Perawat .....	26
Gambar 9.3.	Tipe Intervensi Keperawatan yang Menggambarkan Fungsi Keperawatan .....	34
Gambar 9.4.	Gambaran Perencanaan Keperawatan yang dibuat oleh Seorang PPJA .....	41
Gambar 10.1.	Kategori dan Subkategori Diagnosis Keperawatan SDKI .....	57
Gambar 10.2.	Acuan yang Penyusunan SDKI yang digunakan oleh PPNI .....	61
Gambar 10.3.	Kategori dan Subkategori dalam Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) .....	63
Gambar 10.4.	Jenis Diagnosis Keperawatan yang dapat Digunakan dalam Perencanaan Keperawatan ...	64
Gambar 10.5.	Komponen Penyusun Diagnosis Keperawatan ..	65
Gambar 10.6.	Contoh Deskriptor dan Fokus Diagnostik pada Diagnosis Keperawatan .....	66
Gambar 10.7.	Indikator Diagnostik sebagai Komponen Penyusunan Suatu Diagnosis Keperawatan .....	68
Gambar 10.8.	Struktur Diagnosis Keperawatan yang Terdapat dalam Standar Diagnosis Keperawatan	

	Indonesia (SDKI) .....	70
Gambar 10.9.	Struktur Diagnosis Keperawatan Aktual dalam Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia .....	71
Gambar 10.10.	Struktur Diagnosis Keperawatan Risiko dalam Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia .....	72
Gambar 10.11.	Struktur Diagnosis Keperawatan Promosi Kesehatan dalam Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia .....	74
Gambar 10.12.	Kondisi Klinis pada Diagnosis Keperawatan yang Diambil dari SDKI .....	75
Gambar 10.13.	<i>Integrated Clinical Pathways</i> dalam Asuhan Terintegrasi .....	77
Gambar 10.14.	Pembuatan Panduan Asuhan Keperawatan (PAK) Menggunakan Fitur Kondisi Klinis .....	78
Gambar 10.15.	Penegakan Diagnosis Keperawatan Dimulai dari Asesmen Keperawatan .....	86
Gambar 10.16.	Penulisan Diagnosis Keperawatan yang Dapat Dilakukan oleh Perawat .....	88
Gambar 10.17.	Contoh Diagnosis Aktual pada Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) .....	89
Gambar 10.18.	Contoh Diagnosis Risiko pada Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) .....	90
Gambar 10.19.	Contoh Diagnosis Promosi Kesehatan pada Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) .....	91
Gambar 11.1.	Kategori dan Subkategori Standar Luaran Keperawatan Indonesia .....	107
Gambar 11.2.	Jenis Luaran Keperawatan dan Contoh dalam Pelaksanaannya .....	107
Gambar 11.3.	Keterkaitan antara SDKI-SLKI-SIKI dalam Proses Pembuatan Perencanaan Keperawatan.	108
Gambar 11.4.	Jenis Luaran Keperawatan yang Terdapat dalam Buku Referensi SLKI .....	109
Gambar 11.5.	Jenis Luaran Keperawatan yang Terdapat dalam Buku Referensi SLKI beserta Contoh Pelaksanaannya .....	110
Gambar 11.6.	Komponen Luaran Keperawatan beserta Contoh Pelaksanaannya .....	111

Gambar 11.7.	Ekspektasi Luaran Keperawatan yang Terdapat pada SLKI .....	112
Gambar 11.8.	Ekspektasi Luaran Keperawatan serta Contoh Penerapannya .....	113
Gambar 11.9.	Kaidah Penetapan Luaran Keperawatan dengan Memenuhi Prinsip SMART .....	115
Gambar 11.10.	Metode Dokumentasi Manual/Tertulis dan Metode Dokumentasi Berbasis Komputer dalam Penerapan Luaran Keperawatan .....	116
Gambar 11.11.	Metode Dokumentasi Berbasis Komputer dalam Penentuan Luaran Keperawatan .....	117
Gambar 11.12.	Metode Dokumentasi Manual/Tertulis dalam Penentuan Luaran Keperawatan .....	118
Gambar 11.13.	Tautan yang dapat Terlihat antara SDKI-SLKI dalam Penentuan Luaran Keperawatan .....	119
Gambar 11.14.	Indikator dan Kriteria Hasil dari Luaran Keperawatan Terpilih .....	120
Gambar 11.15.	Cara Menggunakan Buku Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) pada Bab V .....	122
Gambar 11.16.	Cara Menggunakan Buku Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) pada Bab IV .....	123
Gambar 11.17.	Luaran Keperawatan pada Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) .....	124
Gambar 11.18.	Indikator dan Kriteria Hasil pada Luaran Keperawatan Bersihan Jalan Napas .....	125
Gambar 12.1.	Letak Intervensi dan Implementasi dalam Siklus Proses Keperawatan .....	139
Gambar 12.2.	Sistem Klasifikasi Intervensi Keperawatan dalam Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) .....	140
Gambar 12.3.	Kategori Intervensi Keperawatan dalam Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) .....	141
Gambar 12.4.	Subkategori Intervensi Keperawatan dalam Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) .....	143
Gambar 12.5.	Rentang Intervensi Keperawatan dalam Asuhan Keperawatan kepada Pasien .....	144
Gambar 12.6.	Komponen Intervensi Keperawatan dalam	

	Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) .....	146
Gambar 12.7.	Deskriptor Label Intervensi Keperawatan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) .....	147
Gambar 12.8.	Tipe Intervensi Keperawatan yang Diberikan Seorang Perawat kepada Pasien dan Keluarga..	149
Gambar 12.9.	Penyusunan Intervensi Keperawatan yang Dapat Dilakukan Seorang Perawat .....	150
Gambar 12.10.	Contoh Penyusunan Intervensi Keperawatan yang Dapat Dilakukan Seorang Perawat .....	151
Gambar 12.11.	Cara Memilih Label pada Tautan SDKI-SIKI dalam Pemilihan Intervensi Keperawatan .....	154
Gambar 12.12.	Cara Memilih Aktivitas pada Daftar Intervensi dalam Pemilihan Intervensi Keperawatan .....	154
Gambar 12.13.	Cara Memilih Aktivitas pada Daftar Intervensi Keperawatan Berdasarkan Kasus .....	156
Gambar 13.1.	Pendekatan Implementasi Keperawatan yang Biasanya dilakukan oleh Seorang Perawat .....	177
Gambar 13.2.	Tindakan Diagnostik oleh Seorang Perawat dalam Praktik Asuhan Keperawatan .....	179
Gambar 13.3.	Tindakan Edukatif pada Pasien yang Biasanya Dilakukan oleh Seorang Perawat .....	180
Gambar 13.4.	Tindakan Merujuk pada Pasien yang Biasanya Dilakukan oleh Seorang Perawat .....	181
Gambar 13.5.	Kolaborasi dalam Tindakan Interdependen yang Biasanya Dilakukan oleh Profesional Pemberi Asuhan (PPA) .....	182
Gambar 13.6.	Dokumentasi Implementasi Keperawatan yang Dapat Dilakukan oleh Seorang Perawat .....	187
Gambar 14.1	Dampak dari CPPT yang Tidak Baik .....	207
Gambar 14.2.	Contoh CPPT <i>Shift</i> Dinas Pagi yang Memperlihatkan Komunikasi Tertulis yang Dilakukan oleh PPJA .....	209
Gambar 14.3.	Contoh CPPT <i>Shift</i> Dinas Siang yang Biasanya Dilakukan Perawat .....	211
Gambar 14.4.	Contoh CPPT <i>Shift</i> Dinas Malam yang Biasanya Dilakukan Perawat .....	213

## **TINJAUAN MATA KULIAH**

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

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

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

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

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

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

Dalam Bab 1, Anda diajak menjelaskan mengenai konsep berpikir kritis dalam keperawatan. Dalam Bab 2, Anda diajak menjelaskan mengenai konsep pengambilan keputusan klinik dalam praktik keperawatan. Dalam Bab 3, Anda diajak menjelaskan mengenai konsep dasar proses keperawatan. Dalam Bab 4, Anda diajak menjelaskan mengenai proses keperawatan: asesmen keperawatan (berbagai model pola asesmen keperawatan) dan asesmen sesuai Standar Akreditasi Rumah Sakit. Dalam Bab 5, Anda diajak menjelaskan mengenai konsep dan prinsip pengumpulan data serta perumusan masalah keperawatan. Dalam Bab 6, Anda diajak menjelaskan mengenai konsep dan prinsip perumusan diagnosis keperawatan. Dalam Bab 7, Anda diajak menjelaskan mengenai pengaplikasian domain - kelas pada *NANDA-International*. Dalam Bab 8, Anda diajak menjelaskan mengenai konsep dan prinsip pengambilan keputusan prioritas. Dalam Bab 9, Anda diajak menjelaskan mengenai proses keperawatan: perencanaan keperawatan (penggunaan NOC dan NIC). Dalam Bab 10, Anda diajak menjelaskan mengenai penggunaan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) sebagai Standar Keperawatan Indonesia. Dalam Bab 11, Anda diajak menjelaskan mengenai penggunaan Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI)

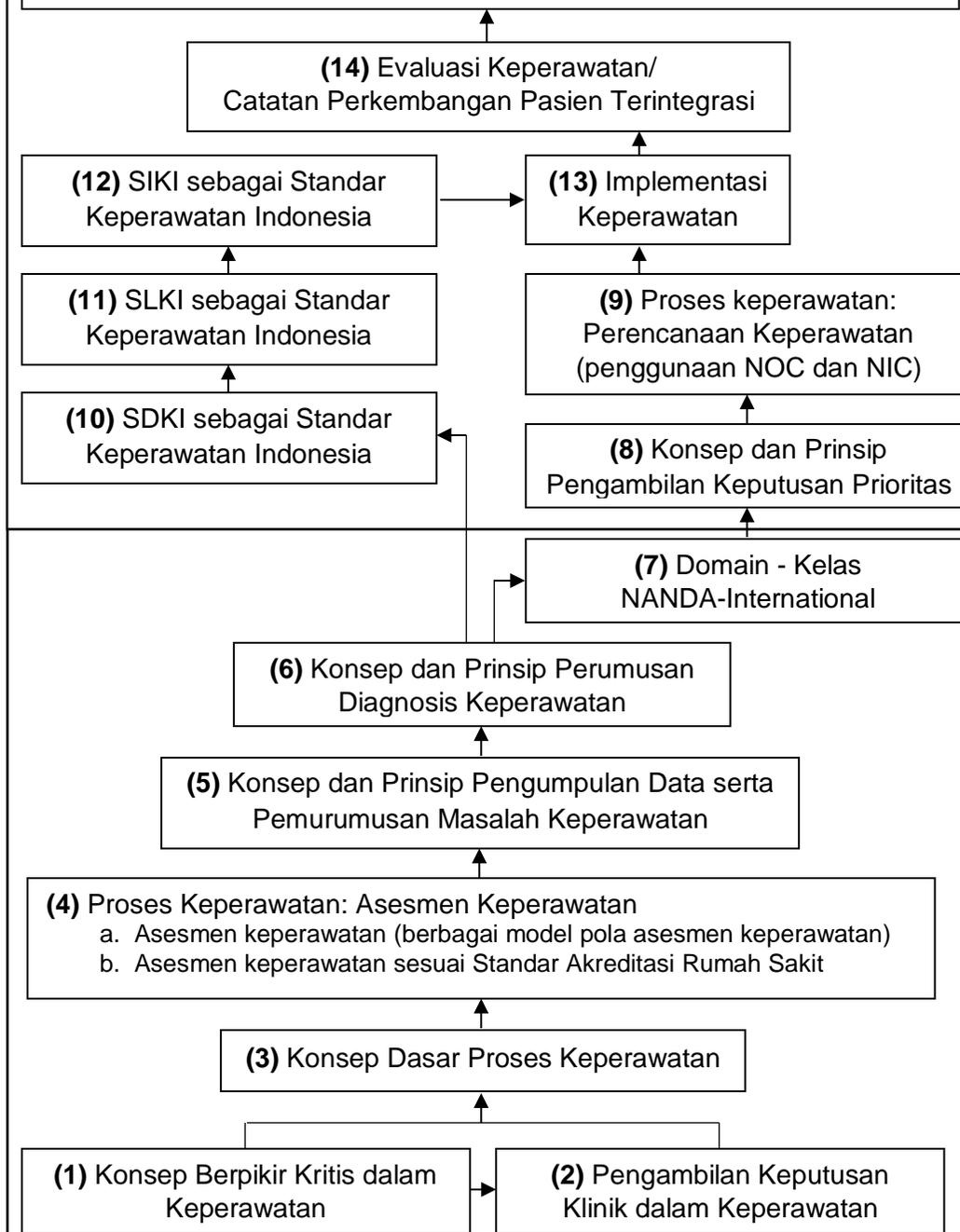
sebagai Standar Keperawatan Indonesia. Dalam Bab 12, Anda diajak menjelaskan mengenai penggunaan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) sebagai Standar Keperawatan Indonesia. Dalam Bab 13, Anda diajak menjelaskan mengenai proses keperawatan: implementasi keperawatan. Dalam Bab 14, Anda diajak menjelaskan mengenai proses keperawatan: evaluasi keperawatan/Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi (CPPT).

Berdasarkan penjelasan terkait tinjauan mata kuliah Proses Keperawatan & Berpikir Kritis di atas, semoga dapat membantu pembaca baik itu mahasiswa keperawatan ataupun perawat di klinis dalam mempersiapkan diri menjadi perawat profesional dalam hal ini sebagai seorang Perawat Penanggung Jawab Asuhan (PPJA).

## PETA KOMPETENSI

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

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



Jilid 2

Jilid 1



# BAB VIII

## KONSEP DAN PRINSIP PENGAMBILAN KEPUTUSAN PRIORITAS

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

### 8.1. Deskripsi Singkat

Seorang perawat dalam praktiknya harus mempunyai kemampuan untuk mengambil keputusan prioritas. Konsep dan prinsip pengambilan keputusan prioritas dalam bab kedelapan buku akan membahas terkait beberapa hal yang penting bagi seorang perawat dalam praktiknya. Bab ini akan membahas tentang gambaran umum mengenai konsep prioritas masalah yang mungkin ditemui dalam praktik asuhan keperawatan, pertimbangan penetapan prioritas masalah keperawatan mengingat tidak semua masalah keperawatan dapat diselesaikan secara bersamaan, dan aplikasi prinsip prioritas dalam asuhan keperawatan juga dibahas dalam bab ini.

### 8.2. Relevansi

Mengapa seorang perawat memerlukan pengambilan keputusan prioritas dalam asuhan keperawatan yang dijalankan? 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 diagnosis keperawatan yang dapat diangkat sebagai masalah yang harus diselesaikan. Daftar diagnosis keperawatan yang telah dibuat selanjutnya harus diambil keputusan prioritas guna menyelesaikan 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 memungkinkan dapat diatasi terlebih dahulu dan memberikan kebaikan dalam masa perawatan pasien.

### **8.3. Kompetensi**

Setelah menyelesaikan bab ini, mahasiswa keperawatan sebagai peserta didik akan mempunyai kemampuan untuk:

1. Menjelaskan mengenai konsep prioritas masalah
2. Menjelaskan mengenai pertimbangan penetapan prioritas masalah
3. Mengaplikasikan prinsip prioritas untuk asuhan keperawatan

#### **8.4. Konsep Prioritas Masalah dan Dasar dalam Melakukan Prioritas pada Masalah Keperawatan**

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. Memprioritaskan masalah keperawatan dilakukan karena tidak memungkinkan semua masalah keperawatan diatasi secara bersama-sama sekaligus oleh perawat. 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 dalam masa perawatan, hirarki Maslow menjadi salah satu rujukan perawat dalam menentukan pemenuhan kebutuhan pasien. Kebutuhan fisiologis menjadi kebutuhan utama manusia, kemudian diikuti oleh kebutuhan psikososial seperti: aman-nyaman, pengetahuan, cinta-memiliki, harga diri dan aktualisasi diri. Selain hirarki Maslow dapat dipertimbangkan juga cara untuk menggunakan 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 keperawatan:



Gambar 8.1. Penentuan Prioritas berdasarkan Hirarki Maslow yang Harus Menjadi Perhatian Seorang Perawat

Berdasarkan gambar 8.1. terlihat bahwa dalam menentukan prioritas masalah keperawatan, maka dapat diketahui diagnosis mana yang akan dilakukan atau diatasi terlebih dahulu atau yang segera dilakukan penanganan. Dalam menentukan prioritas masalah keperawatan terdapat beberapa pendapat urutan prioritas, diantaranya:

#### **8.4.1. Berdasarkan kebutuhan Maslow**

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

berdasarkan urutan kebutuhan dasar manusia di antaranya:

- 1) Kebutuhan fisiologis yang meliputi masalah respirasi, sirkulasi, suhu, nutrisi, nyeri, cairan, perawatan kulit, mobilitas, dan eliminasi.
- 2) Kebutuhan keamanan dan keselamatan yang meliputi masalah lingkungan, kondisi tempat tinggal, perlindungan, pakaian, bebas dari infeksi dan rasa takut.
- 3) Kebutuhan mencintai dan memiliki yang meliputi masalah kasih sayang, seksualitas, afiliasi dalam kelompok, hubungan antar manusia.
- 4) Kebutuhan harga diri yang meliputi masalah *respect* dari keluarga, perasaan menghargai diri sendiri.
- 5) Kebutuhan masalah aktualisasi diri yang meliputi kepuasan terhadap lingkungan.

#### **8.4.2. 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”.

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

Seorang Perawat Penanggung Jawab Asuhan yang selanjutnya disebut PPJA merupakan seorang perawat yang diberi kewenangan memberikan asuhan 24 jam per hari dengan segala bentuk peran dan fungsinya. Sedangkan, Perawat Pelaksana yang selanjutnya disebut PP merupakan seorang perawat yang melaksanakan asuhan sesuai dengan instruksi asuhan oleh PPJA. Pelaksanaan penentuan prioritas masalah keperawatan dilakukan setelah perawat melakukan asesmen keperawatan baik yang dilakukan PPJA sendiri ataupun yang dilakukan oleh 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 yang baik serta kolaborasi dalam pelaksanaannya.

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, serta 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 untuk menyusun perencanaan keperawatan.

Seorang PPJA dapat memperoleh laporan dari PP terkait hasil asesmen keperawatan pada pasien yang masuk di *shift* siang dan atau malam. Pada kondisi dimana adanya pasien baru yang masuk ruang perawatan pada saat *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, relevan dan akurat. 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.

Kondisi yang sama dengan sudut pandang berbeda yaitu dari PP pada tahap asesmen keperawatan, seorang 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 menginformasikan data penting tersebut kepada

PPJA untuk dilakukan proses analisis data untuk menyusun perencanaan keperawatan.

Perawat Pelaksana melaksanakan segala bentuk asesmen keperawatan pada kondisi pasien masuk pada *shift* siang dan atau malam, dari hasil asesmen keperawatan yang dilakukan oleh PP kemudian dilaporkan kepada PPJA pasien yang dirawat. 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. Seorang PPJA harus mempunyai kemampuan untuk memprioritaskan agar pelaksanaan asuhan dapat berjalan efektif dan efisien. Koordinasi yang baik antara PPJA dengan PP merupakan aspek penting dalam prioritas masalah keperawatan.

## 8.6. 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 dalam tananan klinik:

### TAHAP PEMBUATAN PERENCANAAN KEPERAWATAN

Pasien Stroke



	Masalah Keperawatan	Kebutuhan Maslow	Prioritas
	• Penurunan <b>kapasitas adaptif</b> intrakranial - 00049	• Fisiologis	• Tinggi
	• Ketidakefektifan <b>bersihan jalan napas</b> - 00031	• Fisiologis	• Tinggi
	• Hambatan <b>mobilitas</b> fisik - 00085	• Fisiologis	• Sedang
	• Risiko <b>dekubitus</b> - 00249	• Keselamatan & keamanan	• Sedang
	• Risiko <b>jatuh</b> - 00155	• Keselamatan & keamanan	• Sedang

Gambar 8.2. Prioritas Masalah Keperawatan Pasien Stroke yang Dapat Menjadi Pertimbangan Seorang Perawat

Berdasarkan gambar 8.2 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 merupakan suatu 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"> <li>Risiko <b>syok</b> - 00205</li> <li><b>Nyeri</b> akut - 00132</li> <li>Kerusakan <b>integritas jaringan</b> - 00044</li> <li>Hambatan <b>mobilitas</b> fisik - 00085</li> <li><b>Ansietas</b> - 00146</li> <li>Risiko <b>infeksi</b> - 00004</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fisiologis</li> <li>Fisiologis</li> <li>Fisiologis</li> <li>Fisiologis</li> <li>Keselamatan &amp; keamanan</li> <li>Keselamatan &amp; keamanan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tinggi</li> <li>Tinggi</li> <li>Sedang</li> <li>Sedang</li> <li>Sedang</li> <li>Sedang</li> </ul>

Gambar 8.3. Prioritas Masalah Keperawatan Pasien Open Fraktur Femur 1/3 Distal yang Dapat Menjadi Pertimbangan Seorang Perawat

Berdasarkan gambar 8.3 dapat dilihat bahwa dalam menentukan prioritas masalah keperawatan pada kasus di atas, seorang perawat dapat menetapkan prioritas masalah keperawatan pada diagnosis keperawatan dengan jenis diagnosis “risiko”, tidak selalu diagnosis keperawatan “risiko” dianggap tidak penting. Bisa saja justru diagnosis keperawatan “risiko” pada kasus di atas merupakan hal fatal yang jika dibiarkan pada pasien pada kasus di atas. Diagnosis keperawatan yang diangkat menjadi masalah yang dialami pasien, satu sama lain dapat saling mempengaruhi sehingga penting bagi seorang perawat

untuk mempertimbangkan pemprioritasan masalah keperawatan.

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

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

Perawat Penanggung Jawab Asuhan,

Ttd

Gambar 8.4. Contoh Pendokumentasian Prioritas Masalah Keperawatan

Berdasarkan gambar 8.4 dapat dilihat bahwa dalam menentukan prioritas masalah keperawatan, penting adanya aspek legalitas berupa keterangan siapa yang melakukan pemprioritasan 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.

## 8.7. Rangkuman

Seorang perawat dalam praktik pelaksanaan pemberian asuhan keperawatan tidak memungkinkan menyelesaikan semua masalah keperawatan secara bersama-sama. Memprioritaskan masalah keperawatan menjadi suatu hal yang tidak dapat dihindari demi efektif dan efisiennya perencanaan keperawatan yang dibuat oleh perawat. Pelaksanaan pemprioritasan masalah keperawatan dilakukan berdasarkan hirarki Maslow dan berdasarkan pertimbangan kegawatan (mengancam nyawa). Hal ini dilakukan dengan hati-hati dan penuh perhitungan dengan mengandalkan kemampuan berpikir kritis serta pengambilan keputusan klinis, kemampuan dalam melakukan penilaian klinis terhadap kondisi pasien, serta dilandasi oleh penggunaan *evidence based practice* dan *evidence based nursing practice* dalam praktik pemberian asuhan keperawatan kepada pasien.

Pelaksanaan pemprioritasan masalah keperawatan yang dilakukan haruslah dilakukan pendokumentasian sehingga akuntabilitas pekerjaan perawat dapat dipertanggungjawabkan, dapat dipertanggunggugatkan mengapa masalah keperawatan tertentu diprioritaskan sedangkan yang lain bukan sebagai prioritas. Berbagai jenis diagnosis keperawatan memungkinkan untuk menjadi prioritas masalah keperawatan yang dialami pasien, semua tergantung pada kondisi pasien dan kemampuan perawat dalam menilai kondisi klinis pasien yang dikelola.

## 8.8. Latihan

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

1. Jelaskan mengapa perawat disarankan untuk dapat selalu memprioritaskan masalah keperawatan!
2. Jelaskan mengenai pemilihan prioritas masalah berdasarkan hirarki Maslow!
3. Jelaskan mengenai pemilihan prioritas masalah berdasarkan tingkat kegawatan!
4. Susunlah berdasarkan prioritas masalah keperawatan pada kasus kecelakaan lalu lintas darat, masalah yang ada pada pasien antara lain: Kurang pengetahuan; Nyeri akut; Risiko syok; Kerusakan mobilitas fisik; Kecemasan!
5. Berikan dan jelaskan contoh pendokumentasian prioritas masalah keperawatan pada pasien diare!
6. Berikan dan jelaskan contoh pendokumentasian prioritas masalah keperawatan pada pasien asma!
7. Berikan penjelasan mengenai contoh pendokumentasian prioritas masalah keperawatan pada pasien trauma leher!

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

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

1. Dalam pengambilan keputusan prioritas, biasanya perawat mempertimbangkan kebutuhan berdasarkan...
  - a. Hirarki Maslow
  - b. Kebutuhan Roy
  - c. Fisiologis
  - d. Psikologis
  - e. Kedaruratan
2. Kebutuhan paling mendasar dalam pertimbangan seorang Ners menentukan prioritas yaitu:
  - a. Aktualisasi Diri
  - b. Harga Diri
  - c. Mencintai dan Dicintai
  - d. Keamanan dan Perlindungan
  - e. Fisiologis
3. Kebutuhan nomer 5 (lima) dari dasar dalam pertimbangan seorang Ners menentukan prioritas adalah ...
  - a. Aktualisasi Diri
  - b. Harga Diri
  - c. Mencintai dan Dicintai
  - d. Keamanan dan Perlindungan
  - e. Fisiologis

4. Kebutuhan nomer 2 (dua) dari dasar dalam pertimbangan seorang Ners menentukan prioritas adalah ...
  - a. Aktualisasi Diri
  - b. Harga Diri
  - c. Mencintai dan Dicintai
  - d. Keamanan dan Perlindungan
  - e. Fisiologis
5. Kebutuhan nomer 3 (tiga) dari dasar dalam pertimbangan seorang Ners menentukan prioritas adalah ...
  - a. Aktualisasi Diri
  - b. Harga Diri
  - c. Mencintai dan Dicintai
  - d. Keamanan dan Perlindungan
  - e. Fisiologis
6. Kebutuhan nomer 4 (empat) dari dasar dalam pertimbangan seorang Ners menentukan prioritas adalah ...
  - a. Aktualisasi Diri
  - b. Harga Diri
  - c. Mencintai dan Dicintai
  - d. Keamanan dan Perlindungan
  - a. Fisiologis
7. Dalam menentukan prioritas ketika memilih Nursing Diagnoses, maka pertimbangan utamanya adalah ...

- a. Menyelesaikan masalah risiko yang mengancam nyawa
  - b. Menyelesaikan masalah fokus yang tidak mengancam nyawa
  - c. Menyelesaikan masalah focus
  - d. Menyelesaikan masalah risiko
  - e. Menyelesaikan kesejahteraan pasien
8. Nursing Diagnoses pada kasus kecelakaan lalu lintas darat yang mana terjadi perdarahan hebat, maka prioritas utamanya adalah ...
- a. Risiko syok
  - b. Risiko cedera
  - c. Nyeri akut
  - d. Nyeri kronis
  - e. Kecemasan
9. Dalam menentukan prioritas, ners Amir mendapatkan beberapa pertimbangan seperti pasien mengalami penurunan berat badan lebih dari 10%, nafas sesak, badan terasa letih, nafsu makan kurang, batuk tidak dapat mengeluarkan secret serta berteriak karena merasa kesakitan saat dilakukan pengkajian, skala nyeri 8 (0-10), perasaan seperti ditusuk dan menetap. Prioritas terkait Nursing Diagnoses yang diambil adalah...
- a. Ketidakseimbangan nutrisi: kurang dari kebutuhan tubuh
  - b. Pola nafas tidak efektif

- c. Kelelahan
  - d. Ketidakefektifan bersihan jalan nafas
  - e. Nyeri akut
10. Apa alasan pengangkatan diagnosis di atas sebagai prioritas ...
- a. Nutrisi tubuh harus cepat dikembalikan untuk daya tahan
  - b. Pernafasan menjadi unsur penunjang kehidupan
  - c. Kebugaran fisik sangat diperlukan pasien
  - d. Jalan nafas yang adekuat merupakan kebutuhan dasar
  - e. Nyeri yang tak tertahankan dapat jadi menyebabkan perburukan kondisi
11. Dalam suatu kondisi ditemukan pasien dengan Saturasi oksigen rendah 82% dengan terpasang O<sub>2</sub> sebanyak 5 liter karena pasien sesak nafas. Ditemukan beberapa diagnosis yang saling berhubungan yaitu Ketidakefektifan bersihan jalan nafas, Ketidakefektifan pola nafas dan Hambatan pertukaran gas. Secara prioritas yang utama dalam kasus ini adalah...
- a. Ketidakefektifan bersihan jalan nafas
  - b. Ketidakefektifan pola nafas
  - c. Hambatan pertukaran gas
  - d. Hambatan ventilasi spontan
  - e. Hambatan penyapihan ventilator
12. Dalam suatu kondisi ditemukan pasien dengan terdengar suara nafas tambahan, pasien tidak dapat

mengeluarkan sekretnya karena kondisi koma, saturasi O<sub>2</sub> rendah, dan terdapat suara nafas tambahan. Ditemukan beberapa diagnosis yang saling berhubungan yaitu Ketidakefektifan bersihan jalan nafas, Ketidakefektifan pola nafas dan Hambatan pertukaran gas. Secara prioritas yang utama dalam kasus ini adalah...

- a. Ketidakefektifan bersihan jalan nafas
- b. Ketidakefektifan pola nafas
- c. Hambatan pertukaran gas
- d. Hambatan ventilasi spontan
- e. Hambatan penyapihan ventilator

13. Dalam suatu kondisi ditemukan pasien dengan keluhan sesak nafas dan tidak dapat berkurang saat berbaring di atas tempat tidur, saturasi O<sub>2</sub> rendah, dan terdapat suara nafas tambahan. Ditemukan beberapa diagnosis yang saling berhubungan yaitu Ketidakefektifan bersihan jalan nafas, Ketidakefektifan pola nafas dan Hambatan pertukaran gas. Secara prioritas yang utama dalam kasus ini adalah...

- a. Ketidakefektifan bersihan jalan nafas
- b. Ketidakefektifan pola nafas
- c. Hambatan pertukaran gas
- d. Hambatan ventilasi spontan
- e. Hambatan penyapihan ventilator

14. Dalam suatu kondisi ditemukan pasien dengan keluhan sesak nafas dan jantung berdebar ketika berpindah ke

kamar mandi dari tempat tidur, pasien juga mengatakan merasa lemah dengan kondisinya. Ditemukan beberapa diagnosis yang saling berhubungan yaitu Keletihan, Intoleransi aktivitas dan Hambatan berjalan. Secara prioritas yang utama dalam kasus ini adalah...

- a. Keletihan
- b. Intoleransi aktivitas
- c. Hambatan berjalan
- d. Kerusakan mobiltas fisik
- e. Hambatan berpindah

15. Dalam suatu kondisi ditemukan pasien dengan keluhan merasa kurang energi dan tidak dapat beranjak dari tempat tidur, pasien juga mengatakan susah berjalan dan berpindah dari tempat tidur karena kondisi tubuhnya. Ditemukan beberapa diagnosis yang saling berhubungan yaitu Keletihan, Intoleransi aktivitas, Hambatan berjalan dan Hambatan berpindah. Secara prioritas yang utama dalam kasus ini adalah...

- a. Keletihan
- b. Intoleransi aktivitas
- c. Hambatan berjalan
- d. Kerusakan mobiltas fisik
- e. Hambatan berpindah

## **8.9. Bahan Bacaan Pendukung**

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

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

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

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 IX

## PROSES KEPERAWATAN: PERENCANAAN KEPERAWATAN

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

### 9.1. Deskripsi Singkat

Seorang perawat dalam praktiknya setelah mendapatkan masalah keperawatan dan penentuan prioritas masalah yang dialami pasien. Selanjutnya menyusun perencanaan keperawatan secara skematis guna mencoba menyelesaikan masalah keperawatan yang dialami pasien. Perencanaan keperawatan yang disusun terkadang memuat unsur independensi seorang perawat, namun terkadang pula memuat unsur kolaborasi dengan profesional pemberi asuhan lainnya. Pada bab kesembilan buku ini membahas tentang gambaran umum mengenai definisi perencanaan keperawatan, perbedaan perencanaan keperawatan dengan perencanaan medis, penggunaan NOC untuk menetapkan luaran keperawatan, penggunaan NIC untuk memilih intervensi keperawatan, *clinical reasoning* (rasionalisasi) dalam perencanaan keperawatan, peran Perawat Penanggung Jawab Asuhan (PPJA) dan Perawat Pelaksana (PP) dalam perencanaan

keperawatan, dan dokumentasi perencanaan keperawatan juga dibahas dalam bab ini.

## 9.2. Relevansi

Seorang perawat yang sedang menjalankan asuhan keperawatan kepada pasien dan atau keluarga, proses perencanaan keperawatan merupakan bagian yang sangat penting mengingat masalah keperawatan yang muncul tidak akan terselesaikan jika perencanaan keperawatan yang dibuat tidak dapat mengatasi masalah keperawatan yang ada. Hubungan antara diagnosis keperawatan, luaran keperawatan atau hasil yang diharapkan serta perencanaan keperawatan akan terlihat pada gambar di bawah ini:



Gambar 9.1. Perencanaan Keperawatan dalam Proses Asuhan Keperawatan

Berdasarkan gambar 9.1 dapat dilihat bahwa terdapat perencanaan keperawatan yang menjadi kunci dari penyelesaian diagnosis keperawatan yang muncul menuju luaran keperawatan atau hasil yang diharapkan. Proses pembuatan perencanaan keperawatan perlu mempertimbangkan pilihan kapabilitas perawat serta sumber daya pasien dan atau keluarga pasien, dimana keduanya akan sama-sama mendukung perencanaan keperawatan yang dibuat oleh perawat. Perencanaan keperawatan juga harus berlandaskan pada *evidence based practice* atau *evidence based nursing practice* yang didapat dari hasil temuan riset.

Hasil temuan riset pada umumnya merupakan suatu *update* dari perencanaan keperawatan yang selama ini menjadi kebiasaan perawat. Misalnya saja selama ini perawat melakukan perencanaan keperawatan berupa perawatan luka konvensional, namun akhir-akhir ini banyak berkembang cara atau teknik perawatan luka modern yang notabennya adalah temuan riset-riset terbaru. Perencanaan keperawatan juga memerlukan ide kreatif perawat dimana kekurangan fasilitas perawatan akan dapat ditutupi dengan kreativitas yang ada. Seorang perawat tidak boleh hanya berpangku dan mengeluh terkait keterbatasan sarana prasarana perawatan, ide kreatif untuk menuntaskan masalah dituntut disini. Kreativitas tanpa mengurangi esensi dan prinsip merupakan suatu keniscayaan bagi seorang perawat di era sekarang.

### **9.3. Kompetensi**

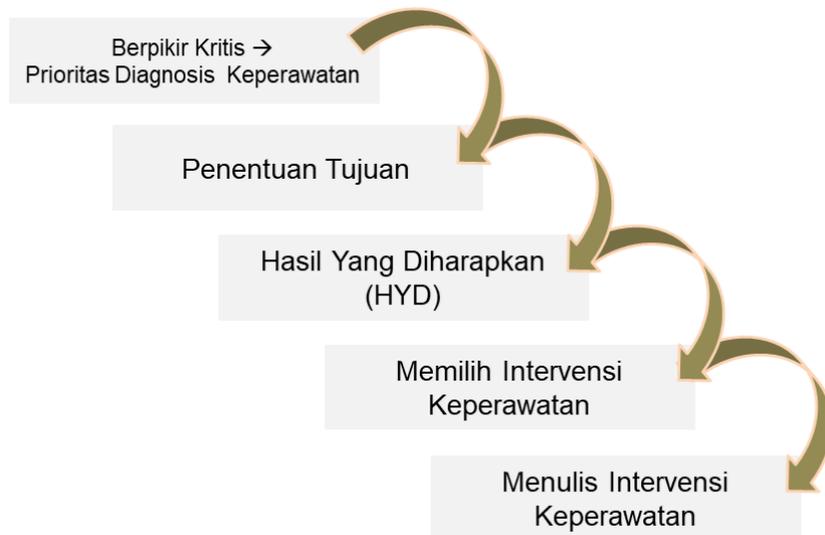
Setelah menyelesaikan bab ini, mahasiswa keperawatan sebagai peserta didik akan mempunyai kemampuan untuk:

1. Menjelaskan mengenai definisi perencanaan keperawatan
2. Menjelaskan mengenai perbedaan perencanaan keperawatan dengan perencanaan medis
3. Menjelaskan mengenai penggunaan NOC untuk menetapkan luaran keperawatan
4. Menjelaskan mengenai penggunaan NIC untuk memilih intervensi keperawatan
5. Menjelaskan mengenai *clinical reasoning* (rasionalisasi) dalam perencanaan keperawatan
6. Mengaplikasikan pendokumentasian perencanaan keperawatan

### **9.4. Konsep, Tujuan Perencanaan Keperawatan serta Perbedaan Intervensi Keperawatan dan Intervensi Medis**

Perencanaan keperawatan merupakan kategori dari perilaku keperawatan dimana tujuan terpusat pada pasien dan hasil yang diperkirakan ditetapkan dan intervensi keperawatan dipilih untuk mencapai tujuan tersebut (Potter & Perry, 2014). Pemilihan intervensi keperawatan harapannya mempertimbangkan kemampuan penilaian

klinis dari seorang perawat. Konsep perencanaan keperawatan dapat dilihat pada gambar berikut ini:



Gambar 9.2. Proses Perencanaan Keperawatan yang Dapat Dijadikan Pertimbangan oleh Perawat

Berdasarkan gambar 9.2 dapat dilihat bahwa perencanaan keperawatan dimulai dari kemampuan perawat dalam menegakkan diagnosis keperawatan kemudian memprioritaskannya, selanjutnya yang harus dilakukan perawat adalah menentukan tujuan serta menentukan kriteria hasil atau luaran keperawatan yang diharapkan, setelah luaran keperawatan ditetapkan maka pemilihan intervensi keperawatan dilakukan dengan mempertimbangkan bahwa intervensi yang akan dipilih

dapat menuju dan menyelesaikan masalah pada kriteria atau luaran keperawatan yang ditetapkan sebelumnya.

Tujuan perencanaan keperawatan merupakan sebuah petunjuk untuk pemilihan intervensi keperawatan dan kriteria dalam evaluasi pada intervensi keperawatan. Terdapat beberapa tujuan perencanaan keperawatan yang dapat dilihat pada penjabaran berikut ini:

- a. Tujuan jangka pendek (Tupen), biasanya dicapai dalam waktu yang singkat (< 1 minggu).
- b. Tujuan jangka panjang (Tupan), biasanya dicapai dalam waktu yang lebih lama (>1 minggu atau bulanan).

Perbedaan perencanaan keperawatan dan perencanaan medis dapat diartikan sebagai hal spesifik yang mana akan membedakan apa yang menjadi kewenangan keperawatan dan mana yang menjadi kewenangan medis dalam memandang seorang pasien yang sama dengan masalah yang sedang dialaminya.

Secara perencanaan, konsep perencanaan medis mempunyai karakteristik sebagai berikut:

- a. Dibuat oleh tenaga medis, dalam hal ini seorang Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP).
- b. Berdasarkan diagnosis medis yang diputuskan oleh seorang DPJP.
- c. Mengacu pada proses penyakit.
- d. Berupa *curing* (terapi) dan penggunaan obat-obatan.
- e. Berupa order dokter/instruksi/*advice* dari DPJP.

Secara perencanaan, konsep perencanaan keperawatan mempunyai karakteristik sebagai berikut:

- a. Dibuat oleh perawat profesional dalam hal ini seorang Perawat Penanggung Jawab Asuhan (PPJA).
- b. Berdasarkan diagnosis keperawatan yang telah ditegakkan oleh seorang PPJA.
- c. Mengacu pada respon pasien dan memungkinkan berubah-ubah dalam keseharian perawatannya.
- d. Berupa *caring* (asuhan keperawatan), menggunakan pendekatan proses asuhan keperawatan.
- e. Berupa order perawat/instruksi dari PPJA.

Contoh perbedaan perencanaan medis dan keperawatan, dapat terlihat sebagai berikut:

- a. Perencanaan medis:
  - Novalgin injeksi 1 ampul IV per 8 jam, untuk pasien yang mengalami nyeri.
- b. Perencanaan keperawatan:
  - Kaji tingkat nyeri
  - Kaji penyebab nyeri
  - Kaji area nyeri
  - Kaji kualitas nyeri
  - Ajarkan teknik distraksi
  - Ajarkan teknik relaksasi
  - Kolaborasi pemberian obat analgesik: Novalgin injeksi 1 ampul IV per 8 jam
  - Evaluasi efek pemberian obat setelah 30 menit

### **9.5. Penggunaan Buku *Nursing Outcome Classification* (NOC) serta Konsep SMART dalam Penentuan Luaran Keperawatan**

Luaran keperawatan dapat diartikan sebagai hasil yang diharapkan Perawat Penanggung Jawab Asuhan (PPJA) terkait kondisi atau masalah keperawatan yang dialami pasien saat dilakukan asesmen keperawatan. Luaran keperawatan akan menjadi dasar guna memilih intervensi keperawatan yang akan dimaksudkan untuk menyelesaikan masalah keperawatan. Luaran keperawatan menjadi dasar bagi seorang PPJA untuk membuat instruksi bagi perawat pelaksana pengganti PPJA saat seorang PPJA tidak sedang bertugas di ruang perawatan pasien. Luaran keperawatan juga akan digunakan untuk menjadi dasar pijakan seorang PPJA dalam melakukan evaluasi keperawatan setelahnya.

Luaran keperawatan atau hasil yang diharapkan (*expected patient outcomes*) haruslah mempunyai sasaran spesifik, langkah demi langkah yang mengarah pada pencapaian tujuan dan penghilangan terhadap etiologi atau faktor risiko untuk masing-masing diagnosis keperawatan. Sebagai contoh penentuan luaran keperawatan pada diagnosis keperawatan “nyeri akut” yang biasanya dibuat oleh seorang PPJA yaitu sebagai berikut:

- Tingkat nyeri, indikator/kriteria:
  - Pasien mengatakan nyeri berkurang

- Pasien menggunakan skala nyeri untuk mengidentifikasi tingkat nyeri
- Pasien mampu beristirahat/tidur
- Pasien menggunakan teknik non farmakologi (distraksi/relaksasi).

Perumusan *outcomes* (kriteria hasil) yang baik harus mengandung unsur SMART (Stuart & Sundeen, 1995), dapat dijabarkan sebagai berikut:

- a. *Specific* (pilihan khusus sesuai kondisi)
- b. *Measurable* (dapat diukur)
- c. *Achievable* (dapat dicapai)
- d. *Reliable* (mempunyai rasional)
- e. *Time* (mempertimbangkan waktu)

Beberapa tahun belakangan sudah ada standar kriteria hasil yaitu buku *Nursing Outcome Classification* (NOC) untuk memberikan referensi dalam penentuan luaran keperawatan. Klasifikasi dari kriteria hasil yang diharapkan kepada pasien yang komprehensif dan terstandarisasi untuk mengevaluasi efek dari intervensi keperawatan yang diberikan. Terdapat 330 *outcomes* (pada NOC edisi 5).

Menggunakan buku *Nursing Outcome Classification* (NOC) sebagai referensi haruslah memahami teknik penggunaannya, guna mensinkronkan antara diagnosis keperawatan yang ditegakkan menggunakan referensi

buku *NANDA-International*. Selanjutnya dilakukan dengan cara membuka buku NOC bagian “PART FOUR – NOC Linkages: *Health Patterns and NANDA-International*”, setelah membuka “bagian empat” ini, perawat dapat menentukan *outcomes* yang mungkin bersesuaian dengan kondisi klinis pasien. Setelah menentukan *outcomes* tertentu, maka dilanjutkan dengan membuka “PART THREE – Outcomes”, setelah membuka “bagian tiga” maka perawat dapat menentukan indikator apa saja yang akan mencapai terpenuhinya label *outcomes* sesuai kondisi klinis pasien yang telah ditentukan. *Outcomes* yang dicapai akan merepresentasikan pencapaian penyelesaian masalah keperawatan yang ada di bagian akhir proses keperawatan yaitu evaluasi keperawatan. Jika *outcomes* yang ditetapkan tercapai semua maka dapat diartikan intervensi keperawatan yang diberikan berhasil dengan baik.

Berikut merupakan penggunaan kata kerja dalam penentuan luaran keperawatan:

- a. Penggunaan kata kerja di ranah kognitif diantaranya adalah dengan kata kerja: jelaskan, hubungkan, uraikan, identifikasi, bandingkan, diskusikan, dan sebutkan.
- b. Penggunaan kata kerja di ranah afektif diantaranya adalah dengan kata kerja: menerima, mengakui, menilai, mengungkapkan, dan mempercayai.

- c. Penggunaan kata kerja di ranah psikomotor diantaranya adalah dengan kata kerja: meniru, mengulang, mendemonstrasikan, menampilkan, dan memberi.

#### **9.6. Penggunaan Buku *Nursing Intervention Classification* (NIC) untuk Memilih Intervensi Keperawatan**

Intervensi keperawatan dapat diartikan sebagai pilihan tindakan keperawatan oleh Perawat Penanggung Jawab Asuhan (PPJA) terkait kondisi atau masalah keperawatan yang ada saat ini. Intervensi keperawatan diartikan sebagai tindakan untuk mencapai luaran keperawatan yang telah ditetapkan sebelumnya serta menyelesaikan masalah keperawatan yang ada. Intervensi keperawatan juga sering diartikan sebagai instruksi bagi perawat pelaksana pengganti PPJA saat seorang PPJA tidak sedang bertugas di ruang perawatan pasien.

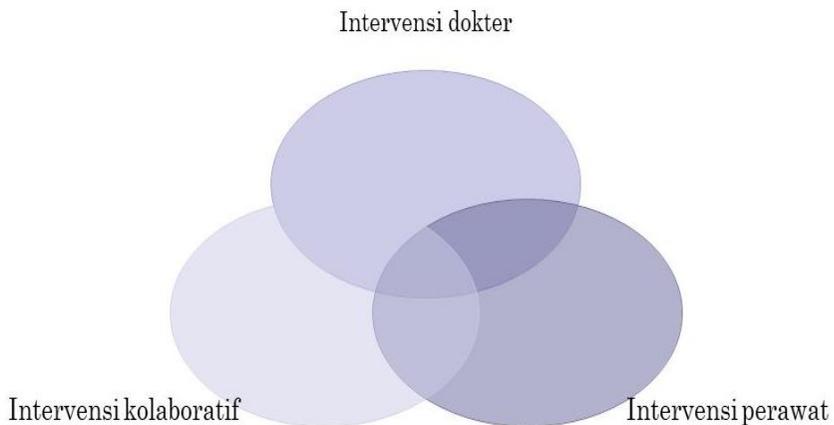
Pemilihan intervensi keperawatan sangat diharapkan memperhatikan standar intervensi secara komprehensif berdasarkan riset atau mengedepankan *evidence based practice* dan *evidence based nursing practice*. Klasifikasi *Nursing Intervention Classification* (NIC) meliputi intervensi yang dilakukan baik tindakan keperawatan langsung dan tidak langsung, mandiri maupun kolaborasi. Buku NIC (edisi 6) terdapat 542 tindakan. Buku NIC merupakan proyek yang dikembangkan oleh *University of IOWA*.

Menggunakan buku NIC sebagai referensi haruslah memahami teknik penggunaannya guna mensinkronkan

antara diagnosis keperawatan yang diangkat menggunakan referensi *NANDA-International*. Selanjutnya dilakukan dengan cara membuka bagian “PART SIX – *NIC Interventions Linked to NANDA-International Diagnosis*”, setelah membuka “bagian enam” ini, perawat dapat memilih label *intervention* yang mungkin bersesuaian dengan kondisi klinis pasien. Setelah memilih label *intervention* tertentu maka dilanjutkan dengan membuka “PART THREE – *The Classification*”, setelah membuka “bagian tiga” maka PPJA dapat memilih aktivitas keperawatan apa saja yang akan mencapai terpenuhinya *outcomes* sesuai kondisi klinis pasien yang telah ditentukan. *Outcomes* yang terselesaikan dari suatu masalah keperawatan menjadi bukti efektif dan efisiennya intervensi keperawatan yang diberikan, hal ini dapat terlihat pada bagian akhir proses keperawatan yaitu evaluasi keperawatan. Jika *outcomes* yang ditetapkan tercapai semua maka dapat diartikan intervensi keperawatan yang dijalankan berhasil dengan baik melalui aktivitas keperawatan sesuai label intervensi. Intervensi keperawatan juga dituliskan oleh PPJA di kolom instruksi di Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi (CPPT). Hal ini dimaksudkan guna menyiapkan instruksi bagi perawat pelaksana pengganti PPJA saat seorang PPJA tidak sedang bertugas di ruang perawatan pasien.

### 9.7. Tipe Intervensi dalam Keperawatan, Memilih Intervensi Keperawatan dan Rasionalisasi Perencanaan Keperawatan

Proses pemberian asuhan keperawatan oleh perawat, pada pemilihan intervensi keperawatan akan dibagi menjadi intervensi mandiri perawat, intervensi delegatif dari dokter atau Profesional Pemberi Asuhan (PPA) lainnya dan intervensi kolaboratif antar sesama PPA. Penjelasan terkait tipe intervensi yang biasanya terjadi dalam praktik asuhan keperawatan di klinik dapat digambarkan sesuai penjelasan di bawah ini:



Gambar 9.3. Tipe Intervensi Keperawatan yang Menggambarkan Fungsi Keperawatan

Berdasarkan gambar 9.3. terlihat bahwa proses perencanaan keperawatan yang dijalankan oleh PPJA memiliki beberapa intervensi dalam memberikan asuhan terintegrasi kepada pasien. Berikut merupakan penjelasan dari gambar di atas:

a. Intervensi Perawat

- 1) Merupakan suatu tindakan otonomi atau mandiri perawat berdasarkan rasional ilmiah yang dilakukan untuk keuntungan pasien dalam cara yang diprediksi yang berhubungan dengan diagnosis keperawatan dan tujuan perawatan pasien.
- 2) Contoh dari intervensi perawat:
  - a) Manajemen nyeri
  - b) Oksigenasi

b. Intervensi Medis

- 1) Didasarkan pada respon tenaga medis dalam hal ini seorang Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP) terhadap diagnosis medis, perawat menyelesaikan instruksi tertulis oleh DPJP.
- 2) Contoh dari intervensi medis:
  - a) Memberikan medikasi (administrasi obat)
  - b) Melakukan prosedur invasif seperti pemasangan infus, kateter urine dan lainnya.

c. Intervensi Kolaboratif

- 1) Tindakan yang membutuhkan pengetahuan, keterampilan dan keahlian dari berbagai Profesional Pemberi Asuhan (PPA). Dalam hal ini PPA merasa sama-sama menyadari bahwa asuhan yang diberikan merupakan asuhan terintegrasi sehingga pelaksanaannya pun harus dikolaborasikan dengan baik demi kesembuhan pasien pada masa perawatan.

2) Contoh: keterlibatan diantara perawat, dokter, nutrisisionis, fisioterapis, psikolog, dan Profesional Pemberi Asuhan (PPA) lainnya.

Seorang perawat dalam memilih intervensi keperawatan, perlu mempertimbangkan beberapa hal yang antara lain:

- a. Karakteristik diagnosis keperawatan
- b. Hasil yang diharapkan
- c. Dasar riset
- d. Kemungkinan untuk dikerjakan (interaksi, biaya, waktu)
- e. Penerimaan pasien
- f. Kompetensi perawat.

Seorang perawat yang membuat perencanaan keperawatan haruslah berkeyakinan bahwa landasan rasionalitas yang tinggi merupakan keniscayaan guna menjamin intervensi keperawatan berjalan dengan baik. Rasionalitas dalam perencanaan keperawatan berdasarkan ilmu pengetahuan yang mendasari, *evidence based practice* atau *evidence based nursing practice* yang didapat dari hasil temuan riset. Rasionalitas bukan tujuan dilakukan intervensi keperawatan. Namun, rasionalitas lebih pada apakah intervensi keperawatan ini dapat diterima dengan baik sesuai dengan kondisi fisiologis dan patofisiologis secara keilmuan atau sebaliknya.

### **9.8. Peran Perawat Penanggung Jawab Asuhan (PPJA) dan Perawat Pelaksana dalam Perencanaan Keperawatan**

Seorang Perawat Penanggung Jawab Asuhan yang selanjutnya disebut PPJA merupakan seorang perawat yang diberi kewenangan memberikan asuhan 24 jam per hari dengan segala bentuk peran dan fungsinya. Sedangkan, Perawat Pelaksana yang selanjutnya disebut PP merupakan seorang perawat yang melaksanakan asuhan sesuai dengan instruksi asuhan oleh PPJA. Dalam pelaksanaannya, perencanaan 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 perencanaan keperawatan meliputi penegakkan diagnosis keperawatan, penentuan luaran keperawatan dan pemilihan intervensi keperawatan.

Berkaitan dengan proses penegakkan diagnosis keperawatan seorang PPJA bertanggung jawab untuk menegakkan diagnosis keperawatan berdasarkan data subjektif dan objektif yang didapatkan saat dilakukan asesmen keperawatan. Jika di suatu kondisi PPJA harus mendelegasikan penegakkan diagnosis keperawatan kepada PP. Maka, dalam kondisi ini PPJA bertugas untuk

melakukan *review* dan validasi penegakan diagnosis keperawatan yang dilakukan oleh PP.

Berkaitan dengan proses penentuan luaran keperawatan, seorang PPJA bertanggung jawab untuk menentukan luaran keperawatan berdasarkan diagnosis keperawatan yang ditegakkan sebelumnya. Jika di suatu kondisi PPJA harus mendelegasikan penentuan luaran keperawatan kepada PP. Maka, dalam kondisi ini PPJA bertugas untuk melakukan *review* dan validasi penentuan luaran keperawatan yang dilakukan oleh PP.

Berkaitan dengan proses pemilihan intervensi keperawatan, seorang PPJA bertanggung jawab untuk memilih intervensi keperawatan berdasarkan diagnosis keperawatan dan luaran keperawatan yang telah ditetapkan sebelumnya. PPJA harus memastikan agar intervensi keperawatan yang dipilih bersesuaian dengan kondisi pasien, diagnosis keperawatan yang ditegakkan serta luaran keperawatan yang ditentukan berdasarkan hasil asesmen keperawatan yang telah dilakukan sebelumnya. Jika di suatu kondisi PPJA harus mendelegasikan pemilihan intervensi keperawatan kepada PP. Maka, dalam kondisi ini PPJA bertugas untuk melakukan *review* dan validasi pemilihan intervensi keperawatan yang dilakukan oleh PP.

Seorang PPJA dapat memperoleh laporan dari PP terkait hasil asesmen keperawatan yang berguna sebagai bahan pertimbangan dalam proses perencanaan

keperawatan. Pada *shift* siang dan atau malam, dalam proses perencanaan keperawatan seorang PPJA memberikan kesempatan kepada PP untuk melakukan penegakkan diagnosis keperawatan dengan tetap memberikan masukan terhadap diagnosis keperawatan yang ditegakkan oleh PP. sebagai catatan, PPJA bertanggung jawab melakukan *review* dan memberikan validasi penegakkan diagnosis keperawatan yang dilakukan PP. Dalam penentuan luaran keperawatan, seorang PPJA memberikan kesempatan kepada PP untuk menentukan luaran keperawatan dengan tetap memberikan masukan terhadap luaran keperawatan yang ditentukan oleh PP. Sebagai catatan, PPJA bertanggung jawab melakukan *review* dan memberikan validasi penentuan luaran keperawatan yang dilakukan PP. Dalam pemilihan intervensi keperawatan, seorang PPJA memberikan kesempatan kepada PP untuk melakukan pemilihan intervensi keperawatan dengan tetap memberikan masukan terhadap intervensi keperawatan yang dipilih oleh PP. Sebagai catatan, PPJA bertanggung jawab melakukan *review* dan memberikan validasi pemilihan intervensi keperawatan yang dilakukan PP.

Seorang PP haruslah menyadari bahwa sangat penting untuk selalu berkoordinasi dengan PPJA dalam menjalankan perannya terkait perencanaan keperawatan ketika PPJA sedang tidak berada di ruang perawatan. Peran yang dapat dilakukan PP meliputi penegakkan

diagnosis keperawatan, penentuan luaran keperawatan dan pemilihan intervensi keperawatan yang nantinya akan divalidasi oleh PPJA pasien yang sedang dikelola.

Proses penegakan diagnosis keperawatan dilakukan oleh PPJA, akan tetapi pada situasi kondisionil misalnya dengan kondisi banyaknya pasien masuk ruang perawatan dalam satu waktu yang bersamaan, PP dapat menegakkan diagnosis keperawatan yang dilakukan berdasarkan pada arahan PPJA dan selalu dilaporkan kepada PPJA untuk selanjutnya dilakukan validasi.

Proses penentuan luaran keperawatan pada pasien yang dikelola, idealnya dilakukan oleh PPJA, tetapi pada situasi kondisionil misalnya dengan kondisi banyaknya pasien masuk ruang perawatan dalam satu waktu yang bersamaan, PP dapat menentukan luaran keperawatan yang dilakukan berdasarkan pada arahan dan selalu dilaporkan kepada PPJA untuk selanjutnya dilakukan *review* dan validasi oleh PPJA.

Proses pemilihan intervensi keperawatan merupakan tanggung jawab PPJA, akan tetapi pada situasi kondisionil misalnya dengan kondisi banyaknya pasien masuk ruang perawatan dalam satu waktu yang bersamaan, PP dapat melakukan pemilihan intervensi keperawatan yang dilakukan berdasarkan pada arahan dan selalu dilaporkan kepada PPJA untuk selanjutnya dilakukan *review* dan validasi oleh PPJA.

### 9.9. Pelaksanaan Dokumentasi Perencanaan Keperawatan

Dokumentasi perencanaan keperawatan merupakan suatu catatan yang memuat seluruh perencanaan keperawatan yang dibutuhkan untuk menyelesaikan masalah keperawatan. Pada pelaksanaannya proses pendokumentasian perencanaan keperawatan disusun secara urut/ sesuai prioritas untuk menyelesaikan masalah keperawatan yang terjadi.

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

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

Perawat Penanggung Jawab Asuhan,

Ttd

Gambar 9.4. Gambaran Perencanaan Keperawatan yang dibuat oleh Seorang PPJA

Berdasarkan gambar 9.4 dapat dilihat bahwa dalam menentukan perencanaan keperawatan yang dipilih, penting adanya aspek legalitas berupa keterangan siapa yang melakukan perencanaan keperawatan. Dalam hal ini sebaiknya yang membuat perencanaan keperawatan

adalah seorang Perawat Penanggung Jawab Asuhan (PPJA). Terkadang ketika PPJA tidak selalu ada di ruang perawatan maka perawat pengganti PPJA dapat saja melakukan perencanaan keperawatan setelah berkomunikasi dengan PPJA. Suatu saat ketika PPJA datang kembali ke ruang perawatan maka PPJA dapat melakukan *review* dan validasi atas dasar tulisan yang telah dilakukan sejawat atas pasien yang dikelolanya.

### **9.10. Rangkuman**

Perencanaan keperawatan dilakukan dengan harapan dapat menemui hasil yang diharapkan oleh perawat dan juga pasien. Perencanaan keperawatan berpusat pada pasien dan hasil yang diperkirakan ditetapkan dan intervensi keperawatan dipilih untuk mencapai tujuan tertentu. Pemilihan intervensi keperawatan harapannya mempertimbangkan penilaian klinis perawat. Penting bagi seorang Perawat Penanggung Jawab Asuhan (PPJA) mempunyai kemampuan untuk memilih perencanaan keperawatan mengingat tanggung jawab selama pasien dirawat menjadi keniscayaan baginya selaku penanggung jawab asuhan. Pada proses implementasinya dapat saja dilakukan oleh perawat lainnya selama PPJA tidak sedang bertugas di ruang perawatan. Mekanisme *review* dan validasi oleh seorang PPJA menjadi suatu keniscayaan.

Terdapat perbedaan yang sangat mencolok antara perencanaan medis dengan perencanaan keperawatan.

Perencanaan medis dibuat oleh tenaga medis berdasarkan diagnosis medis dan mengacu pada proses penyakit serta dilakukan terapi (*curing*), sedangkan perencanaan keperawatan dibuat oleh perawat profesional berdasarkan diagnosis keperawatan dan mengacu pada respon pasien serta dilakukan asuhan keperawatan (*caring*).

Penggunaan buku NOC dilakukan dengan cara membuka bagian “PART FOUR – NOC *Linkages: Health Patterns and NANDA-International*”, setelah membuka “bagian empat” ini, perawat dapat memilih *outcomes* yang mungkin bersesuaian dengan kondisi klinis pasien. Setelah memilih *outcomes* tertentu maka dilanjutkan dengan membuka “PART THREE – *Outcomes*”, setelah membuka “bagian tiga” maka perawat dapat memilih indikator apa saja yang akan mencapai terpenuhinya label *outcomes* sesuai kondisi klinis pasien yang telah ditentukan. Jika *outcomes* yang ditetapkan tercapai semua maka dapat diartikan intervensi keperawatan yang diberikan berhasil dengan baik untuk mengatasi masalah keperawatan.

Penggunaan buku NIC dilakukan dengan cara membuka bagian “PART SIX – NIC *Interventions Linked to NANDA-International Diagnosis*”, setelah membuka “bagian enam” ini, perawat dapat memilih label *intervention* yang mungkin bersesuaian dengan kondisi klinis pasien. Setelah memilih label *intervention* tertentu maka dilanjutkan dengan membuka “PART THREE – *The Classification*”, setelah membuka “bagian tiga” maka perawat dapat memilih

aktivitas keperawatan apa saja yang akan mencapai terpenuhinya *outcomes* sesuai kondisi klinis pasien yang telah ditentukan. Jika *outcomes* yang ditetapkan tercapai semua maka dapat diartikan intervensi keperawatan yang diberikan berhasil dengan baik melalui aktivitas keperawatan sesuai label intervensi.

Pelaksanaan perencanaan keperawatan yang dilakukan haruslah dilakukan pendokumentasian sehingga akuntabilitas pekerjaan perawat terjaga legalitas dan dapat dipertanggungjawabkan, dapat dipertanggunggugatkan mengapa perencanaan keperawatan ini dibuat berdasarkan masalah keperawatan yang telah diprioritaskan untuk diselesaikan permasalahannya.

### **9.11. Latihan**

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

1. Jelaskan kaitan antara berpikir kritis dengan pemilihan rencana keperawatan!
2. Jelaskan kaitan antara hasil yang diharapkan dengan pemilihan rencana keperawatan!
3. Jelaskan mengenai tujuan jangka pendek dan jangka panjang pada perencanaan keperawatan!
4. Jelaskan perbedaan perencanaan medis dan perencanaan keperawatan!
5. Jelaskan kaitan antara perencanaan medis dan perencanaan keperawatan!

6. Jelaskan mengenai kaidah SMART dalam penentuan luaran dalam asuhan keperawatan!
7. Jelaskan cara penentuan luaran keperawatan menggunakan *Nursing Outcome Classification* (NOC)!
8. Jelaskan mengenai penggunaan kata kerja dalam penentuan luaran keperawatan!
9. Jelaskan mengenai ranah intervensi keperawatan dalam asuhan terintegrasi!
10. Jelaskan hal-hal yang harus diperhatikan dalam memilih intervensi keperawatan!
11. Jelaskan cara pemilihan intervensi keperawatan menggunakan *Nursing Intervention Classification* (NIC)!
12. Jelaskan mengapa penting terdapat rasionalitas dalam pemilihan intervensi keperawatan!
13. Berikan penjelasan mengenai contoh pendokumentasian perencanaan keperawatan pada masalah keperawatan nyeri akut!
14. Berikan penjelasan mengenai contoh pendokumentasian perencanaan keperawatan pada masalah keperawatan mual!
15. Berikan penjelasan mengenai contoh pendokumentasian perencanaan keperawatan pada masalah keperawatan risiko infeksi!
16. Berikan penjelasan mengenai contoh pendokumentasian perencanaan keperawatan pada masalah keperawatan risiko aspirasi!

17. Berikan penjelasan mengenai contoh pendokumentasian perencanaan keperawatan pada masalah keperawatan risiko jatuh!

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

Petunjuk: untuk soal nomor 1-25, pilihlah salah satu jawaban yang paling tepat dan benar!

1. Pada tahap perencanaan dimana tujuan ditetapkan untuk dicapai dalam waktu yang singkat (< 1 minggu)
  - a. Tujuan jangka singkat
  - b. Tujuan jangka pendek
  - c. Tujuan jangka menengah
  - d. Tujuan jangka panjang
  - e. Tujuan jangka lama
2. Pada tahap perencanaan dimana tujuan ditetapkan untuk dicapai dalam waktu yang lebih lama (>1 minggu atau bulanan)
  - a. Tujuan jangka singkat
  - b. Tujuan jangka pendek
  - c. Tujuan jangka menengah
  - d. Tujuan jangka panjang
  - e. Tujuan jangka lama
3. Perencanaan keperawatan dimana perawat memilih indikator spesifik yang mencerminkan tujuan akhir

terselesaikannya masalah keperawatan pasien disebut...

- a. Prioritas diagnosis
  - b. Penetapan tujuan
  - c. Penentuan kriteria hasil
  - d. Pemilihan intervensi
  - e. Penulisan intervensi
4. Perencanaan keperawatan dimana perawat memilih menetapkan target untuk acuan terselesaikannya masalah keperawatan pasien disebut...
- a. Prioritas diagnosis
  - b. Penetapan tujuan
  - c. Penentuan kriteria hasil
  - d. Pemilihan intervensi
  - e. Penulisan intervensi
5. Perencanaan keperawatan dimana perawat memilih rincian tindakan yang dimaksudkan untuk menyelesaikan masalah keperawatan pasien disebut...
- a. Prioritas diagnosis
  - b. Penetapan tujuan
  - c. Penentuan kriteria hasil
  - d. Pemilihan intervensi
  - e. Penulisan intervensi
6. Letak utama perbedaan antara perencanaan medis dan perencanaan keperawatan adalah pada....
- a. Perawat melaksanakan *caring*, medis melaksanakan *curing*

- b. Perawat menerima delegasi, medis memberi delegasi
  - c. Perawat berkolaborasi dengan medis dalam perawatan
  - d. Perawat berkerjasama dengan Profesional pemberi asuhan
  - e. Perawat melakukan intervensi mandiri medis
7. Faktor yang perlu dipertimbangkan seorang Ners untuk memilih *outcomes*, yaitu ...
- a. Waktu pasien dirawat
  - b. Kemampuan perawat
  - c. Diagnosis keperawatan
  - d. Tipe intervensi
  - e. Tipe perencanaan
8. Penentuan tujuan keperawatan dengan menggunakan buku NOC dapat dicari dengan jalan ...
- a. Membuka bagian 2 (taksonomi) dilanjutkan dengan bagian 3 (tujuan)
  - b. Membuka bagian 3 (tujuan) dilanjutkan dengan bagian 4 (pola kesehatan)
  - c. Membuka bagian 4 (pola kesehatan) dilanjutkan dengan bagian 3 (tujuan)
  - d. Membuka bagian 4 (pola kesehatan) dilanjutkan dengan bagian 6 (apendiks)
  - e. Membuka bagian 3 (tujuan) dilanjutkan dengan bagian 2 (taksonomi)

9. Kaidah SMART yang mana mempunyai pengertian luaran keperawatan yang ditentukan dapat terukur secara pencapaian adalah...
- a. *Specific*
  - b. *Measurable*
  - c. *Achievable*
  - d. *Reliable*
  - e. *Time*
10. Penentuan intervensi keperawatan dengan menggunakan buku NIC dapat dicari dengan jalan...
- a. Membuka bagian 4 (area khusus) dilanjutkan dengan bagian 2 (taksonmi dari intervensi)
  - b. Membuka bagian 2 (taksonmi dari intervensi) dilanjutkan dengan bagian 3 (aktivitas)
  - c. Membuka bagian 6 (penentuan label) dilanjutkan dengan bagian 3 (aktivitas)
  - d. Membuka bagian 3 (aktivitas) dilanjutkan dengan bagian 6 (penentuan label)
  - e. Membuka bagian 3 (tujuan) dilanjutkan dengan bagian 2 (taksonmi dari intervensi)
11. Pada pelaksanaannya perencanaan keperawatan perawat memahami bahwa tindakannya harus berdasarkan ilmu pengetahuan yang mendasari, *evidence based practice* atau *evidence based nursing practice*. Perawat disini mempertimbangkan...
- a. Karakteristik diagnosis keperawatan
  - b. Hasil yang diharapkan

- c. Dasar riset
  - d. Kemungkinan untuk dikerjakan
  - e. Kompetensi perawat
12. Data dimana ditemukan tanda gejala pada pasien, maka didokumentasikan di bagian...
- a. Diagnosis keperawatan
  - b. Batasan karakteristik
  - c. Faktor yang berhubungan
  - d. Luaran keperawatan
  - e. Intervensi keperawatan
13. Data dimana teridentifikasi hal yang berkaitan dengan masalah keperawatan yang dialami pasien, maka didokumentasikan di bagian...
- a. Diagnosis keperawatan
  - b. Batasan karakteristik
  - c. Faktor yang berhubungan
  - d. Luaran keperawatan
  - e. Intervensi keperawatan
14. Data dimana perawat merumuskan kaitan antara problem, etiologi dan tanda gejala, maka didokumentasikan di bagian...
- a. Diagnosis keperawatan
  - b. Batasan karakteristik
  - c. Faktor yang berhubungan
  - d. Luaran keperawatan
  - e. Intervensi keperawatan

15. Data dimana perawat merumuskan rincian rencana asuhan yang akan diberikan, maka didokumentasikan di bagian...
- Diagnosis keperawatan
  - Batasan karakteristik
  - Faktor yang berhubungan
  - Luaran keperawatan
  - Intervensi keperawatan
16. Data dimana perawat merumuskan target, tujuan dan kriteria hasil yang diharapkan, maka didokumentasikan di bagian...
- Diagnosis keperawatan
  - Batasan karakteristik
  - Faktor yang berhubungan
  - Luaran keperawatan
  - Intervensi keperawatan

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

17. Dasar dari seorang perawat dalam menentukan intervensi keperawatan antara lain:
- Evidence Based Nursing*
  - Kondisi tempat kerja perawat
  - Kemampuan pasien untuk mendukung rencana
  - Kondisi lingkungan perawatan

18. Bentuk dari intervensi keperawatan yang benar adalah...
1. Mengacu pada respon pasien
  2. Mengacu pada proses penyakit
  3. Berupa *caring*
  4. Berupa *curing*
19. Jika pada diagnosis medis, seorang dokter memberikan analgetik untuk pasien dengan nyeri. Maka perawat melakukan:
1. Kaji tingkat nyeri
  2. Kaji penyebab nyeri
  3. Kaji area nyeri
  4. Memberikan obat nyeri
20. Jika pada diagnosis medis, seorang dokter memberikan obat pengencer sputum untuk pasien dengan batuk berdahak yang tidak bs mengeluarkan dahaknya. Maka perawat melakukan:
1. Memposisikan pasien
  2. Nebulisasi
  3. Mengajarkan pasien nafas dalam
  4. Memberikan obat pengencer sputum
21. *Outcomes* dari diagnosis keperawatan nyeri yang diangkat oleh seorang Ners antara lain :
1. Pasien mengatakan nyeri berkurang
  2. Pasien menggunakan skala nyeri utk mengidentifkasi tingkat nyeri
  3. Pasien mampu istirahat

4. Pasien menggunakan teknik non farmakologi
22. Dalam perumusan *Outcomes* diharapkan seorang Ners selalu memperhatikan SMART antara lain...
  1. *Specific*
  2. *Meaningful*
  3. *Achievable*
  4. *Respect and Time*
23. Dalam memilih intervensi keperawatan yang tepat haruslah memperhatikan hal berikut yaitu:
  1. Karakteristik Diagnosis Keperawatan
  2. Hasil yang diharapkan
  3. Kemungkinan untuk dikerjakan
  4. Kompetensi perawat
24. Bentuk intervensi *independent* dari seorang Ners antara lain:
  1. Terapi intravena
  2. Manajemen nyeri
  3. Dosis insulin
  4. Oksigenasi
25. Bentuk intervensi *interdependent* dari seorang Ners antara lain:
  1. Terapi intravena
  2. Dietitian
  3. Dosis insulin
  4. Fisioterapi

## 9.12. Bahan Bacaan Pendukung

- Ackley B.J., Ladwig G.B. (2014). Nursing Diagnosis Handbook: An Evidence-Based Guide to Planning Care. 10th edition. Mosby: Elsevier Inc.
- Alfaro-LeFevre R. (2013). Critical Thinking, Clinical Reasoning, and Clinical Judgment. 5th edition. Saunders: Elsevier Inc.
- Bulechek G.M., Butcher H.K., Dochterman J.M., Wagner C. (2013). Nursing Interventions Classifications (NIC). 6th 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.
- 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 X

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

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

### 10.1. Deskripsi Singkat

Seorang perawat dalam praktiknya harus mempunyai kemampuan untuk merencanakan asuhan keperawatan. Salah satu referensi dalam perencanaan keperawatan khususnya yang berkaitan dengan standar profesi perawat sesuai Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/425/2020 adalah penggunaan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia yang selanjutnya disingkat menjadi SDKI. Pada bab kesepuluh buku ini membahas tentang gambaran umum mengenai *overview* SDKI, komponen penyusun diagnosis keperawatan dalam SDKI, konsep penggunaan SDKI, proses penegakan diagnosis keperawatan menggunakan SDKI juga dibahas dalam bab ini.

### 10.2. Relevansi

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respon pasien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik

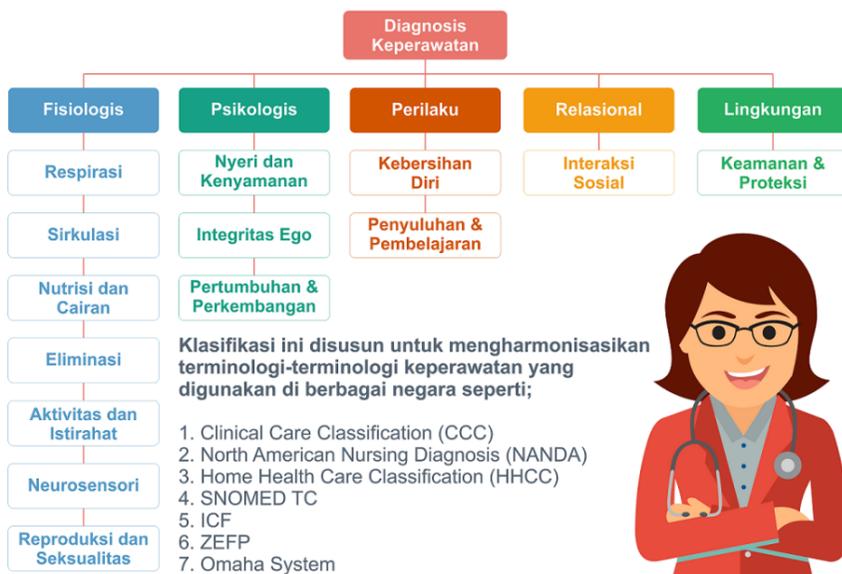
yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respon pasien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan. Sebagai seorang Perawat Penanggung Jawab Asuhan (PPJA), kita diharapkan memiliki rentang perhatian yang luas 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 pembuahan 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*).

Terhitung pada bulan Desember tahun 2016 Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI) telah menerbitkan secara resmi Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI). Buku SDKI saat ini masih terus 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 :



Klasifikasi ini disusun untuk mengharmonisasikan terminologi-terminologi keperawatan yang digunakan di berbagai negara seperti;

1. Clinical Care Classification (CCC)
2. North American Nursing Diagnosis (NANDA)
3. Home Health Care Classification (HHCC)
4. SNOMED TC
5. ICF
6. ZEPF
7. Omaha System

Sumber :  
 - Nerslicious.com - Panduan Lengkap dan Daftar Diagnosis Keperawatan SDKI  
 - PPNI (2019). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia



Gambar 10.1. Kategori dan Subkategori Diagnosis Keperawatan pada SDKI

Berdasarkan gambar 10.1 terlihat bahwa terdapat referensi alternatif dalam penegakan diagnosis

keperawatan, maka dari itu pengajaran sedini mungkin terkait penggunaan SDKI kepada mahasiswa keperawatan penting untuk diberikan.

### **10.3. Kompetensi**

Setelah menyelesaikan bab ini, mahasiswa keperawatan sebagai peserta didik akan mempunyai kemampuan untuk:

1. Menjelaskan mengenai *overview* SDKI
2. Menjelaskan mengenai komponen penyusun diagnosis keperawatan dalam SDKI
3. Menjelaskan mengenai konsep penggunaan SDKI
4. Mengaplikasikan proses penegakan diagnosis keperawatan menggunakan SDKI

### **10.4. Latar Belakang Lahirnya Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI), Landasan Penyusunan, Tujuan Penyusunan dan Acuan Penyusunan**

Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI) telah menerbitkan secara resmi Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI). Buku SDKI saat ini telah dan masih terus 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) diperkenalkan pertama kali pada 29 Desember 2016, di Park Hotel, Jl. D.I Panjaitan, Cawang, DKI 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. Adapun latar belakang pembuatan SDKI, yaitu sebagai berikut:

- a. Tuntutan kemajuan teknologi kesehatan
- b. Undang-undang Nomor 38 tahun 2014 tentang Keperawatan
- 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/I/2010 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Perawat

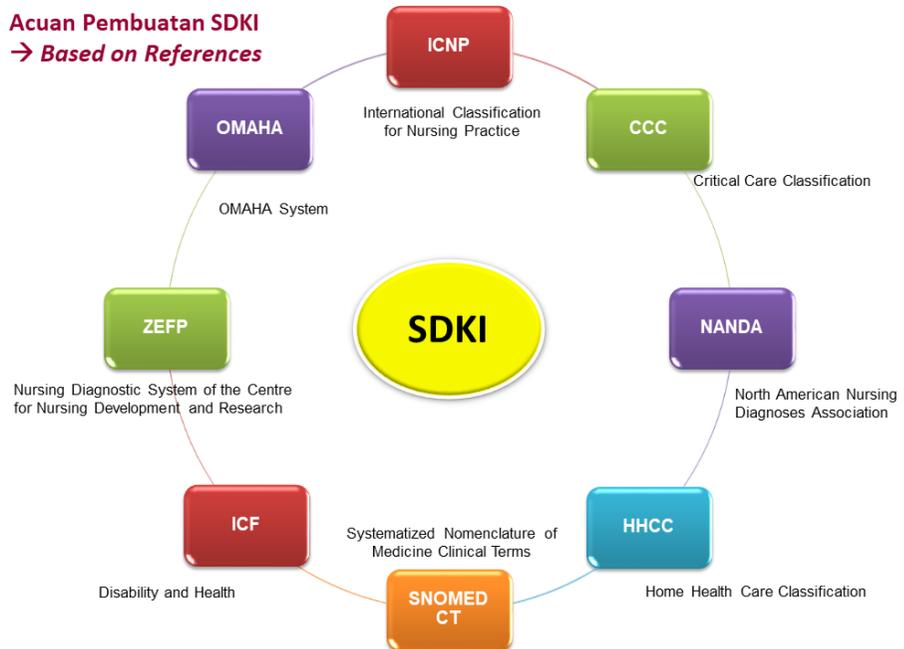
Jika melihat tujuan penyusunan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI), maka penyusunan bertujuan untuk:

- 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):



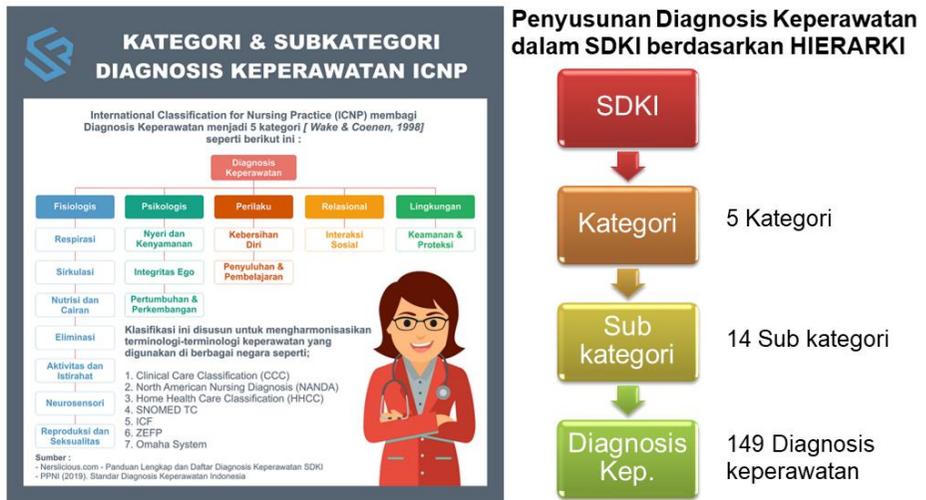
Gambar 10.2. Acuan yang Penyusunan SDKI yang digunakan oleh PPNI

Berdasarkan gambar 10.2 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.*

Berdasarkan penjabaran di atas terlihat bahwa Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) sudah diupayakan mengakomodir referensi dari seminat keperawatan yang kita kenal selama ini guna menyediakan bahasa diagnosis keperawatan yang dapat diterapkan atau diaplikasikan di seluruh tatanan klinik keperawatan di Indonesia baik itu rumah sakit, klinik dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya.

#### **10.5. 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 tersusun ke dalam label diagnosis keperawatan:



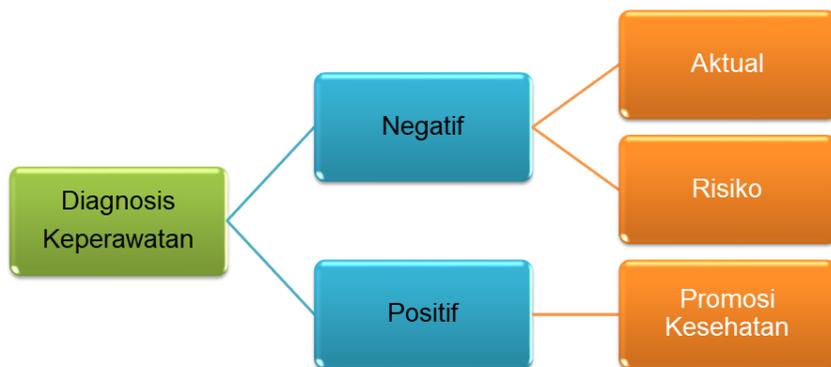
Gambar 10.3. Kategori dan Subkategori dalam Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI)

Berdasarkan gambar 10.3 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 letak kategori-subkategori atau letak domain-kelasnya. Hal ini 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 yang penjelasannya akan dijabarkan pada bagian berikutnya.

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:

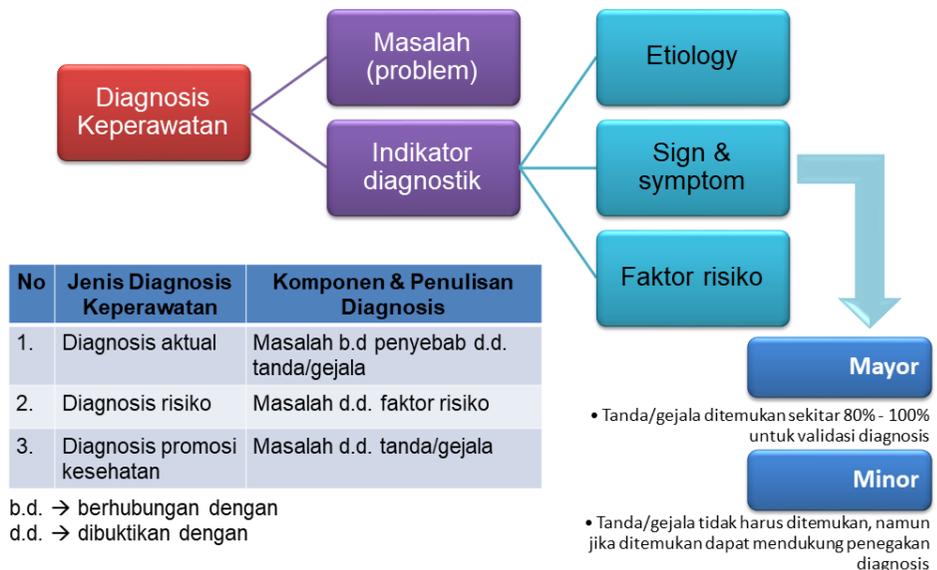


Gambar 10.4. Jenis Diagnosis Keperawatan yang dapat Digunakan dalam Perencanaan Keperawatan

Berdasarkan gambar 10.4 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, keluarga, kelompok atau komunitas.

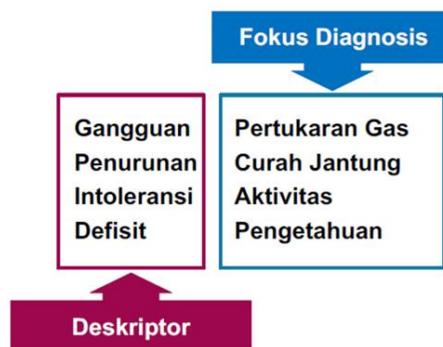
Setelah membahas jenis diagnosis keperawatan, maka dalam setiap diagnosis keperawatan terdapat komponen-komponen yang menyusun sebuah diagnosis keperawatan. Berikut merupakan komponen dalam penyusun sebuah diagnosis keperawatan:



Gambar 10.5. Komponen Penyusun Diagnosis Keperawatan

Berdasarkan gambar 10.5 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:



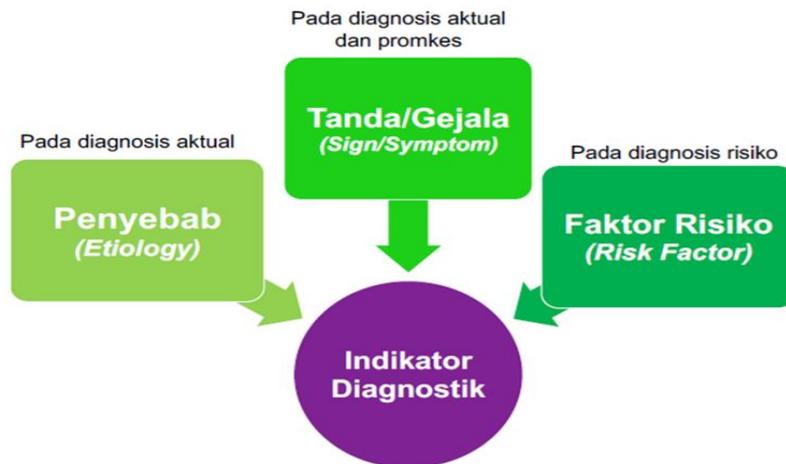
Gambar 10.6. Contoh Deskriptor dan Fokus Diagnostik pada Diagnosis Keperawatan

Berdasarkan gambar 10.6 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. Seorang perawat dapat terbantu dengan adanya deskriptor dan fokus diagnostik guna membedakan suatu diagnosis keperawatan dengan diagnosis keperawatan lainnya. Hal ini berdasarkan masalah yang dialami pasien berupa tanda dan gejala yang didapatkan saat melakukan asesmen keperawatan dan selanjutnya dilakukan analisis data guna memunculkan masalah keperawatan.

## 10.6. 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 10.7. Indikator Diagnostik sebagai Komponen Penyusunan Suatu Diagnosis Keperawatan

Berdasarkan gambar 10.7 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.

Tanda gejala ini dapat ditemui saat seorang perawat melakukan asesmen keperawatan kepada 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. Seorang perawat harus dengan cermat serta teliti dalam mengidentifikasi data-data yang berkaitan dengan “data risiko”, mengingat mungkin saja data yang didapat tidak tampak secara langsung berhubungan dengan “data risiko” namun jika tidak diantisipasi maka kemungkinan akan muncul dan berkaitan dengan data yang didapat saat melakukan asesmen keperawatan.
- 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 dalam pelaksanaan asuhan keperawatan yang diberikan kepada pasien.

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

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

Gambar 10.8. Struktur Diagnosis Keperawatan yang Terdapat dalam Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI)

Berdasarkan gambar 10.8 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:

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

Gambar 10.9. Struktur Diagnosis Keperawatan Aktual dalam Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia

Berdasarkan gambar 10.9 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:

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

Gambar 10.10. Struktur Diagnosis Keperawatan Risiko dalam Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia

Berdasarkan gambar 10.10 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:

<b>Kesiapan Peningkatan Pengetahuan</b>		<b>D.0112</b>
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 10.11. Struktur Diagnosis Keperawatan Promosi Kesehatan dalam Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia

Berdasarkan gambar 10.11 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.

### 10.7. 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 Melitus	15	20.	Arthritis Reumatoid	10

Gambar 10.12. Kondisi Klinis pada Diagnosis Keperawatan yang Diambil dari SDKI

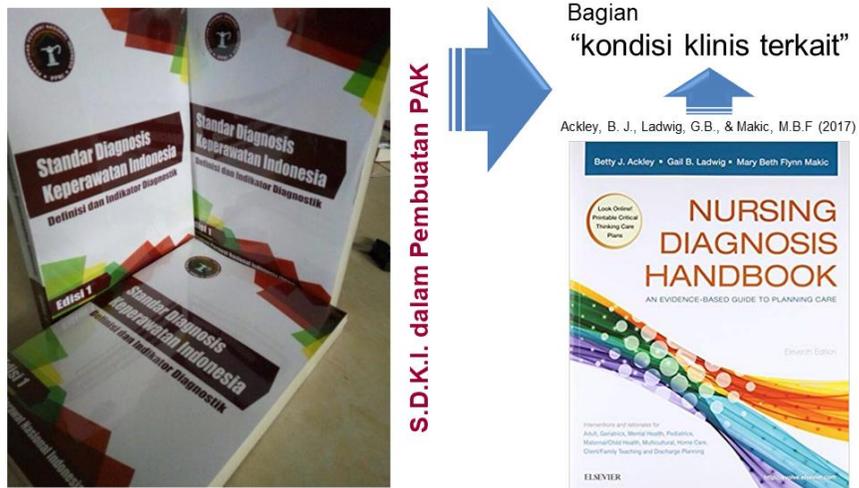
Berdasarkan gambar 10.12 dapat dilihat bahwa kondisi klinis yang tertera di setiap diagnosis keperawatan mempunyai arti tersendiri dalam pelaksanaannya. Jika diambil contoh terbanyak yaitu pada kondisi klinis pasien dengan stroke, maka dapat dilihat bahwa pasien stroke mempunyai 25 diagnosis keperawatan yang mungkin muncul sebagai masalah keperawatan yang dialami pasien. Hal ini tentunya menjadi dasar ilmiah yang baik bagi seorang perawat berupa data awal yang didapatkan pada asesmen keperawatan, dapat dikembangkan guna pelayanan keperawatan yang lebih baik.

Keberadaan data tentang kondisi klinis pasien sebenarnya memberi peluang untuk tim keperawatan 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) nutrisisionis untuk selanjutnya membentuk sebuah *Integrated Clinnical Pathways* (ICP) pada kasus penyakit tertentu.



Gambar 10.13. *Integrated Clinnical Pathways* dalam Asuhan Terintegrasi

Berdasarkan gambar 10.13 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 10.14. Pembuatan Panduan Asuhan Keperawatan (PAK) Menggunakan Fitur Kondisi Klinis

Berdasarkan gambar 10.14 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.

## 10.8. 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 *dilinkkan* 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 **kesehatan** 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

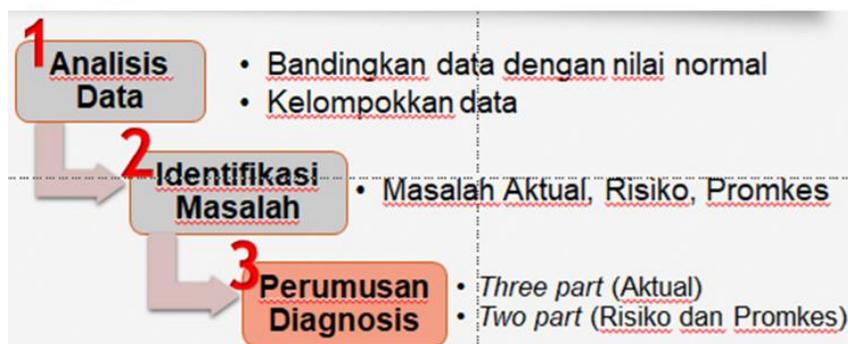
## 10.9. Proses Penegakan Diagnosis Keperawatan

Proses penegakan diagnosis keperawatan merupakan proses menarik kesimpulan dari data yang dikumpulkan tentang pasien dengan menggunakan *clinical judgement* atau disebut juga penilaian klinis (Alfaro-LeFevre R. 2013). 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:

### Asesmen Keperawatan

- Wawancara
- Observasi
- Pemeriksaan fisik
- Studi dokumentasi (riwayat perawatan)



Gambar 10.15. Penegakan Diagnosis Keperawatan Dimulai dari Asesmen Keperawatan

Berdasarkan gambar 10.15 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.

Berdasarkan jenis diagnosis keperawatan aktual, diagnosis ini 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 didapatkan pada pasien.

Berdasarkan diagnosis keperawatan risiko, diagnosis ini 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 kecendrungan akan menjadi diagnosis keperawatan aktual

jika faktor risiko tidak ditangani sebaik mungkin oleh perawat yang sedang mengelola asuhan pasien.

Berdasarkan diagnosis keperawatan promosi kesehatan, diagnosis ini 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 10.16. Penulisan Diagnosis Keperawatan yang Dapat Dilakukan oleh Perawat

Berdasarkan gambar 10.16 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 yang ada pada Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI):

**CONTOH DIAGNOSIS AKTUAL**

**Bersihkan Jalan Napas Tidak Efektif**  
Kategori: *Perawatan*  
 Subkategori: *Respirasi*

**Definisi**  
 Ketidakmampuan membersihkan sekret atau obstruksi jalan napas untuk mempertahankan jalan napas tetap paten.

**Penyebab**  
Patologis

1. Spasme jalan napas
2. Hipersekresi jalan napas
3. Distungsi neuromuskuler
4. Benda asing dalam jalan napas
5. Adanya jalan napas buatan
6. Sekresi yang tertahan
7. Hiperplasia dinding jalan napas
8. Proses infeksi
9. Respon alergi
10. Efek agen farmakologis (mis. anastesi)

Situasional

1. Merokok aktif
2. Merokok pasif
3. Terpajan polutan

**Gejala dan Tanda Mayor**  
(tidak tersedia)

**Subjekur**

**Objektif**

1. Batuk tidak efektif
2. Tidak mampu batuk
3. Sputum berlebih
4. Mengi, wheezing dan/atau ronchi ~~kecil~~
5. Mekonium di jalan napas (pada neonatus)

**Gejala dan Tanda Minor**

**Subjekur**

1. Dispnea
2. Sullt bicara
3. Ortopnea

**Objektif**

1. Geilсах
2. Sianosis
3. Bunyi napas menurun
4. Frekuensi napas berubah
5. Pola napas berubah

Nomor Kode

Label/Masalah

Definisi

Penyebab

Tanda dan Gejala

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

Gambar 10.17. Contoh Diagnosis Aktual pada Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI)

Berikut merupakan contoh diagnosis risiko yang ada pada Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI):

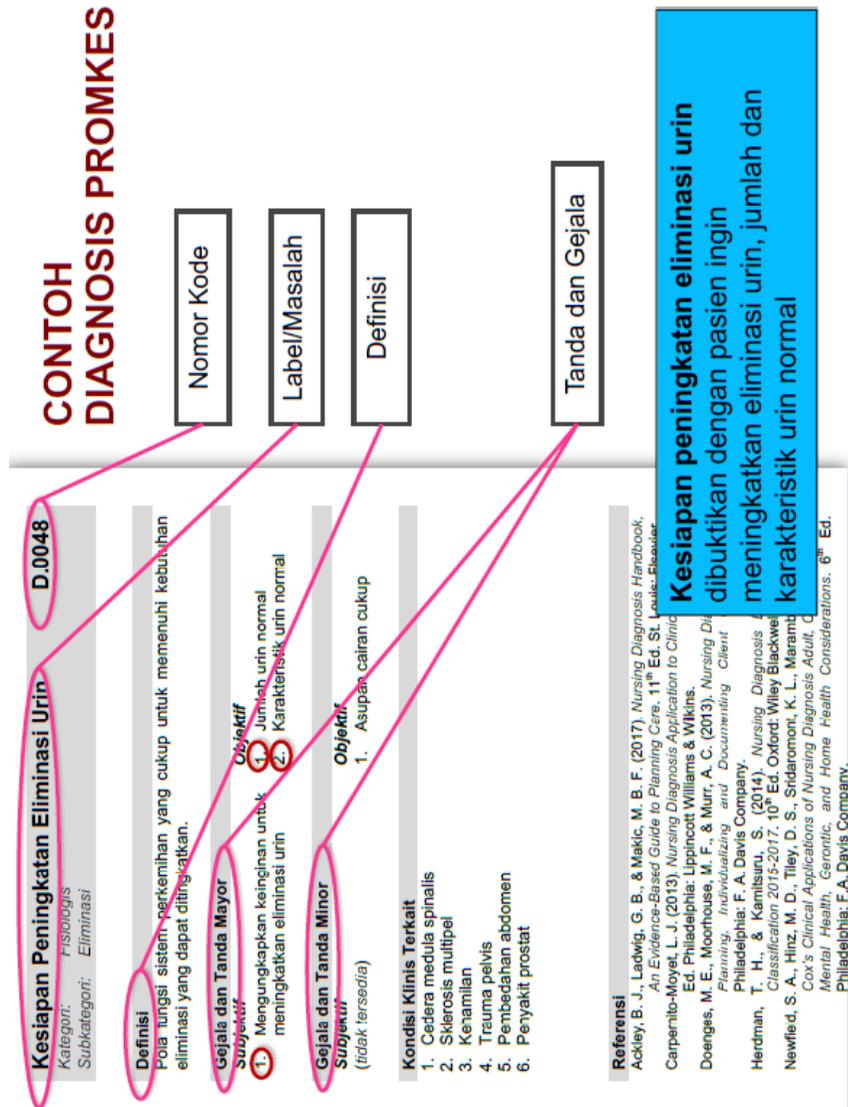
**CONTOH DIAGNOSIS RISIKO**

<p><b>Risiko Aspirasi</b>          Kategori: <i>Fisiologis</i>          Subkategori: <i>Respirasi</i></p> <p><b>Definisi</b>          Bersiko mengalami masuknya sekresi gastrointestinal, sekresi orofaring, benda cair atau padat ke dalam saluran trakeobronkial akibat distungsi mekanisme protektif saluran napas.</p> <p><b>Faktor Risiko</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Penurunan tingkat kesadaran</li> <li>2. Penurunan refleks muntah dan/atau batuk</li> <li>3. Gangguan menelan</li> <li>4. Disfagia</li> <li>5. Kerusakan mobilitas fisik</li> <li>6. Peningkatan residu lambung</li> <li>7. Peningkatan tekanan intragasrik</li> <li>8. Penurunan motilitas gastrointestinal</li> <li>9. Sfingter esofagus bawah inkompeten</li> <li>10. Perlambatan pegoceongan lambung</li> <li>11. Terpasang selang nasogastrik</li> <li>12. Terpasang trakeostomi atau <i>endotracheal tube</i></li> <li>13. Trauma/pembedahan leher, mulut, dan/atau wajah</li> <li>14. Efek agen farmakologis</li> <li>15. Ketidaktepatan koordinasi menghisap, menelan dan bernapas</li> </ol> <p><b>Kondisi Klinis Terkait</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cedera kepala</li> <li>2. Stroke</li> <li>3. Cedera medula spinalis</li> <li>4. <i>Guillain barre syndrome</i></li> <li>5. Penyakit Parkinson</li> <li>6. Keracunan obat dan alkohol</li> <li>7. Pembesaran uterus</li> <li>8. <i>Miastenia gravis</i></li> <li>9. <i>Fistula trakeoesofagus</i></li> <li>10. Striktura esofagus</li> <li>11. Sklerosis multipel</li> <li>12. Labiopalatoskizis</li> <li>13. Atresia esofagus</li> <li>14. Laringomalasia</li> <li>15. Prematuritas</li> </ol>	<p><b>Nomor Kode</b></p> <p><b>Label/Masalah</b></p> <p><b>Definisi</b></p> <p><b>Faktor Risiko</b></p> <p><b>Kondisi Klinis Terkait</b></p>
--	--

**Risiko aspirasi dibuktikan dengan tingkat kesadaran menurun**

Gambar 10.18. Contoh Diagnosis Risiko pada Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI)

Berikut contoh diagnosis promosi kesehatan yang ada pada Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI):



Gambar 10.19. Contoh Diagnosis Promosi Kesehatan pada Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI)

## 10.10. Rangkuman

Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) merupakan suatu standar yang memberikan tuntunan untuk perawat Indonesia dalam membuat suatu perumusan diagnosis keperawatan dalam praktiknya. Diagnosis keperawatan merupakan penilaian klinis terhadap pengalaman/respon individu, keluarga, atau komunitas pada masalah kesehatan/risiko masalah kesehatan atau pada proses kehidupan. Diagnosis keperawatan yang terdapat di dalam Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) selanjutnya telah termuat di Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/425/2020 tentang Standar Profesi Perawat yang mengamanatkan bahwa 149 diagnosis keperawatan yang menjadi dasar praktik perawat sesuai amanah konstitusi UU Nomor 38 tahun 2014 tentang Keperawatan.

Dalam penyusunannya SDKI mencoba mengakomodir semua seminat keperawatan dengan merujuk kepada acuan yang telah ada sebelumnya yaitu *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*. Cara penggunaan SDKI sangat identik dengan

NANDA-*International* dengan memanfaatkan adanya pengklasifikasian yang memudahkan dalam menemukan diagnosis keperawatan sesuai kondisi pasien.

Diagnosis keperawatan jika dilihat dari jenisnya maka akan dibagi menjadi 2 jenis yaitu diagnosis keperawatan negatif dan diagnosis keperawatan positif. 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. Suatu diagnosis keperawatan mempunyai indikator diagnostik yang terbagi ke dalam beberapa kondisi berdasarkan jenis diagnosis keperawatannya. Terdapat 437 kondisi klinis yang tertera di dalam Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI). Fitur kondisi klinis yang ada di SDKI ini dimanfaatkan untuk membuat Panduan Asuhan Keperawatan (PAK) yang nantinya digabungkan dengan panduan lain membentuk *Integrated Clinical Pathways* (ICP).

Penegakan diagnosis keperawatan yang dilakukan merupakan dasar dari penentuan luaran keperawatan dan pemilihan intervensi keperawatan yang akan dilakukan. Terdapat tiga konsep diagnosis keperawatan yaitu 1) aktual, 2) risiko, dan 3) promosi kesehatan. Penegakan diagnosis keperawatan dimulai dengan asesmen keperawatan yang dilakukan dengan menggunakan teknik wawancara, observasi, pemeriksaan fisik dan studi dokumentasi (riwayat perawatan pasien).

### 10.11. Latihan

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

1. Berikan penjelasan mengapa DPP PPNI membuat suatu standar dalam penegakan diagnosis keperawatan!
2. Berikan penjelasan mengapa masalah keperawatan yang ada di SDKI dapat dijadikan bagian standar profesi perawat sesuai Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/425/2020!
3. Jelaskan mengenai acuan yang digunakan dalam penyusunan SDKI!
4. Jelaskan perbedaan yang mendasar antara SDKI dan NANDA berdasarkan pengklasifikasian diagnosis keperawatan!
5. Jelaskan kesamaan cara menggunakan NANDA dan SDKI dengan memanfaatkan sistem klasifikasi!
6. Jelaskan perbedaan jenis diagnosis keperawatan negatif dan diagnosis keperawatan positif!
7. Jelaskan penggunaan gejala dan tanda mayor dalam pengangkatan diagnosis keperawatan!
8. Jelaskan keuntungan yang dapat diambil terkait penggunaan fitur kondisi klinis terkait dengan pembentukan *Integrated Clinical Pathways* (ICP)!

9. Jelaskan mengapa proses penegakan diagnosis keperawatan harus menggunakan *clinical judgement* (penilaian klinis)!
10. Jelaskan perbedaan asesmen keperawatan dengan menggunakan teknik wawancara, observasi, pemeriksaan fisik dan studi dokumentasi (riwayat perawatan pasien)!

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

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

1. Kapan pertama kali Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) di*launching*...
  - a. 19 Desember 2016
  - b. 29 Desember 2016
  - c. 19 Desember 2017
  - d. 29 Desember 2017
  - e. 19 Desember 2018
2. Berapa jumlah diagnosis keperawatan yang ada di dalam Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) edisi pertama...
  - a. 129 diagnosis keperawatan
  - b. 139 diagnosis keperawatan
  - c. 149 diagnosis keperawatan
  - d. 159 diagnosis keperawatan
  - e. 169 diagnosis keperawatan

3. Landasan hukum yang mendasari penyusunan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI), dimana disebutkan bahwa perawat harus didasarkan pada standar pelayanan dan standar profesi dalam pelaksanaannya termuat di...
  - a. UU No. 38 Tahun 2014
  - b. UU No. 36 Tahun 2009
  - c. UU No. 36 Tahun 2014
  - d. UU No. 4 Tahun 2009
  - e. PP No. 12 Tahun 2013
4. Tujuan penyusunan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) jika dilihat dari segi pelayanan keperawatan...
  - a. Menjadi acuan dalam menegakkan diagnosis keperawatan
  - b. Menstandarkan otonomi perawat
  - c. Memudahkan komunikasi interprofesional
  - d. Menstandarkan mutu asuhan keperawatan
  - e. Menstandarkan beban kerja dan *reward* perawat
5. Tujuan penyusunan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) jika dilihat dari segi pendidikan keperawatan...
  - a. Menstandarkan proses pembelajaran
  - b. Menguatkan proses pembelajaran
  - c. Menjadi fokus pembuktian keilmiah
  - d. Mempelajari konsep dasar keperawatan
  - e. Memahami konsep inti keperawatan

6. Berapakah jumlah diagnosis keperawatan di SDKI...
  - a. 146 diagnosis keperawatan
  - b. 147 diagnosis keperawatan
  - c. 148 diagnosis keperawatan
  - d. 149 diagnosis keperawatan
  - e. 150 diagnosis keperawatan
7. Berapakah kategori yang ada di SDKI...
  - a. 4 kategori
  - b. 5 kategori
  - c. 6 kategori
  - d. 7 kategori
  - e. 8 kategori
8. Berapakah subkategori yang ada di SDKI...
  - a. 14 sub kategori
  - b. 15 sub kategori
  - c. 16 sub kategori
  - d. 17 sub kategori
  - e. 18 sub kategori
9. Kategori mengenai perilaku terdapat di...
  - a. Kategori 1
  - b. Kategori 2
  - c. Kategori 3
  - d. Kategori 4
  - e. Kategori 5
10. Kategori mengenai relasional terdapat di...
  - a. Kategori 1
  - b. Kategori 2

- c. Kategori 3
  - d. Kategori 4
  - e. Kategori 5
11. Apakah jenis diagnosis nyata terjadi pada pasien?
- a. Aktual
  - b. Risiko
  - c. Promosi kesehatan
  - d. Positif
  - e. Negatif
12. Apakah jenis diagnosis yang mengindikasikan adanya kemungkinan akan terjadi jika tidak diantisipasi kemunculannya oleh perawat?
- a. Aktual
  - b. Risiko
  - c. Promosi kesehatan
  - d. Positif
  - e. Negatif
13. Tanda dan gejala mayor diartikan sebagai tanda/gejala yang dapat memvalidasi eksistensi/tegaknya diagnosis tersebut jika ditemukan. Besaran kepastian tegaknya diagnosis sebesar?
- a. 0%-20%
  - b. 20%-40%
  - c. 40%-60%
  - d. 60%-80%
  - e. 80%-100%

14. Bagian tambahan yang mengisyaratkan adanya suatu malfungsi atau maladaptif disebut?
  - a. Deskriptor
  - b. Fokus diagnostik
  - c. Label
  - d. Definisi
  - e. Tanda gejala
15. Terdapat indikator diagnostik berupa etiologi atau penyebab serta adanya tanda gejala yang terjadi pada pasien, merupakan ciri diagnosis jenis?
  - a. Aktual
  - b. Risiko
  - c. Promosi kesehatan
  - d. Positif
  - e. Negatif
16. Penerapan *clinical judgement* (penilaian klinis) pada tahapan asesmen keperawatan dalam penegakan diagnosis keperawatan dapat dilihat pada kegiatan yaitu...
  - a. Membandingkan data yang ada dengan nilai ideal
  - b. Menggugurkan data yang ada untuk menilai kondisi
  - c. Melihat kondisi menyeluruh untuk mengambil data
  - d. Mengambil data yang ada untuk menarik kesimpulan
  - e. Menarik kesimpulan tentang kondisi pasien
17. Data apa yang dapat didapatkan dalam asesmen menggunakan teknik pemeriksaan fisik inspeksi...
  - a. Keluhan utama pasien

- b. Suhu tubuh pasien
  - c. Gerakan dinding dada
  - d. Turgor kulit pasien
  - e. *Capillary refill time*
18. Apakah jenis diagnosis yang mengandung unsur masalah keperawatan, penyebab yang mendasari serta terdapat tanda gejala baik mayor atau minor?
- a. Aktual
  - b. Risiko
  - c. Promosi kesehatan
  - d. Positif
  - e. Negatif
19. Apakah jenis diagnosis yang mengandung unsur masalah keperawatan, faktor risiko yang ada terlihat pada pasien?
- a. Aktual
  - b. Risiko
  - c. Promosi kesehatan
  - d. Positif
  - e. Negatif
20. Apakah jenis diagnosis yang mengandung unsur masalah keperawatan dan tanda gejala yang dapat ditingkatkan atau diperbaiki lebih baik dari sebelumnya?
- a. Aktual
  - b. Risiko
  - c. Promosi kesehatan

- d. Positif
- e. Negatif

## 10.12. Bahan Bacaan Pendukung

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

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

Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/425/2020 tentang Standar Profesi Perawat.

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

Tim Pokja SDKI DPP PPNI, (2016). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik* (1<sup>st</sup> ed.). Jakarta: DPP PPNI.

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



# BAB XI

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

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

### 11.1. Deskripsi Singkat

Seorang perawat dalam praktiknya harus mempunyai kemampuan untuk merencanakan asuhan keperawatan. Salah satu referensi dalam perencanaan keperawatan khususnya yang berkaitan dengan standar profesi perawat sesuai Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/425/2020 adalah penggunaan Standar Luaran Keperawatan Indonesia yang selanjutnya disingkat menjadi SLKI. Pada bab kesebelas buku ini membahas tentang gambaran umum mengenai *overview* SLKI, komponen penentuan luaran keperawatan dalam SLKI, konsep penggunaan SLKI dan proses penentuan luaran menggunakan SLKI juga dibahas dalam bab ini.

### 11.2. Relevansi

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 keperawatan yang dilakukan perawat pada saat evaluasi keperawatan dilakukan sehingga penting untuk diajarkan kepada mahasiswa sebagai peserta didik bahkan pada perawat sebagai pelaksana asuhan keperawatan dalam setiap harinya.

### **11.3. Kompetensi**

Setelah menyelesaikan bab ini, mahasiswa keperawatan sebagai peserta didik akan mempunyai kemampuan untuk:

1. Menjelaskan mengenai *overview* SLKI
2. Menjelaskan mengenai komponen penentuan luaran keperawatan dalam SLKI
3. Menjelaskan mengenai konsep penggunaan SLKI
4. Mengaplikasikan proses penentuan luaran menggunakan SLKI

### **11.4. 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.

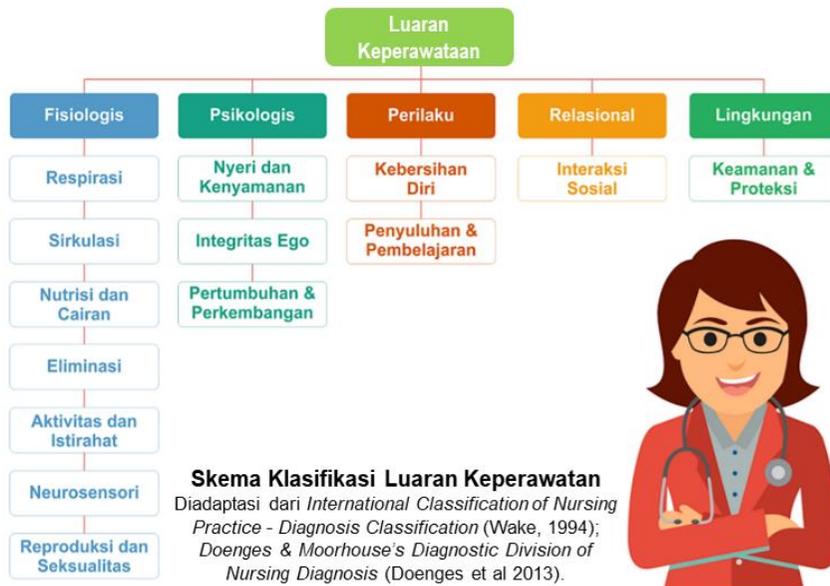
### **11.5. Klasifikasi SLKI, Jenis Luaran dan Keterkaitan SDKI-SLKI-SIKI**

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:

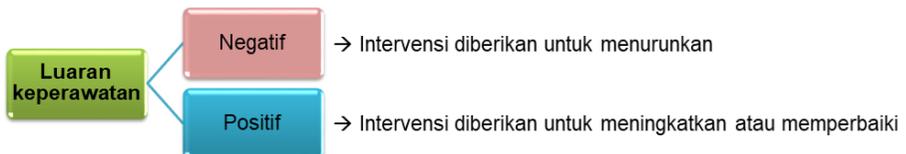
- a. *International Classification of Nursing Practice – Diagnosis Classification* (Wake, 1994)
- b. *Doenges & Moorhouse's Diagnostic Division of Nursing Diagnosis* (Doenges *et al.*, 2013)

Klasifikasi SLKI dapat dilihat pada gambar berikut:



Gambar 11.1. Kategori dan Subkategori Standar Luaran Keperawatan Indonesia

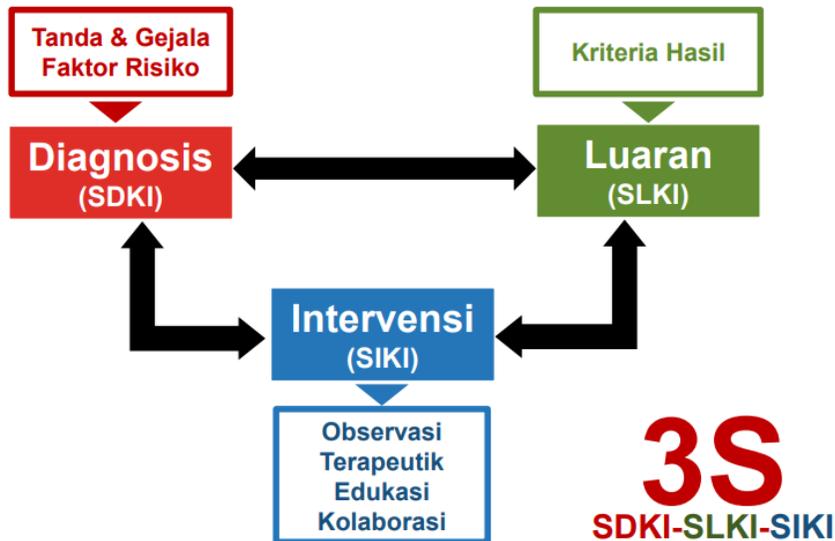
Jenis luaran keperawatan yang ditemukan di SLKI:



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 11.2. Jenis Luaran Keperawatan dan Contoh dalam Pelaksanaanya

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



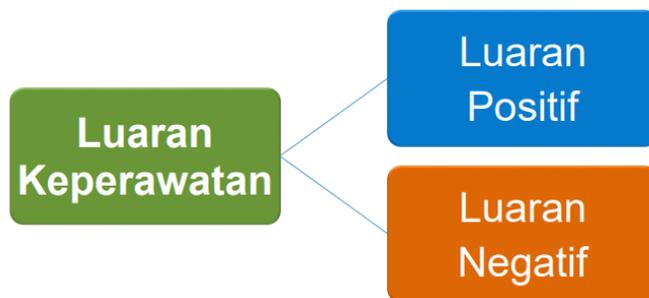
Gambar 11.3. Keterkaitan antara SDKI-SLKI-SIKI dalam Proses Pembuatan Perencanaan Keperawatan

Berdasarkan gambar 11.3 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.

### 11.6. Jenis Luaran Keperawatan

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



Gambar 11.4. Jenis Luaran Keperawatan yang Terdapat dalam Buku Referensi SLKI

Berdasarkan gambar 11.4 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 Keletihan Tingkat Ansietas Tingkat Berduka Respon Alergi Sistemik

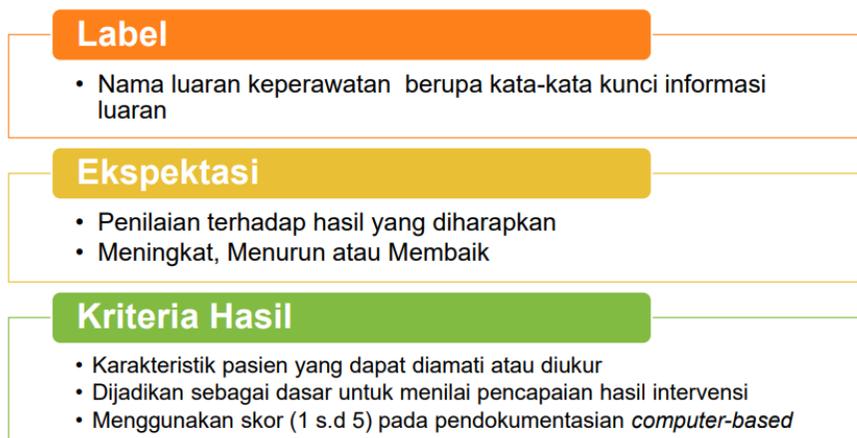
Gambar 11.5. Jenis Luaran Keperawatan yang Terdapat dalam Buku Referensi SLKI beserta Contoh Pelaksanaannya

Berdasarkan gambar 11.5 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 keletihan, 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.

### 11.7. Komponen Luaran

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 11.6. Komponen Luaran Keperawatan beserta Contoh Pelaksanaannya

Berdasarkan gambar 11.6 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 11.7. Ekspektasi Luaran Keperawatan yang Terdapat pada SLKI

Berdasarkan gambar 11.7 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 eskpektasi 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	<b>Meningkat</b>	Bertambah baik dalam ukuran, jumlah maupun derajat atau tingkatan	Bersihan Jalan Napas Curah Jantung Perawatan Diri Sirkulasi Spontan Status Kenyamanan
2	<b>Menurun</b>	Berkurang baik dalam ukuran, jumlah maupun derajat atau tingkatan	Tingkat Keletihan Tingkat Ansietas Tingkat Berduka Tingkat Perdarahan
3	<b>Membaik</b>	Menimbulkan efek yang lebih baik, adekuat, atau efektif.	Eliminasi Fekal Fungsi Seksual Identitas Diri Penampiran Peran Proses Pengasuhan

Gambar 11.8. Ekspektasi Luaran Keperawatan serta Contoh Penerapannya

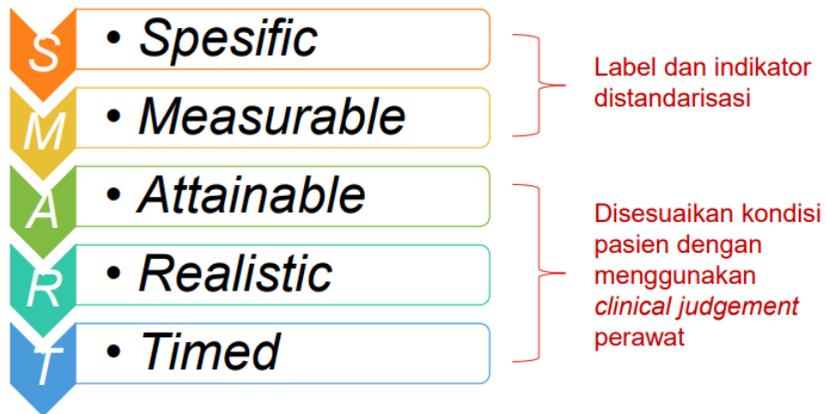
Berdasarkan gambar 11.8 dapat dilihat bahwa ekspektasi luaran keperawatan mempunyai tiga ekspektasi yaitu 1) meningkat yang diartikan sebagai adanya penambahan dalam ukuran, jumlah, derajat atau tingkatan

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.

#### **11.8. 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.

## Penetapan luaran memenuhi prinsip SMART



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

Gambar 11.9. Kaidah Penetapan Luaran Keperawatan dengan Memenuhi Prinsip SMART

Berdasarkan gambar 11.9 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

#### **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 11.10. Metode Dokumentasi Manual/Tertulis dan Metode Dokumentasi Berbasis Komputer dalam Penerapan Luaran Keperawatan

Berdasarkan gambar 11.10 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 11.11 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 11.11. Metode Dokumentasi Berbasis Komputer dalam Penentuan Luaran Keperawatan

Berdasarkan gambar 11.11 dapat dilihat 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 dokumentasi luaran keperawatan secara manual/tertulis 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 11.12. Metode Dokumentasi Manual/Tertulis dalam Penentuan Luaran Keperawatan

Berdasarkan gambar 11.12 dapat dilihat bahwa alternatif pendokumentasian luaran keperawatan jika tidak terdapat fasilitas berbasis komputer, maka perawat dapat melakukannya dengan metode 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. Contoh penerapannya dapat dilihat pada gambar di bawah ini:

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

<b>BAB V TAUTAN SDKI-SLKI</b>	<b>Ansietas</b>	
	<b>Luaran Utama</b>	<input type="checkbox"/> Tingkat Ansietas
	<b>Luaran Tambahan</b>	<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 11.13. Tautan yang dapat Terlihat antara SDKI-SLKI dalam Penentuan Luaran Keperawatan

Berdasarkan gambar 11.13 dapat dilihat bahwa terdapat tautan antara SDKI dengan SLKI. Tautan (*linkage*) merupakan suatu hubungan antara dua elemen atau konsep, yakni referensi penegakan diagnosis keperawatan menggunakan SDKI dengan referensi penentuan luaran keperawatan dengan menggunakan SLKI. Tautan ini tidak dimaksudkan untuk menggantikan penilaian klinis (*clinical judgement*) perawat dalam pelaksanaan asuhan keperawatan. Pemilihan luaran keperawatan tetap harus didasarkan pada penilaian klinis dengan mempertimbangkan kekhasan kondisi pasien, keluarga, kelompok atau komunitas yang menjadi sasaran asuhan keperawatan. Satu diagnosis keperawatan dapat memiliki lebih dari satu luaran keperawatan (jika diperlukan), maka dari itu penilaian klinis perawat menjadi keniscayaan.

Berikut merupakan cara penentuan indikator dan kriteria hasil dari luaran keperawatan terpilih:

<b>BAB IV</b> <b>STANDAR LUARAN</b> <b>KEPERAWATAN INDONESIA</b>	<b>Tingkat Ansietas (contoh)</b>					<b>L.09093</b>
	<b>Definisi</b> .....					
	<b>Ekspektasi</b>		Menurun			
	<b>Kriteria Hasil</b>					
		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 11.14. Indikator dan Kriteria Hasil dari Luaran Keperawatan Terpilih

Berdasarkan gambar 11.14 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 untuk diagnosis keperawatan yang telah ditegakkan akan mudah didapatkan. Perlu bagi seorang perawat menggunakan

*clinical judgement* untuk memilih sesuai kondisi pasien masing-masing yang dikelola.

### **11.9. 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 *dilinkkan* 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:

<b>Ansietas</b>	
<b>Luaran Utama</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Tingkat Ansietas
<b>Luaran Tambahan</b>	<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 11.15. Cara Menggunakan Buku Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) pada Bab V

Berdasarkan gambar 11.15 dapat dilihat bahwa 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 Meningkatkan	Sedang	Cukup Menurun	Menurun	
<input type="checkbox"/> .....						
<input type="checkbox"/> .....						
	Memburuk	Cukup Memburuk	Sedang	Cukup Membaik	Membaik	
<input type="checkbox"/> .....						
<input type="checkbox"/> .....						

Gambar 11.16. Cara Menggunakan Buku Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) pada Bab IV

Berdasarkan gambar 11.16 dapat dilihat bahwa penentuan indikator dari luaran keperawatan yang telah ditetapkan menjadi penting guna mengukur sejauh mana keberhasilan intervensi keperawatan dalam mengatasi segala masalah keperawatan yang terjadi. Terdapat 3 (tiga) ekspektasi pada luaran keperawatan yaitu 1) meningkat; 2) menurun; 3) membaik yang tentunya disesuaikan dengan masalah keperawatan yang terjadi. Contoh di atas menggunakan ekspektasi “menurun” karena label luaran keperawatan yang diambil adalah “tingkat ansietas”, ansietas merupakan kondisi yang terbilang tidak baik sehingga ekspektasi diharapkan adalah “menurun”.

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

<b>Bersihkan Jalan Napas Tidak Efektif</b>	
<b>Luaran Utama</b>	Bersihkan Jalan Napas
<b>Luaran Tambahan</b>	Kontrol Gejala Pertukaran Gas Respons Alergi Lokal Respons Alergi Sistemik Respons Ventilasi Mekanik Tingkat Infeksi

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

Gambar 11.17. Luaran Keperawatan pada Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI)

Berdasarkan gambar 11.17 dapat dilihat bahwa penentuan luaran keperawatan yang telah ditetapkan pada masalah keperawatan “Bersihkan jalan nafas tidak efektif” yaitu “Bersihkan jalan nafas”, dikarenakan luaran keperawatan “Bersihkan jalan nafas” termasuk dalam kategori luaran yang baik sehingga ekspektasi yang dipilih adalah “meningkat” agar kondisi pasien semakin optimal dalam perawatannya. Contoh di bawah menggunakan ekspektasi “meningkat” karena label luaran keperawatan yang diambil adalah “Bersihkan jalan nafas”,. Luaran keperawatan bersihkan jalan nafas merupakan kondisi yang

terbilang baik sehingga ekspektasi diharapkan adalah “meningkat”. Contoh penerapannya dapat dilihat pada gambar berikut ini:

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

Gambar 11.18. Indikator dan Kriteria Hasil pada Luaran Keperawatan Bersihan Jalan Napas

Berdasarkan gambar 11.18 dapat dilihat bahwa penentuan ekspektasi “meningkat” dari luaran keperawatan yang telah ditetapkan pada masalah keperawatan “Bersihan jalan nafas tidak efektif” yaitu “Bersihan jalan nafas”. Setelahnya seorang perawat tinggal menentukan kriteria hasil yang akan menjadi indikator kapan masalah “Bersihan jalan nafas tidak efektif” dikatakan teratasi. Misal dengan memilih “Batuk efektif” yang awalnya menurun (kode 1) menjadi meningkat (kode 5), atau memilih “Produksi sputum” yang awalnya meningkat (kode 1)

menjadi menurun (kode 5), dan masih banyak kriteria hasil yang digunakan sebagai indikator yang dapat menjustifikasi apakah masalah keperawatan telah selesai dengan intervensi yang diberikan atau sebaliknya.

Seorang perawat penting mengingat bahwa pemilihan kriteria hasil yang dipilih sebagai alat ukur atau indikator selesainya masalah keperawatan atau sebaliknya harus sinkron dengan tanda gejala yang didapatkan sewaktu melakukan asesmen keperawatan. Mengingat tanda gejala yang didapatkan sewaktu asesmen awal lah yang menjadi dasar dari suatu masalah keperawatan diangkat untuk diselesaikan melalui proses keperawatan. Kriteria hasil yang ditetapkan tidak harus banyak, namun yang terpenting bersesuaian dengan kondisi yang dialami oleh pasien.

#### **11.10. Rangkuman**

Luaran (*outcome*) keperawatan dapat juga diartikan sebagai hasil akhir intervensi keperawatan yang terdiri atas indikator-indikator atau kriteria hasil pemulihan masalah yang dialami. Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) juga berdasarkan konsep 5 kategori yaitu kategori fisiologi, psikologis, perilaku, relasional dan lingkungan dan 14 subkategori. Berdasarkan jenis luarannya, SLKI mempunyai 2 jenis luaran yaitu jenis luaran positif dan jenis luaran negatif.

Luaran keperawatan digunakan perawat dalam menentukan apakah intervensi keperawatan mempunyai dampak positif atau sebaliknya dengan membandingkan luaran keperawatan dengan kondisi terkini hasil evaluasi 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. Terdapat 3 (tiga) ekspektasi pada luaran keperawatan yaitu 1) meningkat; 2) menurun; 3) membaik yang tentunya disesuaikan dengan masalah keperawatan yang terjadi.

Luaran keperawatan yang ditentukan haruslah memenuhi kaidah SMART yaitu: 1) *specific*, 2) *measurable*, 3) *attainable*, 4) *realistic/reliable*, dan 5) *time*. Cara mudah untuk mencari luaran pada masalah keperawatan tersebut dengan membuka daftar tautan SDKI-SLKI (BAB V) kemudian cari luaran keperawatan yang bersesuaian dengan diagnosis keperawatan yang ditautkan (BAB IV) tersebut.

Penggunaan SLKI sangat identik dengan penggunaan NOC, keduanya pun sama-sama digunakan untuk referensi penentuan luaran keperawatan berdasarkan diagnosis keperawatan yang ditetapkan. Terdapat 149 *link* label luaran keperawatan kepada diagnosis keperawatan yang ada di SDKI. Cara mudah untuk mencari luaran keperawatan pada masalah keperawatan tersebut dengan membuka daftar tautan SDKI-SLKI (BAB V) kemudian cari

luaran keperawatan yang bersesuaian dengan diagnosis keperawatan yang ditautkan (BAB IV) tersebut.

### **11.11. Latihan**

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

1. Jelaskan mengenai pentingnya luaran keperawatan dalam proses keperawatan yang diberikan kepada pasien!
2. Jelaskan perbedaan jenis luaran keperawatan negatif dan luaran keperawatan positif!
3. Jelaskan kapan perawat menggunakan luaran keperawatan negatif dan luaran keperawatan positif!
4. Jelaskan pentingnya luaran keperawatan dalam menentukan berhasil atau tidaknya suatu intervensi yang dilakukan!
5. Jelaskan perbedaan yang mendasar antara komponen utama luaran keperawatan yaitu 1) label, 2) ekspektasi, dan 3) kriteria hasil!
6. Jelaskan perbedaan yang mendasar antara ekspektasi luaran keperawatan yaitu 1) meningkat; 2) menurun; 3) membaik!
7. Jelaskan penggunaan kaidah SMART dalam penentuan luaran keperawatan!
8. Jelaskan penerapan luaran keperawatan menggunakan metode manual dengan metode berbasis komputer!

9. Jelaskan mengapa keperawatan Indonesia penting untuk memiliki luaran keperawatan sendiri!
10. Jelaskan cara penggunaan luaran keperawatan menggunakan referensi dari SLKI!

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

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

1. Hasil akhir intervensi keperawatan yang terdiri atas indikator-indikator atau kriteria hasil pemulihan masalah disebut dengan ...
  - a. Asesmen keperawatan
  - b. Diagnosis keperawatan
  - c. Luaran keperawatan
  - d. Rencana keperawatan
  - e. Evaluasi keperawatan
2. Berapakah kategori yang ada di SLKI...
  - a. 4 kategori
  - b. 5 kategori
  - c. 6 kategori
  - d. 7 kategori
  - e. 8 kategori
3. Berapakah subkategori yang ada di SLKI...
  - a. 14 sub kategori
  - b. 15 sub kategori

- c. 16 sub kategori
  - d. 17 sub kategori
  - e. 18 sub kategori
4. Contoh luaran keperawatan dengan jenis luaran positif adalah...
    - a. Citra tubuh
    - b. Tingkat nyeri
    - c. Tingkat kelelahan
    - d. Tingkat ansietas
    - e. Tingkat berduka
  5. Contoh luaran keperawatan dengan jenis luaran positif adalah...
    - a. Citra tubuh
    - b. Bersihan jalan napas
    - c. Keseimbangan cairan
    - d. Integritas kulit dan jaringan
    - e. Respon alergi lokal
  6. Berkaitan dengan kriterial hasil yang dipakai, manakan arti dari poin (5) yang diambil dari ekspektasi meningkat...
    - a. Meningkatkan
    - b. Cukup meningkat
    - c. Sedang
    - d. Cukup menurun
    - e. Menurun

7. Berkaitan dengan kriterial hasil yang dipakai, manakan arti dari poin (5) yang diambil dari ekspektasi menurun...
  - a. Menurun
  - b. Cukup menurun
  - c. Sedang
  - d. Cukup meningkat
  - e. Meningkatkan
8. Berkaitan dengan kriterial hasil yang dipakai, manakan arti dari poin (5) yang diambil dari ekspektasi membaik...
  - a. Memburuk
  - b. Cukup memburuk
  - c. Sedang
  - d. Cukup membaik
  - e. Membaik
9. Contoh luaran keperawatan dengan ekspektasi meningkat adalah...
  - a. Bersihan jalan nafas
  - b. Tingkat keletihan
  - c. Tingkat ansietas
  - d. Tingkat perdarahan
  - e. Eliminasi fekal
10. Contoh luaran keperawatan dengan ekspektasi membaik adalah...
  - a. Bersihan jalan nafas
  - b. Tingkat keletihan

- c. Tingkat ansietas
  - d. Tingkat perdarahan
  - e. Eliminasi fekal
11. Pada pelaksanaan asuhan keperawatan khususnya di penentuan luaran keperawatan, perawat memilih luaran yang tepat sesuai kondisi pasien. Kaidah SMART yang ditunjukkan perawat tersebut adalah...
- a. *Specific*
  - b. *Measurable*
  - c. *Attainable*
  - d. *Realistic*
  - e. *Time*
12. Pada pelaksanaan asuhan keperawatan khususnya di penentuan luaran keperawatan, perawat memilih luaran yang mampu laksana dan sesuai kemampuan terkait kondisi pasien. Kaidah SMART yang ditunjukkan perawat tersebut adalah...
- a. *Specific*
  - b. *Measurable*
  - c. *Attainable*
  - d. *Realistic*
  - e. *Time*
13. Pada pelaksanaan asuhan keperawatan khususnya di penentuan luaran keperawatan, perawat menentukan waktu yang ditargetkan untuk menyelesaikan masalah keperawatan pada pasien. Kaidah SMART yang ditunjukkan perawat tersebut adalah...

- a. *Specific*
  - b. *Measurable*
  - c. *Attainable*
  - d. *Realistic*
  - e. *Time*
14. Penggunaan SLKI untuk mencari luaran keperawatan dengan membuka...
- a. Bab I
  - b. Bab II
  - c. Bab III
  - d. Bab IV
  - e. Bab V
15. Penggunaan SLKI untuk memilih indikator dengan membuka...
- a. Bab I
  - b. Bab II
  - c. Bab III
  - d. Bab IV
  - e. Bab V
16. Dalam menentukan luaran keperawatan, perawat harus menentukan terlebih dahulu...
- a. Asesmen keperawatan
  - b. Diagnosis keperawatan
  - c. Perencanaan keperawatan
  - d. Implementasi keperawatan
  - e. Evaluasi keperawatan

17. Penggunaan SLKI untuk mencari luaran keperawatan dengan membuka...
- Bab I
  - Bab II
  - Bab III
  - Bab IV
  - Bab V
18. Penggunaan SLKI untuk memilih indikator dengan membuka...
- Bab I
  - Bab II
  - Bab III
  - Bab IV
  - Bab V
19. Luaran utama dalam diagnosis keperawatan Ansietas adalah...
- Dukungan sosial
  - Harga diri
  - Kesadaran diri
  - Tingkat ansietas
  - Kontrol diri
20. Luaran utama dalam diagnosis keperawatan Defisit Nutrisi adalah...
- Berat badan
  - Status nutrisi
  - Fungsi gastrointestinal
  - Nafsu makan

e. Status menelan

### **11.12. Bahan Bacaan Pendukung**

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

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

Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/425/2020 tentang Standar Profesi Perawat.

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

Tim Pokja SLKI DPP PPNI (2018). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan* (1<sup>st</sup> ed.). Jakarta: DPP PPNI.

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



# BAB XII

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

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

### 12.1. Deskripsi Singkat

Seorang perawat dalam praktiknya harus mempunyai kemampuan untuk merencanakan asuhan keperawatan. Salah satu referensi dalam perencanaan keperawatan khususnya yang berkaitan dengan standar profesi perawat sesuai Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/425/2020 adalah penggunaan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia yang selanjutnya disingkat menjadi SIKI. Pada bab kedua belas buku ini membahas tentang gambaran umum mengenai *overview* SIKI, komponen pemilihan intervensi keperawatan dalam SIKI, konsep penggunaan SIKI, proses pemilihan intervensi menggunakan SIKI dibahas dalam bab ini.

### 12.2. Relevansi

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 kesehatan atau masalah keperawatan yang dialami pasien. Intervensi keperawatan juga digunakan sebagai dasar bagi perawat melakukan implementasi keperawatan dalam proses asuhan yang dijalankan sehingga penting untuk diajarkan bagi peserta didik dan perawat klinis.

### 12.3. Kompetensi

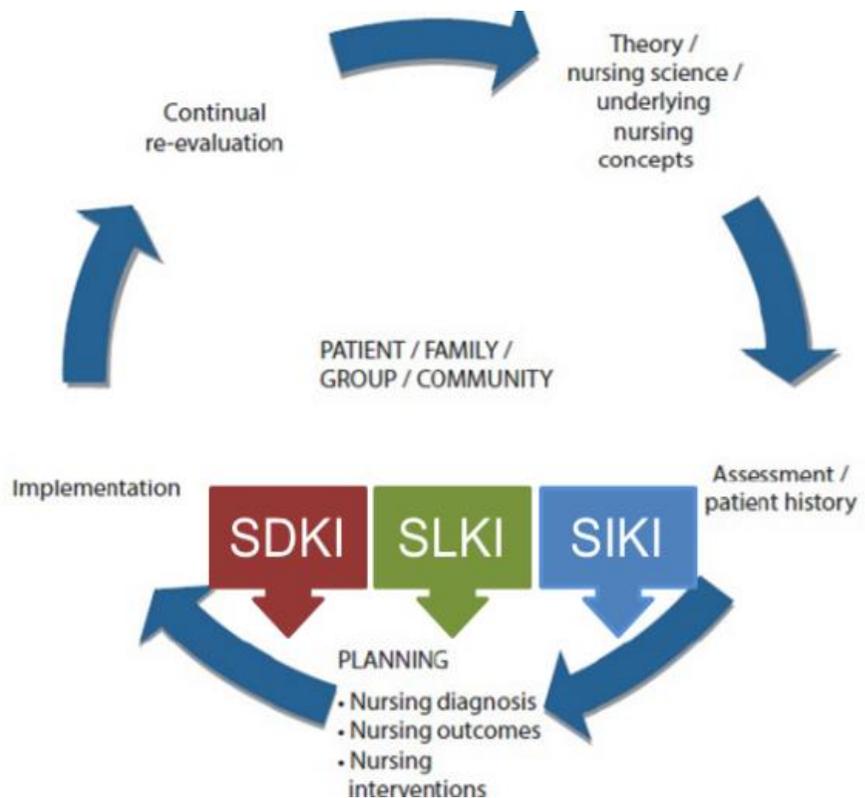
Setelah menyelesaikan bab ini, mahasiswa keperawatan sebagai peserta didik akan mempunyai kemampuan untuk:

1. Menjelaskan mengenai *overview* SIKI
2. Menjelaskan mengenai komponen pemilihan intervensi keperawatan dalam SIKI
3. Menjelaskan mengenai konsep penggunaan SIKI
4. Mengaplikasikan proses penentuan luaran menggunakan SIKI

### 12.4. Overview dan Sistem Klasifikasi SIKI

Seorang perawat dalam pelaksanaannya 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:

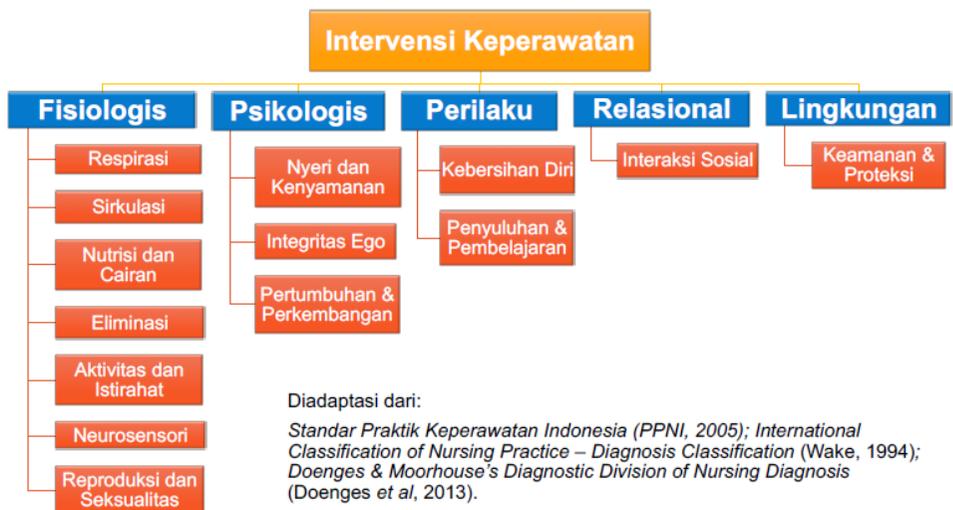


Gambar 12.1. Letak Intervensi dan Implementasi dalam Siklus Proses Keperawatan

Berdasarkan gambar 12.1 dapat dilihat bahwa dalam tahap perencanaan keperawatan terdapat pemilihan intervensi keperawatan yang selanjutnya akan diterjemahkan berbentuk tindakan keperawatan di tahapan implementasi asuhan keperawatan. Tahap perencanaan keperawatan dimulai dari penegakan diagnosis keperawatan, dilanjutkan dengan penentuan luaran keperawatan serta dilengkapi dengan memilih intervensi

keperawatan yang disesuaikan dengan masalah keperawatan yang diangkat.

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. Pengelompokan berdasarkan kategori dan subkategori ini juga disesuaikan dengan pola yang dijalankan di SDKI. Penjabarannya dapat terlihat pada gambar 12.2 berikut ini:



Gambar 12.2. Sistem Klasifikasi Intervensi Keperawatan dalam Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)

Berdasarkan gambar 12.2 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.

### 12.5. Kategori 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:

#### 1. Fisiologis

- Intervensi keperawatan untuk mendukung fungsi fisik dan regulasi homeostatik

#### 2. Psikologis

- Intervensi keperawatan untuk mendukung fungsi mental, proses mental dan perilaku.

#### 3. Perilaku

- Intervensi Keperawatan untuk mendukung perubahan perilaku atau gaya hidup

#### 4. Relasional

- Intervensi keperawatan untuk mendukung hubungan interpersonal atau interaksi sosial

#### 5. Lingkungan

- Intervensi keperawatan untuk mendukung keamanan lingkungan dan menurunkan risiko gangguan kesehatan

Gambar 12.3. Kategori Intervensi Keperawatan dalam Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)

Berdasarkan gambar 12.3 dapat dilihat bahwa dalam Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (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 kategori dan subkategori dapat terlihat pada gambar 12.4 berikut ini:

## 1. Respirasi

- Kelompok intervensi yang memulihkan fungsi pernapasan dan oksigenasi

## 2. Sirkulasi

- Kelompok intervensi yang memulihkan fungsi jantung dan pembuluh darah

## 3. Nutrisi dan Cairan

- Kelompok intervensi yang memulihkan fungsi gastrointestinal, metabolisme dan regulasi cairan/elektrolit

## 4. Eliminasi

- Kelompok intervensi yang memulihkan fungsi eliminasi fekal dan urinaria

## 5. Aktivitas dan Istirahat

- Kelompok intervensi yang memulihkan fungsi muskuloskeletal, penggunaan energi serta istirahat/tidur

## 6. Neurosensori

- Kelompok intervensi yang memulihkan fungsi otak dan saraf

## 7. Reproduksi dan Seksualitas

- Kelompok intervensi yang melibatkan fungsi reproduksi dan seksualitas

## 8. Nyeri dan Kenyamanan

- Kelompok intervensi yang memulihkan nyeri dan kenyamanan

## 9. Integritas Ego

- Kelompok intervensi yang memulihkan kesejahteraan dengan diri sendiri secara emosional

## 10. Pertumbuhan dan Perkembangan

- Kelompok intervensi yang memulihkan fungsi pertumbuhan dan perkembangan

## 11. Kebersihan Diri

- Kelompok intervensi yang memulihkan perilaku sehat dan merawat diri

## 12. Penyuluhan dan Pembelajaran

- Kelompok intervensi yang memulihkan peningkatan pengetahuan dan perubahan perilaku

## 13. Interaksi Sosial

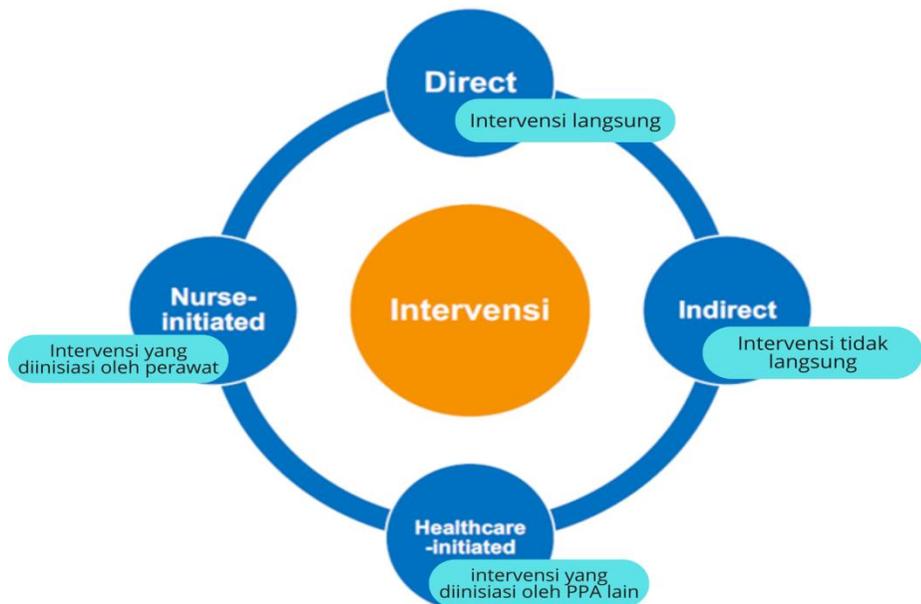
- Kelompok intervensi yang memulihkan hubungan antarindividu dan individu dengan kelompok

## 14. Keamanan dan Proteksi

- Kelompok intervensi yang memulihkan keamanan dan menurunkan risiko cedera akibat ancaman dari lingkungan internal maupun eksternal

Gambar 12.4. Subkategori Intervensi Keperawatan dalam Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)

Berdasarkan gambar 12.4 dapat dilihat bahwa dalam SIKI mempunyai klasifikasi subkategori yang sama dengan apa yang ada pada 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. Intervensi keperawatan dalam pelaksanaannya 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 12.5. Rentang Intervensi Keperawatan dalam Asuhan Keperawatan kepada Pasien

Berdasarkan gambar 12.5 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.

## **12.6. 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 12.6. Komponen Intervensi Keperawatan dalam Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)

Selain komponen intervensi keperawatan, mahasiswa keperawatan atau 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	Skruining	Mendeteksi secara dini
18	Terapi	Memulihkan kesehatan dan/atau menurunkan risiko

Gambar 12.7. Deskriptor Label Intervensi Keperawatan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)

Setelah mempelajari deskriptor label intervensi keperawatan, mahasiswa keperawatan atau 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”.

### **12.7. Penyusunan dan Pemilihan Tindakan Keperawatan**

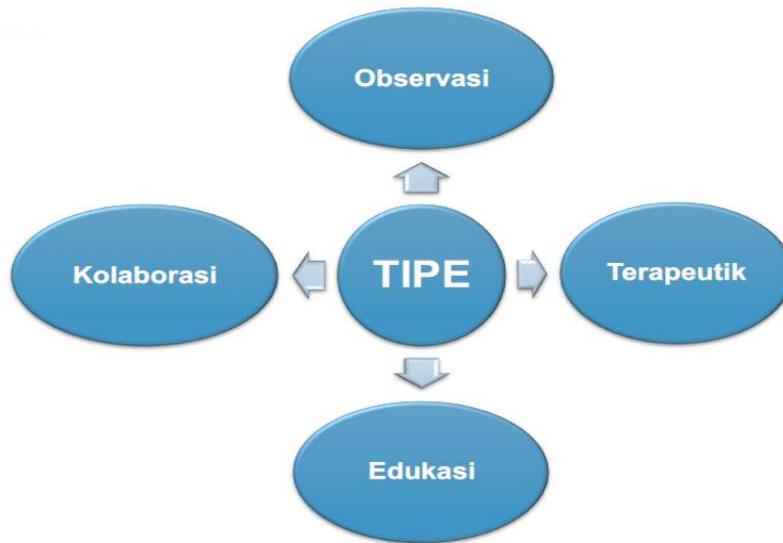
Penyusunan tindakan keperawatan biasanya diawali setiap kalimat dengan kata kerja (*verb*). Gunakanlah kata kerja yang paling aktif. Hindari menggunakan kata “kaji”, “observasi” dan “evaluasi”. Dianjurkan menggunakan kata “periksa”, “identifikasi” dan “monitor”. Hindari menyebutkan merek suatu alat/benda 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 dispesifikkan atau memerlukan penyesuaian. Selalu teliti memeriksa konsistensi antara tindakan dengan definisi intervensi. Susunlah tindakan secara sekuensial jika dalam pelaksanaannya memungkinkan untuk dilakukan.

Mahasiswa keperawatan atau 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 12.8. Tipe Intervensi Keperawatan yang Diberikan Seorang Perawat kepada Pasien dan Keluarga

Berdasarkan gambar 12.8 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:

Penyusunan intervensi keperawatan dapat menggunakan pendekatan **OMEK**



Gambar 12.9. Penyusunan Intervensi Keperawatan yang Dapat Dilakukan Seorang Perawat

Berdasarkan gambar 12.9 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.

## 12.8. Contoh Penulisan Rencana Intervensi Keperawatan

Berikut merupakan contoh penulisan rencana intervensi keperawatan yang biasanya dilakukan:

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

**Manajemen Jalan Napas**

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

T / M

E

K

Gambar 12.10. Contoh Penyusunan Intervensi Keperawatan yang Dapat Dilakukan Seorang Perawat

Berdasarkan gambar 12.10 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.

### **12.9. Proses dan Cara 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:

Ansietas	
<b>Intervensi Utama</b>	<input type="checkbox"/> Reduksi Ansietas <input checked="" type="checkbox"/> Terapi Relaksasi
<b>Intervensi Pendukung</b>	<input type="checkbox"/> Bantuan Kontrol Marah <input type="checkbox"/> Biblioterapi <input type="checkbox"/> Dukungan Emosi <input type="checkbox"/> Dukungan Hipnosis Diri <input type="checkbox"/> Dukungan Kelompok <input type="checkbox"/> Dukungan Keyakinan <input type="checkbox"/> Dukungan Memaafkan <input type="checkbox"/> Dukungan Pelaksanaan Ibadah <input type="checkbox"/> ...

Gambar 12.11. Cara Memilih Label pada Tautan SDKI-SIKI dalam Pemilihan Intervensi Keperawatan

Berdasarkan gambar 12.11 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
<b>Definisi</b>		
<b>Tindakan</b>		
Observasi	-	
Terapeutik	-	
Edukasi	-	
Kolaborasi	-	

Gambar 12.12. Cara Memilih Aktivitas pada Daftar Intervensi dalam Pemilihan Intervensi Keperawatan

Berdasarkan gambar 12.12 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. Dari data yang didapatkan dari pasien serta masalah keperawatan yang ditemui tersebut dapat dipilih intervensi keperawatan yang bersesuaian.

Berdasarkan masalah keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054), dapat dipilih intervensi keperawatan dengan membuka “Daftar Tautan SDKI-SIKI”, setelah membuka bagian ini, perawat dapat memilih label SIKI yang mungkin bersesuaian dengan kondisi klinis pasien yaitu “Dukungan Mobilisasi”. 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. Lihatlah contoh cara pemilihan intervensi keperawatan di bawah ini:

<b>Dukungan Mobilisasi</b>	<b>1.05173</b>
<b>Definisi</b>	
Memfasilitasi pasien untuk meningkatkan aktivitas pergerakan fisik.	
<b>Tindakan</b>	
<i>Observasi</i>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</li> <li>- Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan</li> <li>- Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi</li> <li>- Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi</li> </ul>	
<i>Terapeutik</i>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. pagar tempat tidur)</li> <li>- Fasilitasi melakukan pergerakan, <i>jika perlu</i></li> <li>- Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</li> </ul>	
<i>Edukasi</i>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi</li> <li>- Anjurkan melakukan mobilisasi dini</li> <li>- Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. duduk di (empat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)</li> </ul>	

Gambar 12.13. Cara Memilih Aktivitas pada Daftar Intervensi Keperawatan Berdasarkan Kasus

Berdasarkan gambar 12.13 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.

### 12.10. Rangkuman

Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) diklasifikasikan sama dengan klasifikasi yang ada di Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI). Selanjutnya SIKI diklasifikasikan menjadi 5 kategori, 14 subkategori dan 623 intervensi keperawatan. Intervensi keperawatan mempunyai rentang pelaksanaan yaitu: 1) *direct care intervention*, 2) *indirect care intervention*, 3) *nurse-initiated intervention*, dan 4) *healthprovider-initiated intervention*.

Terdapat komponen utama yaitu 1) label, 2) definisi, 3) tindakan, dan 4) referensi pada intervensi keperawatan yang ada di Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI). Pada label intervensi keperawatan yang digunakan merupakan kata benda (*noun*), bukan kata kerja (*verb*). Pada definisi diawali dengan kata kerja (*verb*). Pada tindakan keperawatan diawali setiap kalimat dengan kata kerja (*verb*). Penyusunan tindakan juga dianjurkan untuk fokus pada tindakan yang *critical*.

Terdapat empat tipe tindakan keperawatan yang terbagi menjadi: 1) observasi, 2) terapeutik, 3) edukasi dan 4) kolaborasi di SIKI. Tipe tindakan observasi dan edukasi merupakan fungsi mandiri perawat, sedangkan tindakan terapeutik dapat berupa tindakan mandiri perawat namun

terkadang bersinggungan dengan fungsi kolaboratif PPA lainnya sedangkan tindakan kolaborasi biasanya memang murni mengarah pada fungsi kolaboratif PPA lainnya.

Penggunaan SIKI sangat identik dengan NIC, keduanya pun sama-sama digunakan untuk referensi pemilihan intervensi keperawatan berdasarkan diagnosis keperawatan dan luaran keperawatan yang telah ditentukan. Pemilihan intervensi keperawatan haruslah memperhatikan diagnosis keperawatan apa yang ditegakkan dan luaran keperawatan apa yang ditentukan sebelumnya.

### **12.11. Latihan**

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

1. Jelaskan perbedaan intervensi dan tindakan dalam proses keperawatan!
2. Sebutkan pembagian intervensi keperawatan berdasarkan kategori dan subkategori!
3. Jelaskan secara singkat mengenai rentang intervensi keperawatan yang Anda pahami!
4. Jelaskan secara singkat mengenai komponen intervensi keperawatan yang ada di Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)!
5. Jelaskan pentingnya keberadaan deskriptor pada label intervensi keperawatan!

6. Jelaskan secara singkat mengenai tipe intervensi keperawatan O-T-E-K yang ada di Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)!
7. Jelaskan pentingnya perawat memahami penjabaran dari tipe intervensi keperawatan O-T-E-K!
8. Jelaskan mengapa keperawatan Indonesia penting untuk memiliki intervensi keperawatan sendiri!
9. Jelaskan perbedaan yang mendasar antara SIKI dan NIC!

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

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

1. Pada kategori Psikologis, manakah subkategori yang bersesuaian di bawah ini...
  - a. Respirasi
  - b. Integritas ego
  - c. Kebersihan diri
  - d. Interaksi sosial
  - e. Keamanan dan Proteksi
2. Pada kategori Fisiologis, manakah subkategori yang bersesuaian di bawah ini...
  - a. Respirasi
  - b. Integritas ego
  - c. Kebersihan diri

- d. Interaksi sosial
  - e. Keamanan dan Proteksi
3. Pada kategori Relasional, manakah subkategori yang bersesuaian di bawah ini...
- a. Respirasi
  - b. Integritas ego
  - c. Kebersihan diri
  - d. Interaksi sosial
  - e. Keamanan dan Proteksi
4. Rentang intervensi keperawatan yang berarti intervensi yang diberikan kepada pasien dilaksanakan dengan berinteraksi secara langsung dengan pasien atau keluarga...
- a. *Direct care intervention*
  - b. *Indirect care intervention*
  - c. *Direct initiated intervention*
  - d. *Nurse-initiated intervention*
  - e. *Healthprovider-initiated intervention*
5. Rentang intervensi keperawatan yang berarti intervensi yang diinisiasi oleh perawat untuk mengatasi diagnosis keperawatan...
- a. *Direct care intervention*
  - b. *Indirect care intervention*
  - c. *Direct initiated intervention*
  - d. *Nurse-initiated intervention*
  - e. *Healthprovider-initiated intervention*

6. Komponen yang menunjukkan secara jelas intervensi apa yang dapat dilakukan perawat adalah...
  - a. Label
  - b. Kategori
  - c. Definisi
  - d. Tindakan
  - e. Referensi
7. Deskriptor yang menjelaskan mengenai upaya meminimalkan risiko atau komplikasi yang berkaitan dengan kondisi pasien disebut...
  - a. Dukungan
  - b. Edukasi
  - c. Konsultasi
  - d. Latihan
  - e. Pencegahan
8. Deskriptor yang menjelaskan mengenai upaya memberikan informasi tambahan atau pertimbangan yang berkaitan dengan kondisi pasien disebut...
  - a. Dukungan
  - b. Edukasi
  - c. Konsultasi
  - d. Latihan
  - e. Pencegahan
9. Deskriptor yang menjelaskan mengenai upaya mengajarkan suatu keterampilan atau kemauan yang berkaitan dengan kondisi pasien disebut...
  - a. Dukungan

- b. Edukasi
  - c. Konsultasi
  - d. Latihan
  - e. Pencegahan
10. Deskriptor yang menjelaskan mengenai upaya memfasilitasi, memudahkan atau melancarkan segala sesuatu yang berkaitan dengan kondisi pasien disebut...
- a. Dukungan
  - b. Edukasi
  - c. Konsultasi
  - d. Latihan
  - e. Pencegahan
11. Tipe tindakan keperawatan yang dapat dilakukan perawat dengan cara monitoring, mengidentifikasi, memeriksa kondisi pasien guna mendapatkan data-data adalah...
- a. Observasi
  - b. Terapeutik
  - c. Edukasi
  - d. Kolaborasi
  - e. Mandiri
12. Tipe tindakan keperawatan yang dapat dilakukan perawat dengan melakukan tindakan yang berkaitan dengan fungsi interdependen adalah...
- a. Observasi
  - b. Terapeutik

- c. Edukasi
  - d. Kolaborasi
  - e. Mandiri
13. Tipe tindakan keperawatan yang dapat dilakukan perawat dengan melakukan kegiatan untuk mempertahankan kondisi fisiologis pasien adalah...
- a. Observasi
  - b. Terapeutik
  - c. Edukasi
  - d. Kolaborasi
  - e. Mandiri
14. Tipe tindakan keperawatan yang dapat dilakukan perawat dengan melakukan pengajaran kepada pasien dan keluarga adalah...
- a. Observasi
  - b. Terapeutik
  - c. Edukasi
  - d. Kolaborasi
  - e. Mandiri
15. Dalam pelaksanaan asuhan, ditemukan perawat melakukan penghisapan lendir pada pasien dikarenakan menghambat kepatenan jalan napas, tindakan tersebut termasuk tipe tindakan...
- a. Observasi
  - b. Terapeutik
  - c. Edukasi
  - d. Kolaborasi

- e. Mandiri
16. Dalam memilih intervensi keperawatan, perawat harus menentukan terlebih dahulu...
- a. Asesmen keperawatan
  - b. Luaran keperawatan
  - c. Intervensi keperawatan
  - d. Evaluasi keperawatan
17. Penggunaan SIKI untuk memilih label intervensi dengan membuka...
- a. Daftar Tautan SIKI-SDKI
  - b. Daftar Tautan SDKI-SIKI
  - c. Daftar Tautan SDKI-SLKI
  - d. Daftar Tautan SLKI-SIKI
18. Penggunaan SIKI untuk memilih aktivitas keperawatan dengan membuka...
- a. Daftar Luaran Keperawatan
  - b. Daftar Tujuan Keperawatan
  - c. Daftar Intervensi Keperawatan
  - d. Daftar Aktivitas Keperawatan
19. Pada label aktivitas intervensi keperawatan “Dukungan Mobilisasi”, manakan yang termasuk dalam tipe tindakan observasi...
- a. Jelaskan tujuan prosedur mobilisasi
  - b. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan
  - c. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu
  - d. Anjurkan melakukan mobilisasi dini
  - e. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan

20. Pada label aktivitas intervensi keperawatan “Dukungan Mobilisasi”, manakan yang termasuk dalam tipe tindakan terapeutik...
- a. Jelaskan tujuan prosedur mobilisasi
  - b. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan
  - c. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu
  - d. Anjurkan melakukan mobilisasi dini
  - e. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan

### **12.12. Bahan Bacaan Pendukung**

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

Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/425/2020 tentang Standar Profesi Perawat.

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

Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan* (1<sup>st</sup> ed.). Jakarta: DPP PPNI.

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



# BAB XIII

## PROSES KEPERAWATAN: IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

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

### 13.1. Deskripsi Singkat

Setelah mempelajari terkait perencanaan keperawatan (penegakan diagnosis keperawatan, penentuan luaran keperawatan, serta pemilihan intervensi keperawatan) pada bab-bab sebelumnya. Seorang perawat dalam praktiknya akan melakukan implementasi keperawatan sebagai bentuk tindakan nyata atas perencanaan keperawatan yang telah disusun. Pada bab ketiga belas buku ini membahas tentang gambaran umum mengenai definisi dari implementasi keperawatan, jenis-jenis implementasi keperawatan, tahapan implementasi keperawatan, upaya meningkatkan keterampilan klinis dalam implementasi keperawatan, dan dokumentasi implementasi keperawatan juga dibahas dalam bab ini.

### 13.2. Relevansi

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 ditegakkan pada proses keperawatan sebelumnya. Implementasi keperawatan akan dijalankan dengan memperhatikan unsur peran dan fungsi perawat.

### **13.3. Kompetensi**

Setelah menyelesaikan bab ini, mahasiswa keperawatan sebagai peserta didik akan mempunyai kemampuan untuk:

1. Menjelaskan mengenai definisi implementasi
2. Menjelaskan mengenai jenis-jenis implementasi
3. Menjelaskan mengenai tahapan implementasi

4. Menjelaskan mengenai upaya meningkatkan keterampilan klinis dalam implementasi keperawatan
5. Mengaplikasikan pendokumentasian implementasi keperawatan

#### **13.4. 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, implementasi keperawatan merupakan suatu kategori serangkaian perilaku perawat yang berkoordinasi dengan pasien serta keluarga, serta 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 serta kondisi klinis pasien yang lebih baik.

Pada pelaksanaan implementasi keperawatan, perawat berperan sebagai pihak pengumpul data terus menerus. 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.

Seorang perawat dalam menjalankan asuhan keperawatan khususnya pada bagian implementasi keperawatan selalu mempunyai tujuan. 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.

### **13.5. 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 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 keperawatan yang dilakukan.
- b. Intervensi keperawatan sering tidak terpisah dari tindakan medis, sehingga kemandirian perawat terkadang tidak terlihat dengan signifikan saat pelaksanaan implementasi keperawatan yang dilakukan dalam praktiknya.

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.

### **13.6. 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, mengungkapkan 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 keperawatan 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.

#### **13.6.1. Tahap Persiapan**

Tahap persiapan tersebut meliputi kegiatan-kegiatan berikut ini:

- 1) *Review* tindakan keperawatan yang diidentifikasi pada tahap perencanaan:
  - a) Tindakan keperawatan disusun untuk promosi, mempertahankan dan memulihkan kesehatan pasien.
  - b) Melaksanakan tindakan perawatan, ada beberapa kriteria yang harus dipenuhi.
  - c) Konsisten sesuai dengan rencana tindakan.
  - d) Berdasarkan prinsip-prinsip ilmiah.
  - e) Ditujukan kepada individu sesuai dengan kondisi pasien.
  - f) Digunakan untuk menciptakan lingkungan yang terapeutik dan aman.
  - g) Memberikan edukasi dan pendidikan kesehatan kepada pasien serta keluarga pasien.

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

apa yang seharusnya diperlukan dalam tindakan keperawatan yang dilakukan.

- 5) Mempersiapkan lingkungan yang kondusif sesuai yang diperlukan dengan yang akan dilaksanakan:
  - a) Perasaan nyaman pasien: lingkungan fisik dan psikologis, termasuk spiritual juga harus dikondisikan senyaman mungkin.
  - b) Keberhasilan tindakan keperawatan harus diperhitungkan.
- 6) Mengidentifikasi aspek hukum tindakan dan etik risiko dari potensial dari suatu tindakan:
  - a) 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

### **13.6.2. Tahap Intervensi**

Tahapan intervensi bagi perawat dalam pelaksanaannya 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 13.1. Pendekatan Implementasi Keperawatan yang Biasanya dilakukan oleh Seorang Perawat

#### 1) Tindakan Independen

- a) Kegiatan yang dilaksanakan oleh perawat tanpa petunjuk dan perintah Profesional Pemberi Asuhan (PPA) lainnya.
- b) Tipe dari aktivitas yang dilaksanakan perawat secara independen didefinisikan berdasarkan diagnosis keperawatan.
- c) 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 perlukaan 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 13.2. Tindakan Diagnostik oleh Seorang Perawat dalam Praktik Asuhan Keperawatan

- 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. Tindakan edukatif ini dapat dilakukan perawat kepada pasien dan keluarga karena keluargapun memegang peranan penting dalam asuhan pasien ketika pasien dipulangkan ke rumah.



Gambar 13.3. Tindakan Edukatif pada Pasien yang Biasanya Dilakukan oleh Seorang Perawat

Berdasarkan gambar 13.3 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 koordinator (Jumbri, Setiawan, Rizany, 2023).

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

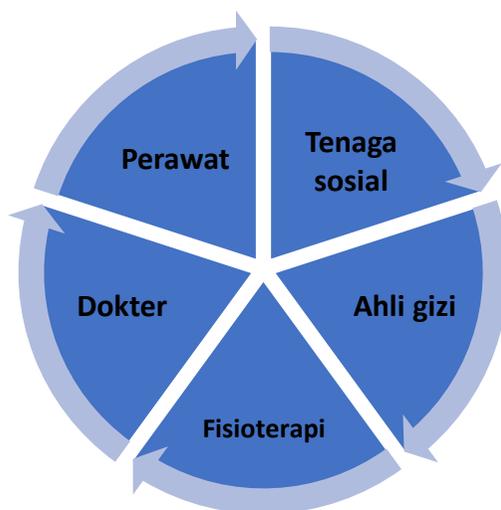


Gambar 13.4. Tindakan Merujuk pada Pasien yang Biasanya Dilakukan oleh Seorang Perawat

Berdasarkan gambar 13.4 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.

- 2) 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 nutrisisionis berkolaborasi untuk menentukan kebutuhan nutrisi bagi ibu dan bayi. Pada pelaksanaannya nutrisisionis 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 13.5. Kolaborasi dalam Tindakan Interdependen yang Biasanya Dilakukan oleh Profesional Pemberi Asuhan (PPA)

- 3) **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:

- a) Melakukan perawatan *colostomy* setiap 2 hari atau sewaktu-waktu kantong feses bocor.
- b) Mengganti kantong feses (*pouch*) secepatnya. Dapat menggunakan sabun dan air untuk melepaskan darah yang melekat.
- c) Mencuci lokasi *colostomy* dengan sabun dan air, biarkan sampai kering benar.
- d) Mengkaji tanda dan gejala iritasi kulit dan stoma.

### **13.7. Peran Perawat Penanggung Jawab Asuhan (PPJA) dan Perawat Pelaksana dalam Implementasi Keperawatan**

Bagi seorang perawat dalam pelaksanaannya dapat melibatkan beberapa perawat dalam teknisnya pelaksanaan implementasi keperawatan. 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.

Penting bagi seorang perawat 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 ketika PPJA sedang tidak dalam kondisi berada di ruang perawatan.

Kondisi lainnya, 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).

Pelaksanaan implementasi keperawatan, pada kondisi *shift* siang dan atau malam, 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.

Pelaksanaan implementasi keperawatan menurut berbagai hasil penelitian diantaranya yaitu penellitian Rahmad, Setiawan, Rizany (2023), menyebutkan bahwa 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 penelitian 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 penelitian Wardalina, Rizany, Setiawan (2022), dalam pelaksanaan implementasi keperawatan terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi peran kolaborasi perawat dengan dokter di rumah sakit. Menurut penelitian Yulanda, Setiawan, Rizany (2021), *caring* yang diberikan perawat selama periode implementasi keperawatan berkaitan dengan kualitas tidur yang terjadi selama perawatan pasien.

### **13.8. Pelaksanaan Dokumentasi Implementasi Keperawatan**

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

Ketika implementasi keperawatan baik yang dilakukan oleh Perawat Penanggung Jawab Asuhan (PPJA) dan Perawat Pelaksana (PP), semua implementasi tersebut haruslah didokumentasikan dengan baik dan lengkap. Hal ini berkaitan dengan unsur tanggung jawab dan tanggung gugat perawat. Pelaksanaan proses pendokumentasian implementasi keperawatan dapat dilakukan oleh PPJA dan PP seperti pada gambar di bawah ini:

 <b>Rumah Sakit Simulasi ULM</b> Alamat: Jl. A. Yani Km. 36,00 Banjarbaru 70714 Kalsel Telp./Fax. (0511) 4772745 website: www.keperawatan.ulm.ac.id			No.RM : _____ Nama : _____ Tgl lahir : _____ NIK e-KTP : _____					
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
	<input type="checkbox"/> Label SIKI 1 terpilih di Diagnosis terpilih <input type="checkbox"/> Label SIKI 2 terpilih di Diagnosis terpilih <input type="checkbox"/> Tindakan lainnya _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> dst			<input type="checkbox"/> Label SIKI 1 terpilih di Diagnosis terpilih <input type="checkbox"/> Label SIKI 2 terpilih di Diagnosis terpilih <input type="checkbox"/> Tindakan lainnya _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> dst			<input type="checkbox"/> Label SIKI 1 terpilih di Diagnosis terpilih <input type="checkbox"/> Label SIKI 2 terpilih di Diagnosis terpilih <input type="checkbox"/> Tindakan lainnya _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> dst	
<b>Evaluasi Nyeri</b>		<b>Pagi</b>		<b>Sore</b>		<b>Malam</b>		
Skala		__(essay)_____		__(essay)_____		__(essay)_____		
Lokasi		__(essay)_____		__(essay)_____		__(essay)_____		
Sifat		__(essay)_____		__(essay)_____		__(essay)_____		
Tindakan		__(essay)_____		__(essay)_____		__(essay)_____		
Manajemen Nyeri yang Dilakukan		__(essay)_____						

Gambar 13.6. Dokumentasi Implementasi Keperawatan yang Dapat Dilakukan oleh Seorang Perawat

Berdasarkan gambar 13.6 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.

### **13.9. Rangkuman**

Pelaksanaan implementasi keperawatan merupakan suatu kategori serangkaian perilaku perawat yang berkoordinasi dengan pasien serta keluarga, dan anggota Profesional Pemberi Asuhan (PPA) untuk membantu masalah kesehatan pasien yang sesuai dengan perencanaan dan kriteria hasil yang telah ditentukan sebelumnya. Implementasi dilakukan dengan cara mengobservasi, memberikan tindakan terapeutik, memberikan edukasi dan berkolaborasi untuk mencapai taraf kesehatan pasien yang lebih baik dan membantu coping pasien menuju ke arah adaptif.

Tahapan implementasi yang dilakukan perawat dapat dibedakan menjadi tahap persiapan dan tahap intervensi. Dalam tahap intervensi dibedakan sesuai dengan fungsi perawat yaitu implementasi independen, implementasi dependen dan implementasi interdependen. Penting bagi

seorang perawat untuk memahami terkait implementasi keperawatan yang diberikan kepada pasien kelolaan.

Pelaksanaan implementasi keperawatan yang dilakukan haruslah dilakukan pendokumentasian sehingga akuntabilitas pekerjaan perawat dapat secara baik dipertanggungjawabkan, dapat dipertanggunggugatkan bagaimana implementasi keperawatan ini dilakukan untuk menyelesaikan masalah keperawatan yang ada pada pasien serta mempunyai kekuatan di mata hukum.

### **13.10. Latihan**

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

1. Jelaskan pentingnya kemampuan berpikir kritis dalam implementasi keperawatan!
2. Jelaskan kategori yang ada dalam implementasi keperawatan!
3. Jelaskan bagaimana cara untuk mengefektifkan implementasi yang diberikan kepada pasien!
4. Jelaskan tahapan implementasi keperawatan!
5. Jelaskan peran perawat dalam implementasi mandiri!
6. Jelaskan peran perawat dalam implementasi interprofesional!
7. Berikan penjelasan mengenai contoh pendokumentasian implementasi keperawatan pada masalah keperawatan nyeri akut!

8. Berikan penjelasan mengenai contoh pendokumentasian implementasi keperawatan pada masalah keperawatan risiko infeksi!
9. Berikan penjelasan mengenai contoh pendokumentasian implementasi keperawatan pada masalah keperawatan risiko aspirasi!
10. Berikan penjelasan mengenai contoh pendokumentasian implementasi keperawatan pada masalah keperawatan risiko jatuh!

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

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

1. Keterampilan yang harus dimiliki seorang Ners pada tahap implementasi adalah ...
  - a. Mengorganisasi data
  - b. Pemeriksaan fisik
  - c. Teknik wawancara dan menulis
  - d. Komunikasi terapeutik
  - e. Psikomotor, interpersonal dan *critical thinking*
2. Keterampilan yang harus dimiliki seorang perawat yang terlihat pada kegiatan inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi adalah ...
  - a. Mengorganisasi data
  - b. Pemeriksaan fisik
  - c. Teknik wawancara dan menulis
  - d. Komunikasi terapeutik

- e. Psikomotor, interpersonal dan critical thinking
3. Contoh di bawah ini yang merupakan intervensi mandiri (*independent intervention*), yaitu ...
    - a. Mengajarkan pasien batuk efektif
    - b. Memberikan terapi analgetik pada pasien
    - c. Menerima delegasi pemasangan terapi intravena
    - d. Melaksanakan order pemberian obat oral
    - e. Penggunaan alat bantu jalan (kruk) dengan didampingi fisioterapis
  4. Tindakan independen yang sering dilakukan oleh seorang Ners adalah . . .
    - a. Melakukan pengambilan darah untuk cek AGD
    - b. Memberikan kompres hangat kepada pasien demam
    - c. Memberikan pengobatan analgesik
    - d. Memberikan injeksi melalui vena
    - e. Melakukan kompres dada bersama dokter
  5. Tindakan kolaborasi yang dilakukan oleh seorang Ners adalah...
    - a. Melakukan perawatan luka kepada pasien DM
    - b. Memberikan edukasi kepada pasien tentang penyakit DM
    - c. Memposisikan pasien semi fowler untuk memberikan rasa nyaman
    - d. Melakukan manajemen pengobatan untuk pasien
    - e. Memberikan kompres hangat kepada pasien demam
  6. Hal yang tidak perlu diperhatikan dalam melaporkan tindakan keperawatan adalah ...

- a. Waktu pelaksanaan
  - b. Tanda tangan
  - c. Nama pasien
  - d. Nama perawat yang tidak melakukan
  - e. Tanggal pelaksanaan
7. Ketika seorang Ners memutuskan untuk melakukan pembicaraan lebih jauh mengenai kondisi penyakit dan diet pasien kelolaannya dengan seorang nutrisionis maka implementasi yang dilakukan berupa tindakan ...
- a. *Independent*
  - b. Mandiri
  - c. *Dependent*
  - d. Ketergantungan
  - e. *Interdependent*
8. Ketika seorang Ners memutuskan untuk melakukan pemosisian semi fowler pada kondisi pasien yang sesak nafas maka implementasi yang dilakukan berupa tindakan ...
- a. *Independent*
  - b. Kolaborasi
  - c. *Dependent*
  - d. Ketergantungan
  - e. *Interdependent*
9. Ketika seorang Ners memutuskan untuk melaksanakan perawat luka sesuai dengan *advise* dari pihak medis maka implementasi yang dilakukan berupa tindakan ...
- a. *Independent*

- b. Mandiri
  - c. *Dependent*
  - d. Kolaborasi
  - e. *Interdependent*
10. Ketika seorang Ners melakukan pemeriksaan fisik berdasarkan pendekatan sistem atau *Head-to-toe* melalui pemeriksaan Inpeksi, Perkusi, Palpasi, dan Auskultasi kemudian dapat merumuskan suatu diagnosis keperawatan. Tindakan tersebut merupakan bentuk ...
- a. Tindakan Preventif
  - b. Tindakan Diagnostik
  - c. Tindakan Terapeutik
  - d. Tindakan Edukatif
  - e. Tindakan Merujuk
11. Ketika seorang Ners mengajarkan kepada pasien diabetes mellitus tentang cara melakukan aktivitas yang sesuai; cara pemberian insulin, dan mengenali tanda-tanda terjadinya hipoglikemia serta cara mengatasinya. Tindakan tersebut merupakan bentuk ...
- a. Tindakan Preventif
  - b. Tindakan Diagnostik
  - c. Tindakan Terapeutik
  - d. Tindakan Edukatif
  - e. Tindakan Merujuk
12. Ketika seorang Ners menemukan seorang pasien dengan kelemahan akibat stroke. Kemudian Ners

tersebut melakukan mobilisasi, memberikan bantal air pada bagian tubuh yang tertekan dan atau yang paralise. Tindakan tersebut merupakan bentuk ...

- a. Tindakan Preventif
  - b. Tindakan Diagnostik
  - c. Tindakan Terapeutik
  - d. Tindakan Edukatif
  - e. Tindakan Merujuk
13. Pendokumentasian implementasi keperawatan dengan memberikan pendidikan kesehatan pada pasien dan keluarga termasuk pendokumentasian implementasi...
- a. Observasi/Monitoring
  - b. Edukasi
  - c. Terapeutik
  - d. Kolaborasi
14. Pendokumentasian implementasi keperawatan dengan melakukan pemberian diet nutrisi bersama nutrisian termasuk pendokumentasian implementasi...
- a. Observasi/Monitoring
  - b. Edukasi
  - c. Terapeutik
  - d. Kolaborasi
15. Pendokumentasian implementasi keperawatan dengan memberikan manajemen nyeri berupa tindakan massase pada pasien termasuk pendokumentasian implementasi...
- a. Observasi/Monitoring

- b. Edukasi
  - c. Terapeutik
  - d. Kolaborasi
16. Pendokumentasian implementasi keperawatan dengan pemantauan tanda vital pasien setiap 2 jam perawatan termasuk pendokumentasian implementasi...
- a. Observasi/Monitoring
  - b. Edukasi
  - c. Terapeutik
  - d. Kolaborasi

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

17. Maksud dari seorang Ners harus mempunyai keterampilan interpersonal adalah ...
- 1. Kemampuan dalam berkomunikasi baik secara verbal dan nonverbal
  - 2. Kemampuan dalam menyelesaikan suatu tindakan keperawatan
  - 3. Kemampuan dalam mengajak pasien untuk berpartisipasi aktif dalam pembelajaran
  - 4. Keinginan untuk melakukan perubahan untuk pasien
18. Maksud dari seorang Ners harus mempunyai keterampilan psikomotor adalah ...
- 1. Mempunyai keterampilan dalam mengajarkan pada pasien

2. Pelaksanaan *discharge planning* pada pasien
  3. Melakukan tindakan sesuai dengan kebutuhan pasien
  4. Mengidentifikasi kebutuhan keseharian pasien
19. Maksud dari seorang Ners harus mempunyai keterampilan kognitif adalah ...
1. Memahami respon fisiologis dan psikologis normal dan abnormal
  2. Pelaksanaan *discharge planning* pada pasien
  3. Kebutuhan pendidikan kesehatan untuk pencegahan penyakit
  4. Mengidentifikasi kebutuhan keseharian pasien
20. Dalam menunjukkan asas akuntabilitas pekerjaan perawat dalam pendokumentasian, yang harus dilakukan perawat adalah membubuhkan...
1. Nama perawat
  2. Paraf perawat
  3. Waktu pelaksanaan
  4. Tempat pelaksanaan

### **13.11. Bahan Bacaan Pendukung**

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

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

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 XIV

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

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

#### 14.1. Deskripsi Singkat

Rangkaian proses keperawatan tidak cukup hanya dengan melakukan implementasi keperawatan, namun apa yang telah diimplementasikan tersebut haruslah dilakukan evaluasi untuk menentukan apakah implementasi keperawatan yang telah dilakukan mempunyai dampak perbaikan terhadap kondisi pasien yang dikelola atau sebaliknya. Pada bab keempat belas buku ini membahas tentang gambaran umum mengenai definisi evaluasi keperawatan, catatan perkembangan, konsep penulisan Subjektif-Objektif-Asesmen-Planning (SOAP) pada catatan perkembangan pasien, catatan perkembangan pasien terintegrasi, dan dokumentasi catatan perkembangan pasien terintegrasi juga dibahas dalam bab ini.

#### 14.2. Relevansi

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 kontinyu serta terintegrasi merupakan suatu keharusan yang dilaksanakan semua 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.

### **14.3. Kompetensi**

Setelah menyelesaikan bab ini, mahasiswa keperawatan sebagai peserta didik akan mempunyai kemampuan untuk:

1. Menjelaskan mengenai definisi evaluasi/catatan perkembangan
2. Menjelaskan mengenai konsep SOAP pada catatan perkembangan pasien
3. Menjelaskan mengenai konsep catatan perkembangan pasien terintegrasi
4. Mengaplikasikan pendokumentasian catatan perkembangan pasien terintegrasi

#### **14.4. 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.

Pelaksanaan 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.

#### **14.5. 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.

#### **14.6. 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:

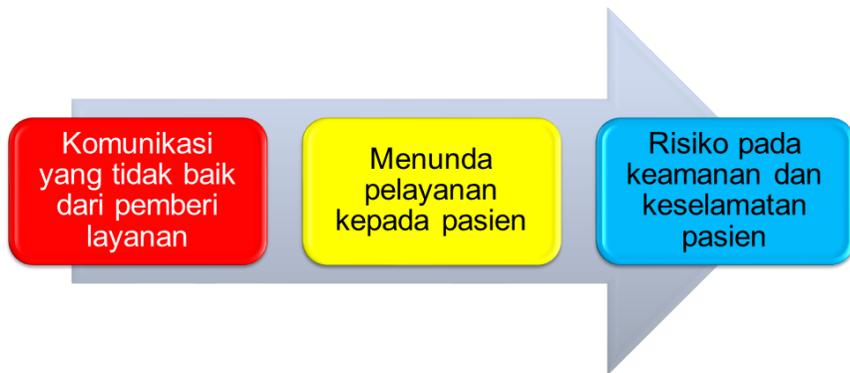
- a. Mendukung keamanan dan keselamatan pada masa perawatan pasien serta efektif dan efisiennya asuhan terintegrasi.
- b. Komunikasi yang baik diantara Profesional Pemberi Asuhan (PPA) guna memastikan semua anggota tim mengetahui tentang kondisi pasien selama perawatan.
- c. Memberikan informasi yang 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 14.1 Dampak dari CPPT yang Tidak Baik

#### **14.7. Konsep Subjektif-Objektif-Asesmen-Planning (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 Subjektif-Objektif-Asesmen-Planning (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 memberikan asuhan kepada 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, bahkan bisa lebih jika bersesuaian dengan kondisi pasien. 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><b>S:</b> mengeluhkan nyeri pada bagian perut bawah sebelah kanan, merasakan lemas</p> <p><b>O:</b> TD: 120/80 mmHg, N: 90 kali/menit, R: 18 kali/menit, T: 38,5C, Tk nyeri 5, turgor kulit &gt; 2 detik (jelek), mobilisasi terganggu, skala kekuatan otot 4/4 sinistra, 4/4 dekstra, ADL dibantu sebagian</p> <p><b>A:</b> Nyeri akut, Hipertermia, Defisiensi volume cairan, Risiko jatuh, Hambatan mobilitas fisik, Keletihan</p> <p><b>P:</b> 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><b>Sore: Untuk PP Siang</b> 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><b>Malam: Untuk PP Malam</b> 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 <b>PP Siang</b> TTD</p> <p>Verifikasi <b>Ns. N</b> 24/10/19 TTD</p>

Gambar 14.2. Contoh CPPT Shift Dinas Pagi yang Memperlihatkan Komunikasi Tertulis yang Dilakukan oleh PPJA

Berdasarkan gambar 14.2 dapat dilihat bahwa pada contoh di atas Ns.N selaku Perawat Penanggung Jawab Asuhan (PPJA) menuliskan instruksi kepada 2 *shift* perawat setelahnya yang akan berdinasi 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. Hal ini yang menjadi bekal bagi perawat pengganti PPJA yang akan meneruskan asuhan terhadap pasien kelolaan.

Instruksi yang diberikan oleh seorang PPJA kepada perawat yang melanjutkan *shift* dinas diharapkan menjadi bekal untuk perawat menjalankan asuhan kepada pasien yang dikelola. 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><b>S:</b> mengeluhkan nyeri pada bagian perut bawah sebelah kanan, merasakan lemas</p> <p><b>O:</b> TD: 130/80 mmHg, N: 88 kali/menit, R: 18 kali/menit, T: 37,5C, Tk nyeri 5, turgor kulit &gt; 2 detik (jelek), <b>tidak tersedia ROM, minum 600cc</b>, skala kekuatan otot 4/4 sinistra, 4/4 dekstra, risiko jatuh tinggi, ADL dibantu sebagian, <b>lab urine dan darah belum ada hasil</b></p> <p><b>A:</b> Nyeri akut, Defisiensi volume cairan, Risiko jatuh, Hambatan mobilitas fisik, Keletihan</p> <p><b>P:</b> Nyeri Tk 3, Minum 400cc</p>	<p><b>Malam: Untuk PP Malam</b> 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 <b>PP Malam</b> TTD</p> <p>Verifikasi <b>Ns. N</b> 24/10/19 TTD</p>

**Catatan:**  
Diagnosis ditetapkan oleh Ns. N selaku PPJA, jika ditetapkan oleh PP karena ada perburukan kondisi maka harus diverifikasi oleh Ns. N

Gambar 14.3. Contoh CPPT Shift Dinas Siang yang Biasanya Dilakukan Perawat

Berdasarkan gambar 14.3 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.

Komunikasi yang terjadi melalui catatan perkembangan pasien terintegrasi memungkinkan untuk para Profesional Pemberi Asuhan (PPA) menjaga kontinuitas asuhan terintegrasi. Jika terjadi perubahan kondisi pasien atau adanya perubahan jalannya asuhan dikarenakan perubahan kondisi pasien, maka dapat tercermin di dalam catatan perkembangan pasien terintegrasi. Segala macam perubahan yang terjadi pada pasien akan mudah terpantau oleh PPJA sebagai *leader* asuhan keperawatan serta DPJP sebagai *clinical team leader* secara keseluruhan PPA.

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><b>S:</b> mengatakan nyeri berkuang, masih merasakan lemas</p> <p><b>O:</b> dapat tidur 7 jam dari 22.00 sd 05.00 wita,</p> <p><b>TD: 120/80 mmHg, N: 86 kali/menit, R: 16 kali/menit, T: 37C,</b> Tk nyeri 3, turgor kulit 2 detik (kurang baik), urine 500cc keruh, ganti kateter, risiko jatuh tinggi, <b>ROM aktif, minum 400cc,</b> skala kekuatan otot 4/4 sinistra, 4/4 dekstra, ADL dibantu sebagian, <b>lab urine dan darah terlampir</b></p> <p><b>A:</b> Nyeri akut, Defisiensi volume cairan, Risiko jatuh, Hambatan mobilitas fisik, Keletihan</p>	Info akan cek resistensi antibiotik	<p>PP Malam</p> <p>Timbang terima ke Ns. N TTD</p> <p>Verifikasi DPJP 24/10/19 TTD</p>

**Catatan:**  
Paraf DPJP sebagai bukti bahwa DPJP sudah membaca perkembangan pasien yang dimonitor oleh keperawatan yang kemudian dipakai sebagai salah satu bahan pengambilan keputusan.

Gambar 14.4. Contoh CPPT *Shift* Dinas Malam yang Biasanya Dilakukan Perawat

Berdasarkan gambar 14.4 terlihat bahwa *shift* dinas malam berusaha 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.

#### **14.8. 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) yang dilakukan.

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 Subjektif-Objektif-Asesmen-Planning (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 *review* dan validasi.

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.

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.

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.

#### **14.9. 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 sesuai penelitian Muryani, Pertiwiwati, Setiawan (2019). Hal ini memerlukan upaya yang serius untuk perbaikan kualitas pendokumentasian asuhan keperawatan.

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

#### **14.10. Rangkuman**

Evaluasi keperawatan dapat diartikan sebagai kegiatan untuk membandingkan hasil capaian atas implementasi keperawatan yang dilakukan dengan luaran keperawatan yang telah ditetapkan sebelumnya. Jika hasil yang ditemukan sesuai dengan luaran keperawatan yang

ditetapkan maka pada tahap evaluasi dapat disimpulkan bahwa masalah teratasi, dan jika tidak sesuai dengan luaran keperawatan maka dapat dikatakan masalah tidak teratasi dan jika masalah hanya sebagian teratasi maka dapat disimpulkan bahwa masalah teratasi sebagian.

Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi (CPPT) merupakan sarana bagi Profesional Pemberi Asuhan (PPA) untuk mengintegrasikan asuhannya, saling memberikan informasi, saling mengoreksi dan memberi masukan demi kesinambungan asuhan. Pelaksanaan asesmen ulang yang dilakukan haruslah dilakukan pendokumentasian di CPPT sehingga akuntabilitas pekerjaan perawat dan Profesional Pemberi Asuhan (PPA) lainnya dapat dipertanggungjawabkan, dapat dipertanggunggugatkan.

#### **14.11. Latihan**

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

1. Jelaskan mengenai evaluasi keperawatan yang dapat dilakukan seorang perawat!
2. Jelaskan tujuan evaluasi keperawatan yang dilakukan seorang perawat!
3. Jelaskan manfaat evaluasi keperawatan yang dilakukan seorang perawat!
4. Jelaskan bagaimana seorang perawat mengatakan evaluasi berhasil jika dikaitkan dengan luaran yang telah ditetapkan!

5. Jelaskan pentingnya CPPT bagi perawat!
6. Jelaskan pentingnya CPPT dalam asuhan terintegrasi!
7. Jelaskan mengapa CPPT harus terintegrasi antar perawat dengan Profesional Pemberi Asuhan (PPA) lainnya!
8. Jelaskan mengapa instruksi penting diberikan oleh PPJA kepada perawat pelaksana!

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

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

1. Kegiatan yang harus dilakukan seorang Ners jika pada tahap evaluasi di analisis bahwa masalah belum teratasi adalah ...
  - a. Melakukan perubahan pada *outcomes* dengan mengidentifikasi kembali kriteria hasil yang sudah dibuat
  - b. Melakukan asesmen ulang terhadap pasien melalui berbagai sumber (*reassessment*)
  - c. Melakukan perubahan pada intervensi keperawatan (lihat NIC kembali)
  - d. Mengidentifikasi kembali masalah keperawatan yang pernah dirumuskan dan merubahnya
  - e. Melakukan pengumpulan data berdasarkan berbagai pendekatan

2. Indikator yang dapat terlihat ketika pasien dapat mengulang kembali informasi yang disampaikan dalam intervensi keperawatan berupa pendidikan kesehatan adalah ...
  - a. Kognitif
  - b. Afektif
  - c. Psikomotor
  - d. Keterampilan
  - e. Perubahan fungsi tubuh dan gejala
3. Ketika melakukan implementasi keperawatan dalam mengatasi diagnosis hipertermia seorang Ners memberikan kompres dingin karena menganggap suhu badan pasien sudah terlalu panas, setelah 15 menit Ners tersebut melakukan evaluasi dan ternyata panas tidak turun. Hasil evaluasi yang didapatkan adalah ...
  - a. Tujuan tercapai
  - b. Tujuan tercapai sebagian
  - c. Tujuan kurang tercapai
  - d. Tujuan belum tercapai
  - e. Tujuan tidak tercapai
4. Ketika seorang Ners melakukan evaluasi terhadap asuhan keperawatan yang dilaksanakan didapatkan hasil evaluasi berupa tujuan tercapai, apa langkah selanjutnya dari Ners tersebut:
  - a. Lakukan pengkajian ulang
  - b. Lanjutkan intervensi
  - c. Modifikasi intervensi

- d. Evaluasi kembali intervensi
  - e. Hentikan intervensi
5. Indikator yang dapat terlihat ketika pasien mengatakan menerima segala macam saran yang disampaikan dalam intervensi keperawatan adalah ...
- a. Kognitif
  - b. Afektif
  - c. Psikomotor
  - d. Keterampilan
  - e. Perubahan fungsi tubuh dan gejala
6. Indikator yang dapat terlihat ketika pasien dapat mempraktikkan ulang mengenai hal yang diajarkan dalam intervensi keperawatan adalah ...
- a. Kognitif
  - b. Afektif
  - c. Psikomotor
  - d. Pengetahuan
  - e. Perubahan fungsi tubuh dan gejala
7. Evaluasi yang sering digunakan dalam praktik keperawatan adalah
- a. SOAPII
  - b. SOAPIER
  - c. SOAP
  - d. SOA
  - e. SOP
8. Perawat mendapatkan data persepsi dari pasien berupa keluhan yang dirasakan pasien. Data tersebut

akan ditulis oleh perawat di lembar evaluasi pasien.

Data tersebut adalah data...

- a. Implementasi
- b. Analisis
- c. Objektif
- d. Subjektif
- e. Perencanaan

9. Perawat mendapatkan data hasil pemeriksaan fisik. Data tersebut akan ditulis oleh perawat di lembar evaluasi pasien. Data tersebut adalah data...

- a. Implementasi
- b. Analisis
- c. Objektif
- d. Subjektif
- e. Perencanaan

10. Jika perawat ingin mengetahui rencana tindak lanjut dari pasien pada lembar evaluasi, maka perawat mengecek di bagian . . . .

- a. Implementasi
- b. Analisis
- c. Objektif
- d. Subjektif
- e. Perencanaan

11. Kegunaan CPPT dalam pelayanan kesehatan pasien adalah...

- a. Mendukung keamanan dan perawatan pasien yang tidak efektif

- b. Mengurangi pembiayaan rumah sakit
  - c. Menambah lama perawatan
  - d. Mendukung tenaga kesehatan untuk mendapatkan keuntungan sebesar-besarnya
  - e. Membangun komunikasi dalam tim kesehatan
12. Kapanjangan CPPT adalah...
- a. Catatan perkembangan perawat terpusat
  - b. Catatan perkembangan pasien terpusat
  - c. Catatan perkembangan pasien terpadu
  - d. Catatan perkembangan perawat terintegrasi
  - e. Catatan perkembangan pasien terintegrasi
13. Catatan perkembangan pasien terintegrasi untuk keperawatan merupakan tanggung jawab seorang...
- a. Dokter
  - b. Gizi
  - c. Bidan
  - d. Perawat DIII (pelaksana)
  - e. Perawat Ners (PPJA)
14. Hal yang tidak harus diperhatikan dalam pengisian CPPT adalah . . .
- a. Waktu pelaksanaan tindakan
  - b. Tanda tangan
  - c. Nama penunggu pasien
  - d. Waktu penulisan
  - e. Tanggal pelaksanaan
15. CPPT seharusnya diisi oleh . . .
- a. Dokter

- b. Gizi
  - c. Bidan
  - d. Perawat
  - e. Profesional pemberi asuhan (PPA) terkait
16. Guna memastikan asuhan keperawatan berjalan simultan selama 24 jam, penting bagi seorang PPJA memberikan... kepada perawat pelaksana yang akan meneruskan perawatan pasien di bawah tanggung jawabnya.
- a. Instruksi
  - b. Kolaborasi
  - c. Intervensi
  - d. Implementasi
  - e. Evaluasi

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

17. Dalam evaluasi keperawatan, tujuan khusus yang diharapkan antara lain:
- 1. Mengakhiri rencana tindakan keperawatan
  - 2. Menyatakan apakah tujuan keperawatan telah tercapai atau belum
  - 3. Memodifikasi rencana tindakan keperawatan
  - 4. Meningkatkan kualitas asuhan keperawatan
18. Dalam pelaksanaan proses keperawatan, manfaat dari evaluasi keperawatan adalah:

1. Menentukan perkembangan kesehatan pasien
  2. Menilai efektifitas, efisiensi dan produktivitas asuhan keperawatan yang diberikan
  3. Menilai pelaksanaan asuhan keperawatan
  4. Menunjang tanggung gugat dan tanggung jawab dalam pelaksanaan keperawatan
19. Seorang Ners menilai jalannya pelaksanaan proses keperawatan sesuai dengan situasi, kondisi dan kebutuhan pasien. Evaluasi dilaksanakan segera setelah perencanaan keperawatan dilaksanakan untuk membantu keefektifan terhadap tindakan keperawatan. Evaluasi ini disebut juga dengan :
1. Evaluasi hasil
  2. Evaluasi proses
  3. Evaluasi sumatif
  4. Evaluasi pelaksanaan
20. Ketika seorang Ners menemukan tujuan tercapai sebagian, apa yang dilakukan terhadap intervensi keperawatan yang telah disusun ...
1. Melakukan modifikasi cara pemberian intervensi
  2. Mengganti sebagian intervensi awal yang telah ditulis
  3. Menggunakan bahasa yang mudah dimengerti dalam pendidikan kesehatan
  4. Mengganti semua intervensi yang telah dirumuskan

## 14.12. Bahan Bacaan Pendukung

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

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.

**Akuntabilitas**, ukuran tanggung jawab yang dapat dibuktikan dan diperlihatkan kepada orang lain secara langsung

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

**Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi (CPPT)**, merupakan 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.

**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. Diagnosis keperawatan dapat berupa diagnosis actual, risiko, promosi kesehatan dan *syndrome*.

**Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP)**, 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.

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

**Dokumentasi**, suatu cara untuk membuktikan pelaksanaan suatu pekerjaan melalui pencatatan.

**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*

**Edukasi**, merupakan segala keadaan, hal, peristiwa, kejadian, atau tentang suatu proses pengubahan 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.

**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.

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

**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.

**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.

**Keperawatan**, merupakan kegiatan pemberian asuhan kepada individu, keluarga, kelompok, atau masyarakat, baik dalam

keadaan sakit maupun sehat.

**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 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.

**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.

**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 menghindari 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.

**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 dijalakan oleh PPA lainnya berupa *advise*.

**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.

**Profesional Pemberi Asuhan (PPA)**, 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.

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

**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)**, merupakan standarisasi yang diterapkan pada tatanan Rumah Sakit yang berbasis pada peningkatan mutu dan keselamatan pasien bersumber pada KMK 1128/2022.

**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.

**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

# INDEKS

## A

Advise, 284  
Afektif, 275, 276, 284  
Aktual, xxii, xxiii, 108, 128, 138,  
139, 140, 141, 284  
*Asesmen*, xx, xxiii, 39, 125,  
163, 172, 177, 211, 219, 249,  
258, 259, 269, 284  
Asesmen keperawatan, 172,  
177, 211  
Asuhan keperawatan, xxviii

## C

*Caring*, 247, 284  
Catatan Perkembangan Pasien  
Terintegrasi, xx, 67, 233,  
234, 255, 256, 257, 258, 259,  
269, 273, 285  
CPPT, xxvii, xxxi, 67, 233, 234,  
255, 256, 257, 258, 259, 261,  
265, 268, 269, 273, 274, 278,  
279, 285, 245  
*Curing*, 285

## D

Deskriptor, xxii, xxvi, 103, 139,  
193, 208, 209, 285  
Diagnosis keperawatan, 44, 82,  
84, 85, 86, 91, 92, 94, 97,  
101, 116, 125, 132, 133, 172,  
177, 285  
Dokter Penanggung Jawab  
Pelayanan, 60, 69, 268, 285  
Domain, 286

DPJP, 60, 61, 69, 231, 265,  
268, 285

## E

Edukasi, 208, 209, 210, 244,  
245, 286  
Evaluasi keperawatan, 172,  
177, 211, 252, 272, 286

## F

Faktor risiko, 110, 287  
Fisik, 193, 194, 201, 202  
Fokus diagnostik, 139

## H

Hirarki Maslow, xxi, 36, 48, 287  
HK.01.07/MENKES/425/2020,  
90, 95, 132, 134, 142, 143,  
178, 180, 212

## I

ICP, 114, 115, 133, 135, 287  
Implementasi keperawatan,  
177, 215, 216, 221, 237, 287  
Instruksi, 262, 279, 287  
*Integrated Clinical Pathways*,  
xxiii, 114, 115, 133, 135, 287  
Intervensi keperawatan, 65, 67,  
85, 86, 144, 150, 181, 182,  
189, 198, 203, 211, 219, 288

## K

Kategori, xviii, xxi, xxii, xxiii,  
xxv, 93, 99, 117, 118, 119,  
120, 121, 122, 123, 138, 148,  
185, 186, 207, 288

Kelas, 286

Keperawatan, i, ii, iii, iv, v, vii,  
ix, xi, xiii, xv, xvi, xvii, xviii,  
xix, xx, xxi, xxii, xxiii, xxiv,  
xxv, xxvi, xxvii, xxix, xxxi,  
xxxii, 35, 38, 42, 43, 44, 45,  
54, 56, 58, 59, 62, 65, 67, 68,  
70, 74, 75, 88, 89, 90, 92, 93,  
94, 95, 96, 97, 98, 99, 100,  
101, 102, 103, 104, 105, 106,  
107, 108, 109, 111, 112, 113,  
116, 117, 124, 125, 127, 128,  
129, 130, 131, 132, 133, 135,  
136, 137, 142, 143, 144, 145,  
147, 148, 149, 151, 152, 153,  
154, 155, 156, 157, 159, 160,  
161, 162, 163, 165, 166, 167,  
168, 169, 170, 179, 180, 181,  
183, 184, 185, 186, 188, 190,  
191, 192, 193, 195, 196, 197,  
198, 199, 201, 202, 203, 204,  
205, 211, 212, 213, 216, 218,  
221, 226, 232, 236, 237, 247,  
248, 268, 271, 281, 282, 288,  
289, 244, 245, 246, 247, 248

Kognitif, 275, 276

Kolaborasi, xxvii, 62, 209, 210,  
231, 242, 243, 244, 245, 247,  
279, 288

Kondisi klinis, 112, 288

## L

Luaran keperawatan, 62, 63,  
84, 85, 86, 144, 145, 146,

150, 156, 163, 164, 167, 170,  
172, 199, 211, 289

## M

Masalah keperawatan, 126,  
289

## N

NANDA-*International*, xxx, 64,  
66, 77, 78, 100, 133, 251,  
253, 289

NIC, iv, xvi, xxxi, 55, 58, 65, 66,  
77, 79, 83, 89, 204, 206, 247,  
274, 281, 245

NOC, iv, xvi, xxxi, 55, 58, 62,  
64, 77, 79, 83, 89, 170, 247,  
282, 245

## O

Objektif, xx, 249, 258, 269,  
277, 289

## P

PAK, xxiii, 113, 115, 116, 133,  
289

Panduan Asuhan

Keperawatan, 113, 115, 116,  
133

Pasien, ix, xiii, xix, xx, xxi, xxv,  
xxvi, xxvii, xxxi, 43, 44, 63,  
67, 87, 190, 195, 229, 230,  
233, 234, 247, 248, 250, 255,  
256, 257, 258, 259, 269, 273,  
285, 290, 245

Perawat, i, ii, iii, iv, vii, xi, xv,  
xvi, xix, xx, xxi, xxiii, xxvi,

- xxvii, xxviii, xxix, xxx, xxxi,  
36, 38, 41, 43, 44, 55, 59, 61,  
62, 65, 68, 70, 76, 82, 84, 91,  
92, 94, 95, 96, 116, 127, 132,  
142, 163, 178, 195, 196, 197,  
198, 199, 212, 216, 217, 220,  
221, 224, 226, 228, 232, 233,  
234, 236, 237, 247, 248, 251,  
257, 259, 262, 265, 268, 269,  
270, 271, 277, 278, 279, 282,  
290, 291, 244, 246, 247
- Perawat Penanggung Jawab  
Asuhan, i, ii, iii, iv, vii, xi, xv,  
xvi, xix, xx, xxviii, xxix, xxx,  
xxxii, 38, 55, 61, 62, 65, 70,  
76, 91, 216, 221, 232, 233,  
234, 236, 259, 262, 268, 269,  
270, 271, 290, 244, 246
- Perencanaan keperawatan, 55,  
57, 58, 61, 76, 81, 82, 177,  
214, 290
- Perencanaan medis, 61, 77,  
290
- Persatuan Perawat Nasional  
Indonesia, 92, 94, 95, 116,  
163, 199, 291
- PPA, xxvii, xxviii, xxix, 67, 69,  
115, 191, 197, 198, 204, 215,  
217, 225, 226, 229, 230, 231,  
235, 238, 250, 256, 257, 259,  
262, 265, 268, 273, 274, 279,  
284, 285, 287, 288, 290, 291,  
293, 244
- PPJA, i, ii, iii, iv, xv, xvi, xix, xx,  
xxi, xxvii, xxviii, xxix, xxx,  
xxxii, 38, 39, 40, 41, 42, 45,  
56, 61, 62, 63, 65, 66, 68, 70,  
71, 72, 73, 74, 75, 76, 91,  
216, 230, 232, 233, 234, 236,  
259, 261, 262, 265, 268, 269,  
270, 271, 274, 278, 279, 290,  
244, 246
- PPNI, 92, 94, 95, 116, 134,  
144, 163, 179, 181, 199, 212,  
247
- Praktik, viii, xii, xv, xxvi, 96,  
114, 228, 289
- Prioritas masalah, 35
- Profesional, xxvii, xxviii, xxix,  
67, 69, 82, 115, 191, 217,  
225, 226, 230, 231, 235, 238,  
248, 250, 256, 257, 258, 259,  
262, 265, 273, 274, 279, 284,  
285, 287, 288, 291, 244
- Profesional Pemberi Asuhan,  
69, 115, 217, 225, 226, 230,  
231, 238, 250, 256, 257, 259,  
262, 273, 274, 287
- Promosi kesehatan, 138, 139,  
140, 141, 291
- Psikomotor, 240, 241, 275,  
276, 291
- ## R
- Risiko, xxii, xxiii, 47, 50, 109,  
117, 118, 119, 120, 122, 123,  
124, 130, 138, 139, 140, 141,  
291
- ## S
- SDKI, iv, ix, xiii, xvi, xvii, xxi,  
xxii, xxiii, xxiv, xxvi, xxxi, 90,  
92, 93, 94, 95, 96, 97, 98,  
100, 103, 104, 107, 112, 113,  
115, 116, 117, 128, 129, 130,  
131, 132, 133, 134, 135, 136,  
137, 142, 144, 147, 149, 150,  
161, 164, 170, 181, 184, 185,

- 186, 189, 199, 200, 202, 203, 211, 288, 292, 293, 245
- SIKI, iv, ix, xiii, xvii, xviii, xxiii, xxv, xxvi, xxxi, 117, 144, 147, 149, 150, 164, 180, 181, 182, 184, 185, 186, 187, 188, 189, 191, 192, 193, 198, 199, 200, 202, 203, 204, 205, 206, 211, 212, 292, 245
- SLKI, iv, ix, xiii, xvii, xviii, xxiii, xxiv, xxv, xxxi, 117, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 161, 163, 164, 165, 166, 167, 169, 170, 172, 173, 176, 177, 179, 181, 199, 211, 292, 245
- SMART, xvi, xxiv, 62, 63, 79, 83, 88, 156, 157, 170, 171, 175, 176, 292
- SOAP, xx, 249, 251, 258, 269, 270, 277, 292
- Standar Akreditasi Rumah Sakit, v, xx, xxx, 142, 178, 212, 250, 258, 271, 292, 246
- STARKES, v, xx, 250, 258, 271, 292
- Subjektif, xx, 249, 258, 269, 277, 278, 293
- Subkategori, xviii, xxi, xxii, xxiii, xxv, 93, 99, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 148, 187, 188, 293
- T**
- Terapeutik, 209, 210, 228, 243, 244, 245
- Tindakan keperawatan, 223, 232, 293

# KUNCI JAWABAN LATIHAN

## KUNCI JAWABAN BAB 8

- |      |       |
|------|-------|
| 1. A | 9. E  |
| 2. E | 10. E |
| 3. A | 11. C |
| 4. D | 12. A |
| 5. C | 13. B |
| 6. B | 14. B |
| 7. A | 15. A |
| 8. A |       |

## KUNCI JAWABAN BAB 9

- |       |       |
|-------|-------|
| 1. B  | 14. E |
| 2. D  | 15. B |
| 3. C  | 16. C |
| 4. B  | 17. C |
| 5. D  | 18. E |
| 6. A  | 19. C |
| 7. B  | 20. C |
| 8. B  | 21. B |
| 9. A  | 22. C |
| 10. B | 23. A |
| 11. C | 24. E |
| 12. C | 25. D |
| 13. B |       |

### **KUNCI JAWABAN BAB 10**

- |       |       |
|-------|-------|
| 1. B  | 11. A |
| 2. C  | 12. B |
| 3. A  | 13. E |
| 4. A  | 14. A |
| 5. B  | 15. A |
| 6. D  | 16. A |
| 7. B  | 17. C |
| 8. A  | 18. A |
| 9. C  | 19. B |
| 10. D | 20. C |

### **KUNCI JAWABAN BAB 11**

- |       |       |
|-------|-------|
| 1. C  | 11. A |
| 2. B  | 12. D |
| 3. A  | 13. E |
| 4. A  | 14. E |
| 5. E  | 15. D |
| 6. E  | 16. B |
| 7. E  | 17. E |
| 8. E  | 18. D |
| 9. A  | 19. D |
| 10. E | 20. B |

## **KUNCI JAWABAN BAB 12**

- |       |       |
|-------|-------|
| 1. B  | 11. A |
| 2. A  | 12. D |
| 3. D  | 13. B |
| 4. A  | 14. C |
| 5. D  | 15. B |
| 6. D  | 16. B |
| 7. E  | 17. B |
| 8. C  | 18. C |
| 9. D  | 19. B |
| 10. A | 20. C |

## **KUNCI JAWABAN BAB 13**

- |       |       |
|-------|-------|
| 1. E  | 11. A |
| 2. B  | 12. C |
| 3. B  | 13. B |
| 4. B  | 14. D |
| 5. A  | 15. C |
| 6. A  | 16. E |
| 7. B  | 17. D |
| 8. D  | 18. C |
| 9. D  | 19. A |
| 10. E | 20. A |

## KUNCI JAWABAN BAB 14

- |       |       |
|-------|-------|
| 1. B  | 11. C |
| 2. A  | 12. D |
| 3. E  | 13. C |
| 4. E  | 14. E |
| 5. B  | 15. E |
| 6. C  | 16. E |
| 7. A  | 17. E |
| 8. E  | 18. C |
| 9. C  | 19. E |
| 10. B | 20. A |

## SINOPSIS

Buku ajar dengan judul “**Proses Keperawatan & Berpikir Kritis: Persiapkan Diri Menjadi Perawat Penanggung Jawab Asuhan (PPJA) di Era Akreditasi Rumah Sakit Jilid 2**” mendeskripsikan bagaimana mahasiswa keperawatan sebagai peserta didik mencoba untuk mempersiapkan dirinya baik itu di ranah kognitif, afektif dan psikomotor untuk menjadi seorang Perawat Penanggung Jawab Asuhan (PPJA). Tantangan ke depannya dimana seorang PPJA memiliki peran dan tanggung jawab besar dalam asuhan keperawatan pasien dari *admission to discharge* dalam praktiknya di era akreditasi rumah sakit.

Pada era akreditasi rumah sakit seperti sekarang ini, perawat dituntut untuk menjadi profesional di keseharian praktiknya dan diharapkan dapat menjadi penanggung jawab asuhan yang berkualitas dengan memperhatikan keamanan dan keselamatan pasien. Hal ini cukup beralasan karena perawat merupakan disiplin ilmu yang paling banyak secara jumlah dan paling lama berada di sisi pasien. Penting untuk PPJA memahami peran dan fungsinya di tatanan klinik karena rumah sakit yang merupakan suatu institusi padat karya, padat tanggung jawab, perawat selalu berinteraksi dengan Profesional Pemberi Asuhan (PPA) lainnya dalam asuhan terintegrasi yang menempatkan pasien dan keluarga di tengah asuhan terintegrasi atau sering disebut *Patient Center Care (PCC)*.

Buku ajar ini dipersiapkan oleh tim Dosen sebagai pelengkap mata kuliah Proses Keperawatan & Berpikir Kritis

akan menjelaskan bagaimana pentingnya profesionalitas seorang PPJA dalam asuhan yang mengedepankan kemampuan berpikir kritis, profesionalitas dalam profesi serta memahami peran dan fungsinya. Mata kuliah ini berisi 14 Bab, dimana tiap babnya selain terdapat pembahasan berupa konsep dan teori, juga disajikan rangkuman, latihan dan tes formatif. Sehingga dengan kelengkapan yang ada pada tiap-tiap Bab dapat mempermudah pembaca dalam memahami mata kuliah Proses Keperawatan & Berpikir Kritis.

Dikarenakan mata kuliah Proses Keperawatan & Berpikir Kritis terdiri dari 14 pertemuan maka Buku Ajar yang ditulis terbagi menjadi jilid 1 dan jilid 2. Pada Buku Ajar jilid 2 ini terdiri dari Bab 8 terkait konsep dan prinsip pengambilan keputusan prioritas. Pada Bab 9 terkait perencanaan keperawatan (penggunaan NOC dan NIC). Pada Bab 10 terkait penggunaan SDKI sebagai Standar Keperawatan Indonesia. Pada Bab 11 terkait penggunaan SLKI sebagai Standar Keperawatan Indonesia. Pada Bab 12 terkait penggunaan SIKI sebagai Standar Keperawatan Indonesia. Pada Bab 13 terkait implementasi keperawatan. Pada Bab 14 terkait konsep evaluasi keperawatan/Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi (CPPT).

Demikian sinopsis singkat terkait Buku Ajar jilid 2 mata kuliah Proses Keperawatan & Berpikir Kritis, semoga dapat membantu pembaca dalam memantaskan diri menjadi perawat profesional dalam hal ini seorang PPJA.

## 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 Buku Ajar “PROSES KEPERAWATAN & BERPIKIR KRITIS: PERSIAPKAN DIRI MENJADI PERAWAT PENANGGUNG JAWAB ASUHAN (PPJA) DI ERA AKREDITASI RUMAH SAKIT JILID 2” merupakan karya kedua yang telah mengintegrasikan konsep Proses Asuhan Keperawatan dengan amanah Akreditasi Rumah Sakit saat ini. Buku pertamanya berjudul Asuhan Keperawatan di Era Akreditasi Rumah Sakit. Melalui buku ini diharapkan perawat maupun calon perawat yang nantinya bertransformasi menjadi Perawat Penanggung Jawab Asuhan (PPJA) dapat belajar sedini mungkin untuk mempersiapkan diri guna siap menjadi profesional di tatanan tata kelola keperawatan di Rumah Sakit pada era serba terintegrasi sesuai tuntutan Akreditasi Rumah Sakit terkini.

Email Penulis: [ners\\_herry@ulm.ac.id](mailto:ners_herry@ulm.ac.id)

## TENTANG PENULIS



### **Agianto, S.Kep., Ns., M.N.S., Ph.D.**

Lahir di Banjarmasin, 18 Agustus 1982. Menempuh pendidikan tinggi pertama yaitu Diploma III Keperawatan di STIKes Suaka Insan Banjarmasin, kemudian menempuh pendidikan Sarjana Keperawatan dan Profesi Ners di Universitas Gadjah Mada Yogyakarta dan memperoleh kesempatan untuk melanjutkan

pendidikan ke jenjang yang lebih tinggi yaitu *Master of Nursing Science* (M.N.S.) dan *Doctor of Philosophy* (Ph.D.) di Khon Kaen University, Thailand.

Merupakan seorang dosen di Program Studi Keperawatan, Fakultas Kedokteran, Universitas Lambung Mangkurat sejak tahun 2008. Menjadi Koordinator Program Studi Keperawatan sejak tahun 2020. Aktif juga di organisasi profesi perawat sebagai Ketua Himpunan Perawat Medikal Bedah Indonesia (HIPMEBI) Provinsi Kalimantan Selatan dan menjadi Ketua Divisi Penelitian, Sistem Informasi dan Komunikasi DPW PPNI Kalimantan Selatan periode 2022-2027. Pada tahun 2022 telah lulus dan akan bertugas menjadi Asesor LAM-PTKes.

Buku Buku Ajar "PROSES KEPERAWATAN & BERPIKIR KRITIS: PERSIAPKAN DIRI MENJADI PERAWAT PENANGGUNG JAWAB ASUHAN (PPJA) DI ERA AKREDITASI RUMAH SAKIT JILID 2" merupakan buku yang mempresentasikan secara sederhana tentang bagaimana peran perawat dalam asuhan keperawatan di era akreditasi rumah sakit yang menuntut kemampuan perawat dalam hal *clinical reasoning*, *clinical judgment*, *decision making*, dan *problem solving* dengan mengedepankan *creative thinking*.

Email Penulis: [agianto@ulm.ac.id](mailto:agianto@ulm.ac.id)

## TENTANG PENULIS



**Novi Mustahdiati Nasri, S.Kep., Ns., M.Kep.** merupakan seorang wanita kelahiran Kandangan, 16 November 1991 yang berprofesi sebagai perawat. Menempuh Pendidikan Sarjana Keperawatan di Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat sekaligus menyelesaikan Pendidikan Profesi Ners di kampus yang sama, penulis kemudian melanjutkan pendidikan magister

keperawatan di Program Studi Magister Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya peminatan Keperawatan Gawat Darurat. Saat ini penulis bekerja di Ruang Camar (bangsal penyakit dalam) Rumah Sakit Daerah Idaman Kota Banjarbaru dan juga menjadi dosen luar biasa di Program Studi Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat, serta menjadi *co founder* PT. Lentera Buana Medica dan RN Wound Care Center yang bergerak dalam bisnis jasa perawatan luka dan distribusi balutan luka modern. Selain itu, penulis juga aktif menjadi pengurus dalam organisasi profesi perawat baik tingkat pengurus daerah maupun komisariat.

Buku Ajar “PROSES KEPERAWATAN & BERPIKIR KRITIS: PERSIAPKAN DIRI MENJADI PERAWAT PENANGGUNG JAWAB ASUHAN (PPJA) DI ERA AKREDITASI RUMAH SAKIT JILID 1” merupakan buku yang sangat relevan menjabarkan kompetensi apa saja yang perlu dimiliki oleh seorang Penanggung Jawab Asuhan Keperawatan (PPJA). Dalam buku ini dituliskan secara detil proses asuhan keperawatan dan peran PPJA selama proses asuhan keperawatan tersebut berlangsung. Hal ini berkenaan dengan amanah akreditasi rumah sakit untuk terus meningkatkan mutu layanan keperawatan kepada pasien. Selain itu, buku ini diharapkan dapat memberikan gambaran bahwa menjadi seorang perawat tidak hanya cukup dengan mengandalkan skill yang mumpuni, pengetahuan yang banyak, serta etika yang baik, namun juga harus mampu berpikir kritis dan rasional dalam memutuskan setiap tindakan yang akan dilakukan dalam mencapai kesembuhan pasien.

Email Penulis: [novi.m.nasri@gmail.com](mailto:novi.m.nasri@gmail.com)