

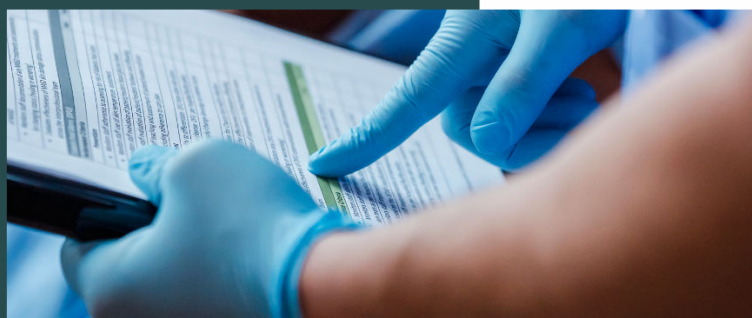
METODOLOGI KEPERAWATAN

PENULIS :

M.Khalid Fredy Saputra, Herniyatun, Erida Fadila

Masyita Haerianti, Natalia Elisa Rakinaung, Maria Suryani

Viyan Septiyana Achmad. Mahmud Ady Yuwanto, Salmah Arafah



METODOLOGI KEPERAWATAN

**M.Khalid Fredy Saputra
Herniyatun
Erida Fadila
Masyita Haerianti
Natalia Elisa Rakinaung
Maria Suryani
Viyan Septiyana Achmad
Mahmud Ady Yuwanto
Salmah Arafah**



GETPRESS INDONESIA

METODOLOGI KEPERAWATAN

Penulis :

M.Khalid Fredy Saputra
Herniyatun
Erida Fadila
Masyita Haerianti
Natalia Elisa Rakinaung
Maria Suryani
Viyan Septiyana Achmad
Mahmud Ady Yuwanto
Salmah Arafah

ISBN : 978-623-198-490-6

Editor : Dr. Neila Sulung, N.S. S.Pd., M.Biomed.

Penyunting: Mila Sari, M.Si.

Desain Sampul dan Tata Letak : Tri Putri Wahyuni, S.Pd.

Penerbit : CV GETPRESS INDONESIA

Anggota IKAPI No. 033/SBA/2022

Redaksi :

Jl. Palarik RT 01 RW 06 Kelurahan Air Pacah
Kecamatan Koto Tangah Padang Sumatera Barat

website: www.getpress.co.id

email: adm.getpress@gmail.com

Cetakan pertama, Juli 2023

Hak cipta dilindungi undang-undang
Dilarang memperbanyak karya tulis ini dalam bentuk
dan dengan cara apapun tanpa izin tertulis dari penerbit.

KATA PENGANTAR

Dengan mengucapkan puji syukur kehadirat Allah SWT, atas limpahan rahmat dan hidayahNya, maka Penulisan Buku dengan judul Metodologi Keperawatan dapat diselesaikan dengan baik. Buku ini berisikan tentang konsep dasar metodologi keperawatan, peran perawat dalam riset keperawatan, konsep proses keperawatan, pengkajian keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi atau tindakan keperawatan, model dan prinsip dokumentasi keperawatan, aplikasi proses keperawatan dalam asuhan keperawatan, aplikasi asuhan keperawatan dalam riset keperawatan.

Buku ini masih banyak kekurangan dalam penyusunannya. Oleh karena itu, kami sangat mengharapkan kritik dan saran demi perbaikan dan kesempurnaan buku ini selanjutnya. Kami mengucapkan terima kasih kepada berbagai pihak yang telah membantu dalam proses penyelesaian Buku ini. Semoga Buku ini dapat menjadi sumber referensi dan literatur yang mudah dipahami bagi khalayak umum, terkhususnya bagi mahasiswa Keperawatan.

Padang, Juli 2023
Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	i
DAFTAR ISI.....	ii
DAFTAR GAMBAR	vi
DAFTAR TABEL.....	vii
BAB 1 KONSEP DASAR METODOLOGI KEPERAWATAN	1
1.1 Pengertian Metodologi	1
1.2 Perkembangan Metodologi penelitian	3
1.3 Unsur – unsur Metodologi	5
1.4 Desain Penelitian	7
1.5 Variabel Penelitian.....	7
1.5 Definisi Operasional	8
1.6 Metodologi Keperawatan	8
1.7 Pentingnya Metodologi keperawatan.....	9
1.8 Tujuan Metodologi Keperawatan	10
1.9 Karakteristik Metodologi Keperawatan	11
DAFTAR PUSTAKA.....	13
BAB 2 PERAN PERAWAT DALAM RISET KEPERAWATAN	15
2.1 Pendahuluan	15
2.2 Penelitian dalam Praktik Keperawatan	17
2.3 Tanggung Jawab Perawat Peneliti	18
2.4 Peran Perawat dalam Penelitian.....	22
DAFTAR PUSTAKA.....	25
BAB 3 KONSEP PROSES KEPERAWATAN	27
3.1 Pendahuluan	27
3.2 Manfaat proses keperawatan	28
3.3 Tujuan proses keperawatan	30
3.4 Karakteristik proses keperawatan.....	31
3.5 Prosedur Keperawatan	33
3.5.1 Pengkajian.....	34
3.5.2 Diagnosa	34
3.5.3 Perencanaan.....	37
3.5.5 Implementasi.....	37
3.5.6 Evaluasi.....	39
DAFTAR PUSTAKA.....	42
BAB 4 PENGKAJIAN KEPERAWATAN	43
4.1 Pendahuluan	43

4.2 Pengkajian.....	43
4.3 Jenis Pengkajian	46
4.3.1 Pengkajian Komprehensif.....	46
4.3.2 Pengkajian Spesifik.....	47
4.3.3 Pengkajian Darurat.....	48
4.3.4 Time-Lapsed Assesment.....	49
4.4 Metode Pengkajian.....	49
4.4.1 Observasi.....	50
4.4.2 Wawancara.....	51
4.4.3 Pemeriksaan Fisik	55
4.5 Jenis Data Pengkajian.....	56
4.5.1 Data Subjektif.....	56
4.5.2 Data Objektif.....	56
4.6 Sumber Data Pengkajian	57
4.6.1 Pasien.....	57
4.6.2 Keluarga.....	58
4.6.3 Petugas Kesehatan	59
4.6.4 Rekam Medik.....	59
4.6.5 Sumber Data Lain dan Literatur Ilmiah	60
4.6.6 Pengalaman Perawat	60
4.7 Proses Pengkajian	61
4.7.1 Pengumpulan Data.....	61
4.7.2 Validasi Data	62
4.7.3 Organisir Data	63
4.7.4 Dokumentasi Data.....	63
DAFTAR PUSTAKA.....	66
BAB 5 PERENCANAAN KEPERAWATAN	67
5.1 Pendahuluan.....	67
5.2.1 Tujuan Administrasi.....	70
5.2.2 Tujuan Klinik	71
5.3 Tahapan Perencanaan Keperawatan	73
5.4 Tipe Perencanaan Keperawatan	77
DAFTAR PUSTAKA.....	80
BAB 6 IMPLEMENTASI ATAU TINDAKAN KEPERAWATAN.....	81
6.1 Pendahuluan.....	81
6.2 Pengertian Implementasi Keperawatan.....	82
6.3 Tujuan Implementasi.....	84
6.4 Tahapan Implementasi	84

6.4.1 Persiapan implementasi.....	85
6.4.2 Pelaksanaan implementasi.....	92
6.4.3 Pencatatan implementasi.....	94
6.5 Panduan Sukses Implementasi.....	94
6.6 Standar Implementasi	96
6.7 Faktor-faktor yang dapat Mempengaruhi Keberhasilan Implementasi.....	98
DAFTAR PUSTAKA.....	100
BAB 7 MODEL DAN PRINSIP DOKUMENTASI KEPERAWATAN.....	103
7.1 Definisi Dokumentasi Keperawatan.....	103
7.2 Definisi Model Dokumentasi Keperawatan.....	103
7.3 Tujuan Dokumentasi Keperawatan	104
7.4 Standar Dokumentasi Keperawatan	107
7.5 Jenis Model Dokumentasi Keperawatan.....	107
7.6 Prinsip Dokumentasi Keperawatan.....	112
7.7 Langkah-langkah Dokumentasi Keperawatan.....	113
DAFTAR PUSTAKA.....	123
BAB 8 APLIKASI PROSES KEPERAWATAN DALAM ASUHAN KEPERAWATAN	125
8.1 Pendahuluan.....	125
8.1.1 Pengertian Asuhan Keperawatan.....	125
8.1.2 Tujuan Asuhan Keperawatan	126
8.1.3 Proses Keperawatan.....	127
8.1.4 Pengertian Asuhan Keperawatan.....	128
8.2 Tahapan Proses Keperawatan	130
8.2.1 Pengkajian Keperawatan	130
8.2.2 Diagnosis Keperawatan	131
8.2.3 Perencanaan Keperawatan	133
8.2.4 Implementasi Keperawatan.....	134
8.2.5 Evaluasi Keperawatan	136
8.3 Aplikasi Proses Keperawatan dalam Asuhan Keperawatan.....	137
8.3.1 Evaluasi Keperawatan	137
8.3.2 Diagnosis Keperawatan	138
8.3.3 Perencanaan Keperawatan.....	140
8.3.4 Implementasi Keperawatan.....	142
8.3.5 Evaluasi Keperawatan	144
8.3 Kesimpulan.....	145
DAFTAR PUSTAKA.....	147

BAB 9 APLIKASI ASUHAN KEPERAWATAN DALAM RISET	
KEPERAWATAN	149
9.1 Pendahuluan	149
9.2 Pengertian Asuhan Keperawatan	151
9.3 Manfaat Asuhan Keperawatan dalam Riset Keperawatan	153
9.4 Perencanaan Penelitian dengan aplikasi Asuhan Keperawatan	155
9.5 Implementasi Aplikasi Asuhan Keperawatan dalam Riset Keperawatan	157
9.6 Penulisan Laporan Hasil Riset dengan Aplikasi Asuhan Keperawatan	158
9.7 Kajian Terhadap Aplikasi	159
9.8 Kesimpulan	162
DAFTAR PUSTAKA	164
BIODATA PENULIS	

DAFTAR GAMBAR

Gambar 3.1. Proses Keperawatan	29
Gambar 4.1. Pengkajian. Proses pengkajian terdiri dari empat proses kegiatan yang saling berkaitan.....	38
Gambar 4.2. Proses Asuhan Keperawatan: Fase Pengkajian.....	39
Gambar 6.1. Tahapan dari proses keperawatan	72
Gambar 6.2. Tahapan implementasi.....	74
Gambar 6.3. Persiapan implementasi	74
Gambar 7.1. Tahapan proses keperawatan.....	100
Gambar 7.2. Proses Pengkajian.....	101
Gambar 7.3. Tahapan Diagnosis Keperawatan.....	103
Gambar 7.4. Penetapan Luaran Intervensi Keperawatan.....	105

DAFTAR TABEL

Tabel 6.1. Refleksi persiapan perawat	77
Tabel 6.2. Refleksi persiapan pasien	79
Tabel 6.3. Refleksi persiapan alat.....	80
Tabel 6.4. Pedoman sukses implementasi.....	83

BAB 1

KONSEP DASAR METODOLOGI

KEPERAWATAN

Oleh M.Khalid Fredy Saputra

1.1 Pengertian Metodologi

Metodologi penelitian asal nya dari kata “Metode” yang memiliki arti cara tepat dalam melakukan sesuatu, dan “Logos” yang memiliki arti ilmu atau pengetahuan. Jadi, metodologi dapat diartikan sebagai cara dalam melakukan sesuatu dengan menggunakan pikiran secara seksama untuk menggapai suatu tujuan. Sedangkan “Penelitian” merupakan upaya dalam mencari, mencatat, merumuskan serta melakukan analisis sampai pada penyusunan laporannya.

Metode penelitian adalah sebagai suatu sarana bagi peneliti untuk mengkomunikasi pemikirannya mengenai permasalahan yang diteliti dan berfungsi dalam meyakinkan pembaca atau penilai untuk memberikan manfaat terkait dengan disiplin ilmu yang bersangkutan. Metode dimaknai sebagai cara atau teknis yang dilakukan pada suatu proses penelitian (Mardalis, 2006). Metodologi merupakan analisis untuk memahami berbagai aturan, prosedur dalam metode tersebut. Sedangkan penelitian, dari kata ‘teliti’ didefinisikan sebagai kegiatan pengumpulan serta

pengolahan data, disajikan secara sistematis dan objektif (Kutha, 2016).

Penelitian adalah sebagai suatu proses pengumpulan dan analisis data yang dilakukan secara sistematis, logis untuk mencapai tujuan-tujuan tertentu. (Sukmadinata, 2013) Penelitian merupakan gambaran rancangan dan prosedur yang terdiri dari rumusan masalah, tempat penelitian, identifikasi masalah, sampai dengan teknik pengumpulan data yang fokus terhadap masalah tertentu.

Metodologi Penelitian merupakan langkah persiapan sebelum terjun ke lapangan (yang dalam penulisan laporan penelitian biasa dimasukkan dalam bab III Metodologi penelitian) perlu dinyatakan: tempat dan waktu penelitian, metode penelitian, teknik pengambilan sampel, instrumen penelitian, teknik pengumpulan data, kriteria dan teknik pemeriksaan keabsahan data, dan teknik analisis data (Widyastono, 2007).

Metodologi penelitian berarti ilmu tentang jalan yang akan ditempuh dalam memperoleh pemahaman tentang sasaran yang telah ditetapkan sebelumnya. Sejalan dengan makna penelitian tersebut, penelitian juga bisa diartikan sebagai suatu usaha maupun kegiatan yang mempersyaratkan keseksamaan atau kecermatan dalam memahami kenyataan sejauh mungkin sebagaimana sasaran itu adanya. Jadi, metodologi penelitian dapat dimaknai sebagai ilmu mengenai jalan yang dilewati untuk mencapai pemahaman. Jalan itu harus ditetapkan dan di pertanggung jawabkan secara ilmiah serta data yang dicari untuk membangun serta memperoleh pemahaman harus melalui syarat ketelitian, artinya harus dipercaya kebenarannya.

1.2 Perkembangan Metodologi penelitian

Ilmu pengetahuan memiliki sifat utama yaitu tersusun secara sistematis dan runtut dengan menggunakan metode ilmiah. Karenanya sementara orang menganggap perlunya memiliki sikap ilmiah untuk menyusun ilmu pengetahuan tersebut atau dengan kata lain ilmu pengetahuan memiliki tiga sifat utama tersebut, yaitu : sikap ilmiah, metode ilmiah, tersusun secara sistematis dan runtut.

Sikap ilmiah menuntun seseorang untuk berpikir dengan sikap tertentu. Dari sikap tersebut orang dituntun dengan cara tertentu untuk menghasilkan ilmu pengetahuan. Selanjutnya cara tertentu itu disebut metode ilmiah. Jadi dengan sikap ilmiah dan metode ilmiah diharapkan dapat disusun ilmu pengetahuan dengan sistematis dan runtut. Periode perkembangan metodologi penelitian yang dikemukakan oleh Rummel yang dikutip oleh Prof. Sutrisno Hadi MA dibagi ke dalam sebagai berikut:

1. Periode Trial and Error

Dalam periode ini mengisyaratkan bahwasannya ilmu pengetahuan masih dalam keadaan embrional. Dalam periode ini orang menyusun ilmu pengetahuan dengan cara mencoba - coba berulang kali sampai dijumpai suatu pemecahan masalah yang dianggap memuaskan.

2. Periode Authority and Tradition

Dalam periode yang ini dikatakan bahwa kebenaran ilmu pengetahuan didasarkan atas pendapat para pemimpin atau penguasa waktu itu. Pendapat-pendapat itu dijadikan ajaran yang harus

diikuti begitu saja oleh rakyat banyak dan mereka harus menerima bahwa ajaran tersebut benar. Di samping pendapat para penguasa atau pemimpin, tradisi dalam kehidupan manusia memang memegang peranan yang sangat penting di masa lampau dan menentang tradisi merupakan hal yang tabu. Karenanya tradisi dipercaya sebagai hal yang benar, sehingga tradisi menguasai cara berpikir dan cara kerja manusia berabad-abad lamanya.

3. Periode Speculation and Argumentation

Di dalam periode ini ajaran atau doktrin para pemimpin atau penguasa serta tradisi yang bercakap pada kehidupan masyarakat mulai menggunakan dialektika untuk mengadakan diskusi dalam memecahkan permasalahan untuk mendapatkan kebenaran. Dengan kata lain, masyarakat mulai membentuk sebuah kelompok spekulasi untuk memperoleh kebenaran dan menggunakan argumen-argumen. Pada tiap kelompok membuat spekulasi dan argumen yang berbeda dalam memperoleh kebenaran.

4. Periode Hypothesis and Experimentation

Pada periode ini orang mulai mencari rangkaian tata cara untuk menerangkan suatu kejadian. Mula-mula membuat dugaan (hipotesis-hipotesis), kemudian mengumpulkan serta mendapatkan fakta-fakta, setelah itu dianalisis dan diolah, hingga akhirnya ditarik sebuah kesimpulan. Fakta-fakta tersebut diperoleh dengan eksperimen atau observasi serta dokumen-dokumen (Narbuko and Achmadi, 2018).

1.3 Unsur – unsur Metodologi

Menurut (Anton and Zubair, 1990) ada beberapa unsur metodologi yaitu:

1. Interpretasi

Arti kata dari interpretasi adalah menafsirkan, tidak bersifat subyektif melainkan harus bertumpu pada evidence based untuk mencapai kebenaran autentik. Dengan interpretasi diharapkan manusia dapat memperoleh pemahaman yang benar.

2. Induksi dan deduksi

Dikatakan (Beerling, 1966) setiap ilmu terdapat penggunaan metode induksi dan deduksi menurut pengertian siklus empiris. Siklus empiris meliputi beberapa tahapan, yakni observasi, induksi, deduksi, kajian (eksperimentasi) dan evaluasi.

3. Koherensi intern

Koherensi intern adalah usaha untuk memahami secara benar adanya *internal relation* dalam suatu struktur yang konsisten.

4. Holistik

Tinjauan secara mendalam untuk mencapai kebenaran secara utuh. identitas objek akan terlihat jika ada korelasi dan komunikasi dengan lingkungannya.

5. Kesenambungan historis

Suatu proses berkelanjutan sesuai perkembangan yang dapat dipahami.

6. Idealisasi

Proses dalam suatu kegiatan ilmiah untuk membuahkan hasil yang sempurna

7. Komparasi

Komparasi adalah usaha membandingkan sifat hakiki dalam satu objek dengan objek lain yang sangat dekat dan serupa dengan objek utama. Dalam perbandingan itu, dimaksimalkan perbedaan-perbedaan yang berlaku untuk dua objek tersebut.

8. Heuristika

Merupakan metode untuk menemukan cara atau jalan baru secara ilmiah untuk memecahkan masalah

9. Analogikal

Falsafah meneliti arti, nilai, maksud yang diekspresikan dalam fakta dan data.

10. Deskripsi

Melakukan pemaparan atau menggambarkan hasil penelitian, dari penjelasan mengenai metode dan metodologi bisa dipahami bahwa metode berbeda metodologi. Metode merupakan suatu cara atau jalan sedangkan metodologi merupakan *science of methode* atau ilmu yang mempelajari tentang cara atau petunjuk yang praktis di dalam penelitian, sehingga metodologi penelitian membahas konsep teoritis sebagai metode.

1.4 Desain Penelitian

Desain penelitian atau rancangan penelitian pada dasarnya adalah strategi untuk memperoleh data yang dipergunakan untuk menguji hipotesis meliputi penentuan pemilihan subjek, dari mana informasi atau data akan diperoleh, teknik yang digunakan untuk mengumpulkan data, prosedur yang ditempuh untuk pengumpulan serta perlakuan yang akan diselenggarakan (khusus untuk penelitian eksperimental). Desain penelitian ditetapkan dengan mengacu pada hipotesis yang telah dibangun. Pemilihan desain yang tepat sangat diperlukan untuk menjamin pembuktian hipotesis secara tepat pula.

1.5 Variabel Penelitian

Variabel penelitian adalah suatu atribut atau sifat atau nilai dari orang, obyek, organisasi, atau kegiatan yang mempunyai variasi tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya (Sugiyono, 2010). Variabel dalam penelitian ini terdiri dari variabel independen (variabel bebas) dan variabel dependen (variabel terikat).

1. Variabel bebas (*Independent Variable*)

Variabel yang sering disebut sebagai variabel *stimulus*, *prediktor*, *antecedent*. Variabel bebas adalah variabel yang mempengaruhi atau yang menjadi sebab perubahannya atau timbulnya variabel dependen (terikat) (Sugiyono, 2010).

2. Variabel terikat (*Dependent Variable*)

Variabel dependen atau terikat merupakan variabel yang dipengaruhi atau yang menjadi akibat, karena adanya variabel bebas (Sugiyono, 2010) Variabel terikat yang digunakan dalam penelitian ini keputusan pembelian. Keputusan pembelian adalah proses integrasi yang digunakan untuk mengkombinasi pengetahuan untuk mengevaluasi dua atau lebih perilaku alternatif dan memilih salah satu diantaranya (Peter and Olson, 2013).

1.5 Definisi Operasional

Definisi operasional adalah suatu definisi yang dirumuskan oleh peneliti tentang istilah-istilah yang ada pada masalah peneliti dengan maksud untuk menyamakan persepsi antara peneliti dengan orang-orang yang terkait dengan penelitian. Menurut (Sugiyono, 2013), Pengertian definisi operasional dalam variabel penelitian adalah suatu atribut atau sifat atau nilai dari objek atau kegiatan yang mempunyai variasi tertentu yang telah ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya.

1.6 Metodologi Keperawatan

Dalam keperawatan, terdapat metodologi keperawatan yang harus dijalani. Perawat menerapkan metodologi keperawatan sebagai kompetensi pada saat memberikan asuhan keperawatan kepada klien. Metodologi keperawatan merupakan lima tahap pendekatan pengambilan keputusan klinis mencakup pengkajian,

diagnosis, perencanaan, implementasi dan evaluasi. Menurut (Allen, 1998), mendefinisikan metodologi keperawatan sebagai metode yang sistematis untuk mengkaji respon manusia terhadap masalah kesehatan dan membuat rencana keperawatan yang bertujuan mengatasi masalah tersebut. *Sedangkan menurut* (Association, 2005), metodologi keperawatan adalah pendekatan keperawatan profesional yang dilakukan untuk mengidentifikasi, mendiagnosis, dan mengatasi respon manusia terhadap masalah kesehatan dan penyakit. Dari pengertian yang telah disebutkan para ahli diatas, maka dapat disimpulkan bahwa metodologi keperawatan adalah ilmu yang mempelajari tentang cara sistematis yang dilakukan oleh perawat bersama klien dalam menyelesaikan masalah kesehatan klien. Proses sistematis yang dimaksud adalah proses keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnosis, perencanaan, implementasi dan evaluasi.

1.7 Pentingnya Metodologi keperawatan

Metodologi keperawatan berperan sebagai pedoman dalam pemecahan masalah pasien klien. Metodologi keperawatan memiliki arti penting baik bagi perawat maupun klien yaitu;

1. Menunjukkan profesionalitas seorang perawat
2. Memberikan kebebasan kepada klien untuk mendapatkan pelayanan keperawatan
3. Meningkatkan kepercayaan diri perawat dalam melaksanakan tugas, sebab di dalam proses keperawatan terdapat metode ilmiah keperawatan

(metodologi keperawatan) yang menerapkan langkah-langkah.

4. Meningkatkan kemampuan intelektual dan teknikal dalam tindakan keperawatan, sebab proses keperawatan menuntut seorang perawat dapat memecahkan yang dialami klien
5. Rasa tanggung jawab dan tanggung gugat perawat dapat digunakan dalam tindakan yang merugikan klien, atau menghindari adanya tindakan yang ilegal
6. Klien dapat merasakan kepuasan dari pelayanan keperawatan karena asuhan keperawatan yang diberikan sesuai dengan tahapan dalam pemecahan masalah keperawatan
7. Klien merasakan kebebasan dalam menyampaikan apa yang dia butuhkan, sehingga proses penyembuhan menjadi semakin cepat, dan klien merasakan ada perhatian yang besar akan kebutuhan pelayanan keperawatan yang berkualitas dan efisien.

1.8 Tujuan Metodologi Keperawatan

Tujuan metodologi keperawatan memberikan keleluasan bagi perawat untuk membantu klien dalam menyelesaikan masalah kesehatan. Lebih jauh untuk mengetahui tujuan dari masing-masing tahapan metodologi keperawatan yaitu:

1. Tujuan pengkajian
 - a. Mengidentifikasi berbagai kebutuhan dasar manusia yang sedang dibutuhkan klien.
 - b. Mengumpulkan, memberi penjelasan, serta mengkomunikasikan data tentang pasien, sehingga diperoleh data dasarnya.

2. Tujuan diagnosa keperawatan
 - a. Mengidentifikasi kebutuhan perawatan kesehatan dan merumuskan diagnosa keperawatan
3. Tujuan Intervensi Keperawatan
 - a. Merencanakan tindakan yang akan dilakukan setelah diagnosis ditegakkan.
 - b. Menentukan prioritas asuhan, tujuan, intervensi keperawatan, merancang strategi keperawatan guna mencapai tujuan keperawatan
4. Tujuan Implementasi Keperawatan
 - a. Melaksanakan tindakan keperawatan setelah direncanakan
 - b. Melengkapi tindakan keperawatan yang diperlukan untuk menyelesaikan rencana asuhan keperawatan.
5. Tujuan Evaluasi Keperawatan
 - a. Mengetahui perkembangan pasien dari berbagai tindakan yang telah dilakukan sekaligus mengukur tingkat keberhasilan asuhan keperawatan yang telah diberikan
 - b. Menentukan seberapa jauh tujuan keperawatan yang telah dicapai.

1.9 Karakteristik Metodologi Keperawatan

Karakteristik dari metodologi keperawatan (Hidayat, 2005) yaitu:

1. Proses keperawatan merupakan metode pemecahan masalah yang bersifat terbuka dan fleksibel dalam memenuhi kebutuhan klien, juga selalu berkembang masalah terhadap masalah yang ada

2. Proses keperawatan dapat dilakukan melalui pendekatan secara individual dari pemenuhan kebutuhan klien
3. Melalui proses keperawatan akan diarahkan tujuan pelayanan keperawatan dalam pemenuhan kebutuhan dasar manusia.
4. Proses keperawatan merupakan siklus yang saling berhubungan antara tahap satu dengan tahap yang lain dan tidak dapat berdiri sendiri
5. Dengan adanya proses keperawatan, penentuan masalah klien akan cepat diatasi, mengingat di dalam proses keperawatan terdapat penekanan validasi data serta adanya pembuktian masalah dan menekankan umpan balik atau pengkajian ulang dalam mengetahui kebutuhan dasar secara menyeluruh.

DAFTAR PUSTAKA

- Allen, C.V. (1998) 'Memahami proses keperawatan dengan pendekatan latihan', *Jakarta: EGC* [Preprint].
- Anton, B. and Zubair, A.C. (1990) 'Metodologi penelitian filsafat', *Yogyakarta: Kasinius* [Preprint].
- Association, A.N. (2005) 'Principles for delegation', *Silver Spring, MD: Author* [Preprint].
- Beerling, E.F. (1966) 'Filsafat Dewasa ini', *Hasan Amin, Jakarta: PN Balai Pustaka* [Preprint].
- Hidayat, A.A. (2005) 'Pengantar ilmu keperawatan anak 1', *Jakarta: salemba medika*, pp. 50–55.
- Kutha, N. (2016) *Metodologi penelitian: kajian budaya dan ilmu sosial humaniora pada umumnya*. Pustaka Pelajar,.
- Mardalis (2006) 'Metode Penelitian (suatu pendekatan proposal)', *Bumi Aksara, Jakarta* [Preprint].
- Narbuko, C. and Achmadi, A. (2018) 'Metodologi Penelitian: Jakarta: Bumi Aksara'.
- Peter, J.P. and Olson, J.C. (2013) 'Perilaku konsumen dan strategi pemasaran'. Buku.
- Sugiyono, D. (2010) 'Metode penelitian kuantitatif dan R&D', *Bandung: Alfabeta*, pp. 26–33.
- Sugiyono, D. (2013) *Metode penelitian pendidikan pendekatan kuantitatif, kualitatif dan R&D*. Alfabeta.
- Sukmadinata, N.S. (2013) 'Metode Penelitian pendidikan pendekatan kuantitatif, Kualitatif dan R&D', *Bandung: CV Alfabeta* [Preprint].

Widyastono, H. (2007) 'Metodologi Penelitian Alamiah Dan Alamiah', *Jurnal pendidikan dan kebudayaan*, 13(68), pp. 757-775.

BAB 2

PERAN PERAWAT DALAM RISET KEPERAWATAN

Oleh Herniyatun

2.1 Pendahuluan

Perawat mempunyai empat peran utama menurut lokakarya Keperawatan tahun 1983, yaitu sebagai pemberi pelayanan keperawatan atau care giver, sebagai manager, sebagai educator atau pendidik, dan sebagai peneliti atau researcher. Sebagai peneliti perawat harus mampu memberikan kontribusi dalam peningkatan pengembangan ilmu keperawatan yang bermanfaat untuk meningkatkan mutu pelayanan keperawatan.

Penelitian sangat penting dalam keperawatan. Penelitian keperawatan bermanfaat untuk mendukung praktik keperawatan, memberikan informasi tentang pendekatan intervensi keperawatan yang lebih baik dalam meningkatkan hasil intervensi keperawatan. Hasil riset keperawatan dapat membantu perawat dalam melakukan pengkajian, menegakkan diagnosa keperawatan, memberikan alternatif tindakan keperawatan atau melakukan pencegahan masalah kesehatan.

Kebanyakan perawat melakukan pendekatan pemecahan masalah dalam praktek keperawatan sehari-hari dengan menggunakan pengetahuan yang merupakan kombinasi dari tradisi, ritual, pengalaman dan otoritas mereka sebagai perawat (Gibbs & Lowton, 2012)

Peran perawat sebagai periset keperawatan sangat penting untuk pengembangan ilmu keperawatan. Peran perawat dalam riset yaitu:

1. Menyadari nilai dan relevansi riset keperawatan.
2. Membantu mengidentifikasi area masalah riset keperawatan.
3. Membantu pelaksanaan pengumpulan data dalam riset keperawatan.
4. Menerapkan hasil penemuan riset dalam praktik klinik keperawatan (Suprajitno, 2016)

Pemberian pelayanan kesehatan harus fleksibel dan dinamis untuk memenuhi perubahan kebutuhan kesehatan yang berubah dengan adanya pengaruh demografi, pola penyakit, lingkungan, dan tren penyakit yang terus berkembang. Tenaga kesehatan, yang menyediakan layanan kesehatan berperan penting dalam pelayanan kesehatan. Perawat dan bidan menyumbang sekitar setengah dari tenaga kesehatan di seluruh dunia (Organisasi Kesehatan Dunia, 2019). Oleh karena itu, penelitian keperawatan memainkan peran penting dalam mempromosikan dan memajukan kesehatan masyarakat.

2.2 Penelitian dalam Praktik Keperawatan

Penelitian memberikan dasar untuk asuhan keperawatan berkualitas. Namun, tidak ada aliran pengetahuan langsung dari penelitian ke dalam praktek. Hasil penelitian sering hanya sebagai hasil penelitian yang belum diaplikasikan ke dalam praktek keperawatan sementara sumber data berasal dari praktik keperawatan itu sendiri, dalam hal ini terdapat gap aliran ilmu dari hasil penelitian kepada perawat pelaksana asuhan keperawatan.

Perawat pemberi asuhan keperawatan selalu berpikir kritis, ingin tahu tentang perawatan terbaik yang diberikan kepada pasien, namun tidak semua perawat memiliki kemampuan untuk melakukan proyek penelitian tanpa bantuan perawat peneliti. Perawat tahu bagaimana mencari mengajukan pertanyaan, mencari data kondisi pasien, namun sering merasa bahwa penelitian hanya bisa dilakukan oleh perawat peneliti. Sebenarnya banyak gagasan perawat tentang penelitian yang menarik yang dicetuskan oleh perawat, namun perawat merasa tidak mampu melakukan penelitian secara mandiri apalagi sampai mempublikasikan hasil penelitiannya. Seringkali perawat yang bekerja di lingkungan penelitian mengembangkan pertanyaan penelitian yang ingin mereka jawab. Perawat membutuhkan keterampilan untuk mengembangkan protokol dengan rencana pengumpulan dan analisis data yang digariskan.

Adanya anggapan bahwa perawat yang baik adalah perawat yang dapat mengatasi segala permasalahan pasien pada segala kondisi, bukanlah perawat peneliti. Hal ini merupakan salah satu hambatan dalam pengembangan

perawat pelaksana dalam melakukan penelitian di lahan praktik (Yates, 2015).

1. Perawat yang menghargai penelitian lebih mungkin untuk menggunakan temuan penelitian dalam praktek. Pengamatan semacam itu menunjukkan kebutuhan hubungan yang kuat antara perawat klinis dan perkembangan penelitian ke dalam praktik terbaik. Beberapa hal yang perlu dilakukan agar perawat klinisi tertarik terhadap penelitian adalah:
2. Meningkatkan pendidikan perawat klinis
3. Mengalokasikan waktu dalam melakukan penelitian
4. Tersedianya sumber daya pendukung penelitian seperti konsultan metodologi dan ahli biostatistik di tempat praktik.
5. Tersedianya dukungan kelembagaan dan dukungan organisasi penelitian di tempat praktik (Yates, 2015)

Perawat harus melihat bahwa penelitian yang dilakukan adalah milik perawat itu sendiri, bukan milik orang lain. Merubah cara pandang perawat bahwa penelitian adalah bagian dari mereka dan pekerjaannya, hal ini akan membuka jalan bahwa praktik penelitian berbasis bukti akan benar-benar menjadi rutinitas sehari-hari perawat dalam bekerja.

2.3 Tanggung Jawab Perawat Peneliti

Saat ini penelitian merupakan bagian dari kurikulum keperawatan, hal ini sangat membantu calon perawat untuk memiliki gagasan yang sangat mendasar tentang apa yang diperlukan oleh penelitian. Mayoritas perawat memilih

bekerja sebagai perawat klinis di tatanan pelayanan kesehatan. Belum banyak perawat yang berfokus hanya sebagai perawat peneliti. Beberapa alasan perawat klinis beralih menjadi perawat peneliti adalah diantaranya adalah keinginan untuk bekerja dengan jam kerja yang lebih baik, mendapatkan gaji yang lebih baik, atau

Pekerjaan seorang perawat dalam penelitian menarik, bervariasi dan penuh tantangan. Dalam tim penelitian klinis perawat memberikan keahlian klinis, memberikan asuhan keperawatan yang berkelanjutan, berperan sebagai advokat untuk peserta penelitian dan masyarakat. Selain itu perawat semakin mengelola studi klinis dari persiapan protokol penelitian sampai penyajian data atau publikasi penelitian. Perawat juga bertanggung jawab untuk membuat proposal penelitian, berkomunikasi dengan penyandang dana penelitian, mengurus uji etik penelitian dan dan berkomunikasi dengan peserta penelitian atau sampel penelitian. Perawat harus mampu memahami seluruh proses penelitian dan mampu bekerja sama dengan tim multidisiplin dalam proses penelitian. mencari peluang dan tantangan baru dan pengembangan karir.

Perawat semakin terlibat dalam penelitian baik sebagai staf klinis maupun sebagai perawat peneliti. Penelitian keperawatan merupakan bidang yang sangat menarik dan menantang serta menawarkan banyak peluang untuk berkembang. Peran dan tanggung jawab perawat dalam tim penelitian diantaranya adalah:

1. Persiapan berkas: Mempersiapkan berkas penelitian dan dokumentasi yang diperlukan dalam penelitian.

2. Rekrutmen: Rekrutmen pasien yang dijadikan subjek penelitian. Perawat harus mampu mengidentifikasi subjek penelitian, memberitahu staf tentang tujuan dan apa yang diperlukan dalam proses penelitian dan mampu mendekati calon subjek penelitian.
3. Persiapan Pasien: Mempersiapkan pasien, pastikan peserta penelitian memahami prosedur yang akan dia jalani selama proses penelitian.
4. Mengisi Formulir: Mengisi laporan kasus, hal ini dilakukan untuk mengetahui data spesifik yang relevan dan perlu didokumentasikan sesuai permintaan sponsor penelitian.
5. Edukasi dan konseling: perawat melakukan edukasi berkelanjutan kepada subjek penelitian mengenai pengobatan; efek samping yang mungkin timbul, hasil laboratorium dll.
6. Informed Consent – ini adalah proses yang dimulai pada kontak pertama dengan peserta dan berakhir pada akhir studi (Gibbs & Lowton, 2012)

Peran dan tanggung jawab utama perawat peneliti:

1. Quality Manajemen: memastikan terjaminnya data yang berkualitas.
2. Pengiriman dokumen yang diperlukan oleh tim penelitian, penanggung jawab dan pengawas penelitian. Koordinasi tim riset.
3. Rapat: koordinasi proses penelitian.

4. Mengelola prosedur penelitian operasi. Memastikan bahwa penelitian sesuai dengan protokol yang ditetapkan.
5. Pedoman bagi tim peneliti.
6. Pelaporan: Menulis laporan seperti yang diminta setiap bulan; enam bulanan; setiap tahun.
7. Pemantauan: Menyiapkan file, situs untuk audit dan pemantauan.
8. Pelatihan: mengatur pelatihan untuk staf dan mencatat semua pembaruan pelatihan pada semua anggota staf.
9. Orientasi staf baru (Gibbs & Lowton, 2012).

Perawat yang bekerja dalam penelitian klinis memiliki kemampuan perawat spesialis, mereka bertanggung jawab terhadap persiapan lokasi termasuk pengadaan perlengkapan dan peralatan; perekrutan dan pengangkatan staf, pelatihan staf, implementasi protokol studi, pengumpulan data, penjaminan dan pengendalian mutu sebagai integritas data sangat penting untuk hasil penelitian dan merupakan bagian penting dalam kontribusi pemberian perawatan berkualitas kepada subjek penelitian. Pengalaman menunjukkan bahwa tindakan perawat yang kurang cermat dapat membahayakan studi klinis karena perekrutan yang buruk; manajemen dan tindak lanjut. Hasil penelitian tergantung pada akurasi data, oleh karena itu fokus pada detail dan kemampuan merekam data dengan cermat adalah sifat kepribadian yang penting bagi staf peneliti. Perawat yang masuk bidang ini harus ingat bahwa persyaratan perawatan peserta studi mungkin berbeda jauh dari mereka dalam perawatan standar.

Perawat dalam penelitian klinis harus mempunyai kompetensi praktik di bidangnya, dan tidak bisa praktek di luar ruang lingkup kompetensi klinik mereka. Dalam peran ini perawat perlu membiasakan diri dengan aspek klinis penyakit serta aspek spesifik protokol dari perawatan klinis.

Semua staf peneliti dilatih dalam apa yang disebut prinsip “Praktik Klinis yang Baik”. Perawat harus mematuhi prinsip etika dalam keperawatan. Perawat dalam melakukan penelitian harus menghormati otonomi pasien, non maleficence, beneficence dan keadilan. Proses informed consent dan memastikan pasien anonimitas dan hak sangat penting.

2.4 Peran Perawat dalam Penelitian

Peran perawat peneliti telah berkembang dalam beberapa tahun terakhir, namun masih banyak orang, termasuk perawat, yang tidak yakin apa yang dilakukan perawat peneliti. Penelitian keperawatan merupakan bidang yang sangat menarik, perawat bisa sebagai tim peneliti di bawah bidang penelitian di suatu instansi kesehatan atau sebagai tim peneliti nasional. Banyak proyek penelitian yang membutuhkan tenaga peneliti perawat sebagai tim peneliti atau bahkan hanya sebagai tim pengumpul data penelitian.

Tanggung Jawab perawat sebagai tim peneliti diantaranya adalah:

1. Rekrutmen Uji Coba: Melibatkan pemeriksaan kelayakan peserta uji coba untuk penelitian eksperimen atau quasi eksperimen berdasarkan kriteria inklusi dan eksklusi,

mengirimkan mereka informasi tentang uji coba, melakukan kunjungan skrining, mengambil persetujuan dengan konsultan, dan mengacak peserta

2. **Pengaturan Uji Coba:** Mengelola kegiatan dari perekrutan subjek sampai mendapatkan persetujuan uji klinis sehingga dapat dilanjutkan. Ini termasuk berhubungan dengan sponsor (perusahaan atau organisasi yang telah mengembangkan intervensi atau obat), dan semua organisasi yang terlibat dalam persetujuan peraturan yang diperlukan untuk menyiapkan uji klinis.
3. **Penyampaian Percobaan:** Perawat Penelitian bertanggung jawab untuk menilai peserta, memberikan pengobatan percobaan, memantau tanda-tanda vital dan pengukuran, dan melaporkan setiap kejadian buruk yang terjadi selama percobaan untuk memastikan mereka menjaga keamanan pasien mereka.
4. **Pengumpulan Data:** Hal ini penting karena perlu ada jejak audit yang jelas untuk menunjukkan bagaimana informasi studi dikumpulkan dan disimpan, memastikan itu akurat dan dapat diandalkan.
5. **Tindak Lanjut:** Kegiatan dengan subjek penelitian setelah proses eksperimen selesai, memastikan mereka baik-baik saja dan telah dirujuk kembali ke klinik atau dokter umum mereka jika perlu.
6. **Menghadiri Rapat:** Jika banyak tim penelitian yang terlibat dari berbagai departemen atau unit lain, perawat peneliti harus menghadiri rapat koordinasi rutin penelitian, pertemuan ini dirancang untuk mendukung

penyampaian penelitian, memberikan kesempatan bagi tim peneliti untuk berbagi pembelajaran dan pengalaman mereka tentang uji coba yang sedang mereka kerjakan, dan melakukan brainstorming solusi untuk masalah saat ini (Jessica Trigg, 2023).

Peran perawat peneliti memberikan peluang berkembangnya karir perawat. Salah satu keuntungan yang didapatkan dari perawat peneliti adalah perawat dapat menghabiskan waktu berkualitas dengan pasien. Meskipun perawat peneliti berjumlah lebih sedikit dibanding perawat klinis di bangsal atau di komunitas, seorang perawat peneliti dapat memberikan perhatian penuh kepada pasien sejak mulai perekrutan uji coba hingga setelah studi selesai dan seterusnya. Ini adalah bagian pekerjaan yang sangat memuaskan dapat merawat pasien dengan intensif dan memberikan pengalaman yang berbeda selama pasien menjadi bagian dari uji coba penelitian.

Sebagai kesimpulan dari bab ini bisa diambil kesimpulan bahwa perawat peneliti mempunyai peran yang sama artinya dengan perawat klinis, sangat menarik dan penuh tantangan dalam dunia praktik keperawatan. Perawat peneliti memberikan kontribusi yang besar dalam pengembangan dunia keperawatan dengan perawatan berbasis bukti.

DAFTAR PUSTAKA

- Gibbs, C. L., & Lowton, K. (2012). The role of the clinical research nurse. In *Nursing standard (Royal College of Nursing (Great Britain): 1987)* (Vol. 26, Issue 27, pp. 37–40).
<https://doi.org/10.7748/ns2012.03.26.27.37.c8986>
- Jessica Trigg. (2023). *Common Research Nurse Roles And Responsibilities*.
<https://www.nurses.co.uk/blog/common-research-nurse-roles-and-responsibilities/>
- Suprajitno. (2016). *Pengantar Riset Keperawatan*. Pusdik SDM Kesehatan, kemenkes RI.
- Yates, M. (2015). Research in nursing practice. Bridging the gap between clinicians and the studies they depend on. *The American Journal of Nursing*, 115(5), 11.
<https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000465010.34824.62>

BAB 3

KONSEP PROSES KEPERAWATAN

Oleh Erida Fadila

3.1 Pendahuluan

Proses adalah serangkaian langkah atau tindakan yang dilakukan untuk mencapai suatu tujuan atau menghasilkan suatu hasil tertentu. Proses melibatkan serangkaian kegiatan yang terorganisir dan saling terkait yang dilakukan secara berurutan atau paralel untuk mencapai hasil yang diinginkan.

Proses keperawatan adalah suatu pendekatan sistematis dalam memberikan asuhan keperawatan kepada pasien. Hal ini dilakukan oleh perawat atau tenaga medis lainnya untuk memenuhi kebutuhan kesehatan individu secara holistic. Proses keperawatan melibatkan tahap – tahap yang berurutan, mulai dari pengumpulan data, analisis masalah, perencanaan, implementasi, dan evaluasi.

Asuhan keperawatan disebut profesional apabila dilakukan secara sistematis karena asuhan keperawatan dituntut untuk dapat melaksanakan proses keperawatan dengan tepat dan benar. Dalam pelayanan asuhan keperawatan, proses keperawatan itu dari tahun ke tahun mengalami perkembangan keperawatan sebagai profesi ditinjau dari perkembangan keperawatan dunia dan perkembangan keperawatan Indonesia. Seiring dengan

perkembangan dalam dunia keperawatan juga diperkenalkan salah satunya proses keperawatan.

3.2 Manfaat proses keperawatan

Proses keperawatan memiliki manfaat yang sangat penting dalam perawatan pasien. Berikut adalah beberapa manfaat utama dari proses keperawatan:

a. Menjamin perawatan yang komprehensif

Memastikan bahwa semua aspek kebutuhan pasien terpenuhi. Hal ini meliputi pengkajian menyeluruh terhadap kondisi pasien, perencanaan perawatan yang tepat, pelaksanaan tindakan perawatan yang sesuai, dan evaluasi terhadap hasil perawatan. Dengan melibatkan semua tahapan ini, proses keperawatan dapat memberikan perawatan yang komprehensif dan efektif.

b. Meningkatkan keselamatan pasien

Proses keperawatan melibatkan identifikasi dan penilaian risiko bagi pasien. Perawat akan melakukan pengkajian risiko jatuh, risiko infeksi, risiko kebingungan, dan risiko lainnya yang mungkin dialami pasien. Dengan demikian, tindakan pencegahan dapat diambil untuk mengurangi risiko dan meningkatkan keselamatan pasien.

c. Mengoptimalkan kualitas perawatan

Proses keperawatan melibatkan pemantauan terus-menerus terhadap kondisi pasien dan evaluasi terhadap hasil perawatan yang diberikan. Hal ini membantu perawat mengidentifikasi perubahan

yang terjadi pada pasien dan mengadaptasi rencana perawatan sesuai kebutuhan. Dengan mengikuti proses keperawatan yang baik, perawat dapat memberikan perawatan yang berkualitas tinggi dan meningkatkan hasil perawatan pasien.

d. Meningkatkan komunikasi tim perawatan

Proses keperawatan melibatkan kolaborasi antara berbagai anggota tim perawatan, seperti dokter, perawat, ahli gizi, terapis, dan lainnya. Melalui proses keperawatan, komunikasi yang efektif antar tim dapat terjaga dengan baik. Hal ini penting untuk memastikan informasi yang akurat dan penting tentang pasien dapat ditransmisikan dengan baik, sehingga perawatan dapat terkoordinasi dengan baik.

e. Mengedepankan pendekatan holistic

Proses keperawatan memandang pasien secara holistic, yaitu sebagai individu yang kompleks dengan kebutuhan fisik, psikologis, social, dan spiritual. Melalui proses keperawatan, perawat dapat memahami aspek-aspek ini dan memberikan perawatan yang komprehensif sesuai dengan kebutuhan pasien.

f. Meningkatkan partisipasi pasien

Proses keperawatan mendorong partisipasi aktif pasien dalam perawatan mereka sendiri. Dalam setiap tahap proses keperawatan, perawat melibatkan pasien dalam pengambilan keputusan dan merencanakan perawatan yang sesuai dengan preferensi dan nilai-nilai pasien. Hal ini membantu

meningkatkan kepuasan pasien dan memperkuat hubungan terapeutik antara perawat dan pasien.

g. Meningkatkan dokumentasi dan rekam medis

Proses keperawatan membutuhkan pencatatan yang sistematis dan dokumentasi yang akurat tentang semua aspek perawatan pasien. Dokumentasi yang baik membantu memastikan kontinuitas perawatan, pemantauan yang efektif, dan pelaporan yang tepat kepada anggota tim perawatan lainnya. Selain itu dokumentasi yang lengkap dan terperinci juga penting untuk tujuan hulu, dan audit.

Secara keseluruhan, proses keperawatan memiliki manfaat penting dalam memberikan perawatan yang berkualitas, meningkatkan keselamatan pasien, memastikan koordinasi tim perawatan, dan mendorong partisipasi pasien dalam perawatan mereka sendiri.

Sementara itu manfaat yang didapat oleh klien dari pemberian asuhan keperawatan dengan pendekatan proses keperawatan adalah:

- a. Mendapatkan asuhan keperawatan yang sesuai dengan situasi dan kondisi.
- b. Mendapatkan asuhan keperawatan yang berkualitas dan sesuai dengan Standar.

3.3 Tujuan proses keperawatan

Tujuan dari proses keperawatan tergantung dari sebuah sistem yang diterapkan dalam proses asuhan keperawatan yang mewujudkan peningkatan kualitas

kesehatan dengan indikator semua masalah dan kebutuhan dasarnya terpenuhi dan tertangani.

Beberapa tujuan khusus pada umumnya dalam proses tujuan keperawatan adalah:

- a. Terindikasinya masalah-masalah yang dialami oleh klien terkait pemenuhan kebutuhan dasar manusia,
- b. Membantu penegakan diagnosa/ masalah keperawatan,
- c. Tersusunnya perencanaan keperawatan yang tepat, yang akan dilakukan untuk mengatasi diagnosa/ masa keperawatan,
- d. Terlaksananya tindakan-tindakan keperawatan secara tepat dan terencana
- e. Diketahuinya perkembangan klien
- f. Dapat ditentukannya tingkat keberhasilan asuhan.

Adapun penerapan proses asuhan keperawatan yang dilakukan oleh tenaga perawat profesional adalah bertujuan untuk:

- a. Mempraktikkan metode pemecahan masalah dengan baik dalam praktik keperawatan
- b. Menggunakan standar praktik keperawatan
- c. Memperoleh metode yang baku, rasional, terukur dan sistematis
- d. Memperoleh hasil asuhan keperawatan dengan efektivitas yang tinggi.

3.4 Karakteristik proses keperawatan

Menurut Kozier., et al, menyebutkan bahwa proses keperawatan mempunyai sembilan karakteristik, antara lain:

- a. Merupakan sistem yang terbuka dan fleksibel untuk memenuhi kebutuhan yang unik dari klien, keluarga, kelompok dan komunitas.
- b. Bersifat siklik dan dinamis, karena semua tahap-tahap saling berhubungan dan berkesinambungan
- c. Berpusat pada klien, merupakan pendekatan individual dan spesifik untuk memenuhi kebutuhan klien.
- d. Bersifat interpersonal dan kolaborasi
- e. Menggunakan perencanaan
- f. Mempunyai tujuan
- g. Memperbolehkan adanya kreativitas antara perawat dengan klien dalam memikirkan jalan keluar menyelesaikan masalah keperawatan
- h. Menekankan pada umpan balik, dengan melakukan pengkajian ulang dari masalah atau merevisi rencana keperawatan
- i. Dapat diterapkan secara luas. Proses keperawatan menggunakan kerangka kerja untuk semua jenis pelayanan kesehatan, klien dan kelompok.

Proses keperawatan dalam pelaksanaannya memiliki 6 karakteristik, diantaranya:

- a. Tujuan
Proses keperawatan menempatkan pasien sebagai pusat perhatian karena keperawatan harus memiliki tujuan jelas agar meningkatkan kualitas asuhan keperawatan salah satunya dengan cara mendengarkan kebutuhan dan harapan klien.
- b. Sistematis
Proses keperawatan dalam meningkatkan kualitas asuhan keperawatan memiliki struktur yang jelas dan menggunakan pendekatan tata cara pelaksanaan

prosedur keperawatan yang memiliki standar operasional dalam mencapai tujuan.

c. Dinamik

Proses keperawatan dilakukan secara berkesinambungan. Serta ditujukan untuk mengatasi perubahan respon klien yang diidentikan melalui hubungan antara perawat dengan klien.

d. Interaktif

Proses keperawatan melibatkan kolaborasi antara perawat, klien, keluarga dan tim kesehatan lainnya yang memiliki hubungan yaitu hubungan timbal balik.

e. Fleksibel

Fleksibilitas proses keperawatan ini dapat dilihat dalam dua konteks, yaitu:

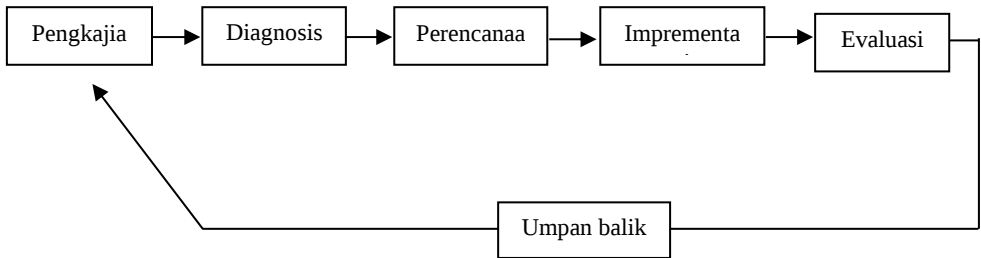
- Dapat diadopsi dalam praktek keperawatan dalam situasi apapun, baik dalam kaitannya dengan individu, keluarga, atau masyarakat
- Tahapannya dapat dilakukan berurutan sesuai dengan persetujuan kedua belah pihak

f. Teoritis

Setiap langkah dalam keperawatan selalu berdasarkan pada konsep ilmu keperawatan. Berdasarkan karakter teoritis ini. (Dinarti & Mulyanti, 2017)

3.5 Prosedur Keperawatan

Proses keperawatan mengacu pada serangkaian langkah-langkah yang diambil oleh perawat untuk memberikan asuhan keperawatan yang komprehensif kepada klien. Tahapan dalam proses keperawatan yang umum digunakan adalah sebagai berikut:



Gambar 3.1. Proses Keperawatan
(Dinarti & Mulyanti, 2017)

3.5.1 Pengkajian

Pengkajian/ Assessment merupakan pengumpulan data dengan interview/ wawancara tentang kondisi pasien, termasuk riwayat medis, keluhan saat ini, pemeriksaan fisik, dan mengumpulkan data penunjang hasil tes diagnostik berupa laboratorium. Perawat juga mengumpulkan informasi tentang aspek psikososial dan lingkungan pasien. Data yang dikumpulkan adalah data subjektif dan objektif.(Murzella, 2020)

3.5.2 Diagnosa

Setelah pengkajian selesai, perawat menganalisis data yang telah dikumpulkan baik data subjektif maupun objektif untuk diidentifikasi masalah kesehatan yang mendasari. Perawat menggunakan pengetahuan dan keterampilan dalam mendiagnosis masalah yang mungkin terjadi pada pasien. Dalam penegakan diagnosis melibatkan proses berpikir yang kompleks tentang data yang dikumpulkan tersebut, proses yang dilakukan pada tahap diagnosis ini

adalah memvalidasi data, mengoreksi dan mengelompokkan data, menginterpretasikan data, mengidentifikasi masalah dari kelompok data, dan merumuskan diagnosa keperawatan.

Dalam tahap diagnosis keperawatan, ada beberapa hal yang perlu diperhatikan. Berikut adalah beberapa hal yang penting dalam tahap diagnosis keperawatan (Hendriana & Pranatha, 2020):

a. Data subjektif dan objektif

Mengumpulkan data dari pasien dan melakukan penilaian terhadap kondisi fisik, emosional, dan sosialnya. Data ini mencakup keluhan pasien, riwayat kesehatan, hasil pemeriksaan fisik, dan hasil tes diagnostik.

b. Prioritas masalah

Menganalisis dan menentukan masalah utama yang harus ditangani terlebih dahulu. Prioritas ini didasarkan pada tingkat urgensi, kebutuhan pasien, dan potensi risiko yang terkait dengan setiap masalah.

c. Menggunakan nomenklatur keperawatan

Menggunakan sistem klasifikasi keperawatan yang umum digunakan, seperti 3S (SDKI, SIKI, SLKI), untuk menentukan diagnosa keperawatan yang tepat. Nomenklatur ini menyediakan daftar diagnosa keperawatan yang diakui secara nasional atau NANDA untuk nomenklatur secara internasional.

d. Diagnosa yang spesifik dan akurat

Mengidentifikasi diagnosa keperawatan yang tepat berdasarkan data yang telah dikumpulkan. Diagnosa harus spesifik, akurat, dan relevan dengan kebutuhan pasien(Supriyono, 2022).

e. Etiologi atau faktor penyebab

Menentukan penyebab atau faktor yang berhubungan dengan munculnya masalah kesehatan. Ini membantu dalam perencanaan intervensi yang sesuai.

f. Kolaborasi tim

Melibatkan anggota tim perawatan lainnya, seperti dokter, ahli gizi, terapis fisik, dan lainnya, dalam proses diagnosis keperawatan. Kolaborasi ini penting untuk memperoleh perspektif yang komprehensif dan menyeluruh tentang keadaan pasien.

g. Validasi dan verifikasi

Memvalidasi diagnosa keperawatan dengan pasien dan tim perawatan lainnya untuk memastikan pemahaman dan kesepakatan yang sama mengenai masalah kesehatan yang dihadapi pasien.

h. Dokumentasi

Mencatat semua diagnosa keperawatan yang ditetapkan, termasuk dasar-dasar data yang digunakan untuk membuat diagnosa, faktor penyebab, dan rencana tindakan yang direkomendasikan. Dokumentasi yang akurat dan komprehensif penting untuk melacak perkembangan

pasien dan memberikan dasar untuk perawatan yang efek.

3.5.3 Perencanaan

Tahap perencanaan dilakukan setelah tahap diagnosis dirumuskan menjadi sebuah rencana tindakan keperawatan untuk menyelesaikan masalah yang dialami klien. Adapun kegiatan yang dilakukan pada tahap ini adalah menyusun prioritas masalah, merumuskan tujuan, kriteria hasil, dan memilih strategi asuhan keperawatan, dalam proses keperawatan inti atau pokok dari proses keperawatan adalah di tahapan ini, karena merupakan keputusan awal untuk menangani masalah kesehatan pada klien berdasarkan data untuk mencapai tujuan yang ingin dicapai termasuk menentukan kapan dan siapa yang dapat melakukan tindakan keperawatan untuk klien, keluarga dan orang terdekatnya (sesuai masalahnya). Serta dalam tahapan ini, penyusunan perencanaan dapat berisi melakukan konsultasi dengan tenaga kesehatan yang lain, dan menuliskan atau mendokumentasikan rencana asuhan keperawatan.(Sianturi, 2020)

3.5.5 Implementasi

Implementasi keperawatan adalah proses penerapan pengetahuan, keterampilan, dan praktik keperawatan dalam memberikan asuhan kepada pasien atau klien. Hal ini melibatkan penggunaan metode, teknik, dan pendekatan yang relevan untuk memenuhi kebutuhan individu secara holistik.(Dinarti & Mulyanti, 2017)

Berikut adalah beberapa langkah umum dalam implementasi keperawatan:

a. Menganalisis kebutuhan pasien

Perawat perlu melakukan penilaian komprehensif terhadap kondisi fisik, emosional, sosial, dan spiritual pasien. Hal ini melibatkan pengumpulan data melalui wawancara, observasi, dan pemeriksaan fisik

b. Merencanakan intervensi

Berdasarkan analisis kebutuhan pasien, perawat membuat rencana asuhan keperawatan yang mencakup tujuan yang jelas, intervensi yang spesifik, dan evaluasi yang terukur. Rencana ini harus disusun bersama dengan pasien dan keluarganya untuk memastikan pemahaman dan partisipasi mereka

c. Melaksanakan tindakan keperawatan:

Perawat melakukan intervensi sesuai dengan rencana yang telah disusun. Tindakan ini bisa berupa pemberian obat, perawatan luka, pemberian terapi fisik, konseling, atau pendidikan kesehatan kepada pasien dan keluarganya.

d. Memonitor respons pasien

Perawat secara terus-menerus memantau respons pasien terhadap intervensi yang dilakukan. Ini melibatkan pengamatan terhadap tanda-tanda vital, pemantauan laboratorium, evaluasi gejala, dan pembaharuan penilaian keperawatan.

e. Melakukan dokumentasi

Setiap tindakan yang dilakukan perawat harus didokumentasikan dengan akurat dan lengkap.

Dokumentasi ini mencakup informasi tentang keadaan pasien, tindakan yang dilakukan, respons pasien, dan komunikasi dengan anggota tim kesehatan lainnya.

f. Berkolaborasi dengan tim kesehatan

Implementasi keperawatan melibatkan kerjasama dengan anggota tim kesehatan lainnya, termasuk dokter, ahli gizi, terapis fisik, dan perawat lainnya. Kolaborasi ini penting untuk memastikan koordinasi yang baik dalam perawatan pasien.

g. Melakukan evaluasi

Setelah intervensi dilaksanakan, perawat mengevaluasi hasilnya terhadap tujuan yang telah ditetapkan. Evaluasi ini membantu dalam mengidentifikasi keberhasilan atau kegagalan dari tindakan yang dilakukan dan memberikan dasar untuk merumuskan rencana tindak lanjut.

Implementasi keperawatan melibatkan penerapan pengetahuan ilmiah, keahlian klinis, dan keterampilan interpersonal perawat. Penting bagi perawat untuk terus mengikuti perkembangan pengetahuan dan praktik terkini serta menerapkan standar keperawatan yang relevan dalam praktik sehari-hari (Eriyani, 2020).

3.5.6 Evaluasi

Evaluasi keperawatan merupakan proses yang terus-menerus dalam perawatan klien. Perawat perlu melakukan evaluasi secara berkala untuk memastikan bahwa perawatan yang diberikan efektif dan memenuhi kebutuhan klien. Proses evaluasi keperawatan dalam asuhan keperawatan tidak kalah pentingnya dalam proses

perawatan pasien/ klien. Evaluasi dilakukan setelah tahapan perencanaan dan pelaksanaan implementasi keperawatan. Tujuan dari evaluasi keperawatan adalah untuk menilai respon klien terhadap tindakan yang telah dilakukan, mengevaluasi pencapaian tujuan yang telah ditetapkan, dan mengidentifikasi perubahan yang dilakukan dalam rencana keperawatan dengan mempertimbangkan kriteria hasil dalam tujuan umum dan tujuan khusus.

Adapun langkah-langkah umum dalam melakukan keperawatan sebagai berikut:

a. Kumpulkan data

Perawat mengumpulkan data tentang respons klien terhadap intervensi keperawatan yang telah dilakukan. Data ini dapat diperoleh melalui observasi langsung, wawancara dengan klien, pemeriksaan fisik, atau hasil tes laboratorium.

b. Analisis data

Perawat menganalisa data yang telah dikumpulkan untuk mengevaluasi respons klien terhadap implementasi keperawatan. Perawat membandingkan data dengan tujuan yang telah ditetapkan dan kriteria evaluasi yang telah ditetapkan sebelumnya.

c. Evaluasi respons klien

Perawat mengevaluasi respons klien terhadap implementasi. Respons klien dapat dibagi menjadi tiga kategori: respons positif (tujuan tercapai), respons negative (tujuan tidak tercapai), atau respon netral (perubahan minimal atau tidak signifikan).

d. Evaluasi tujuan

Perawat mengevaluasi apakah tujuan keperawatan telah tercapai. Jika tujuan tercapai, maka evaluasi dianggap positif. Jika tujuan tidak tercapai, perawat harus mengidentifikasi alasan mengapa tujuan tidak tercapai dan mengambil langkah-langkah perbaikan yang diperlukan.

e. Perubahan rencana keperawatan

Jika evaluasi menunjukkan bahwa intervensi keperawatan tidak efektif atau tujuan tidak tercapai, perawat harus mempertimbangkan perubahan dalam rencana keperawatan. Perawat dapat mengubah implementasi yang dilakukan, menetapkan tujuan yang baru, atau merujuk klien ke profesional kesehatan lain jika diperlukan.

f. Dokumentasi hasil evaluasi

Hasil evaluasi keperawatan harus didokumentasikan dengan jelas dan akurat dalam catatan keperawatan. Dokumentasi ini mencakup respons klien, pencapaian tujuan, dan perubahan rencana keperawatan.

DAFTAR PUSTAKA

- Dinarti, & Mulyanti, Y. (2017). *Dokumentasi Keperawatan. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia*. Retrieved from <http://bppsdmk.kemkes.go.id/pusdiksdmk/wp-content/uploads/2017/11/PRAKTIKA-DOKUMEN-KEPERAWATAN-DAFIS.pdf>
- Dermawan, D. (2012). *Proses Keperawatan Penerapan Konsep dan Kerangka Kerja*. Yogyakarta : Gosyen Publishing.
- Eriyani. (2020). *Buku Ajar: Dokumentasi Keperawatan. STIKes Binalita Sudama*. Retrieved from <http://bppsdmk.kemkes.go.id/pusdiksdmk/wp-content/uploads/2017/11/PRAKTIKA-DOKUMEN-KEPERAWATAN-DAFIS.pdf>
- Hendriana, Y., & Pranatha, A. (2020). Standar nursing language berbasis NANDA, NOC, dan NIC terhadap kualitas pengisian dokumentasi keperawatan. *NURSCOPE: Jurnal Penelitian Dan Pemikiran Ilmiah Keperawatan*, 5(2), 26. <http://doi.org/10.30659/nurscope.5.2.26-31>
- Murzella. (2020). Pengkajian keperawatan untuk menentukan asuhan keperawatan pada pasien. *Journal Keperawatan*.
- Sianturi, W. A. (2020). Model Dokumentasi dalam Keperawatan, 1–6. Retrieved from [file:///C:/Users/OWNER/Downloads/FlorenceA N. \(164\) Model Dokumentasi kep-dikonversi \(1\).pdf](file:///C:/Users/OWNER/Downloads/FlorenceA%20N.%20(164)%20Model%20Dokumentasi%20kep-dikonversi%20(1).pdf)
- Supriyono, E. (2022). Sistem Pakar Penegakan diagnosa Penyakit Hipertensi Dengan Inferensi Forward Chaining Menggunakan Metode Support Vector Machine (SVM), 08(02), 207–221.

BAB 4

PENGKAJIAN KEPERAWATAN

Oleh Masyita Haerianti

4.1 Pendahuluan

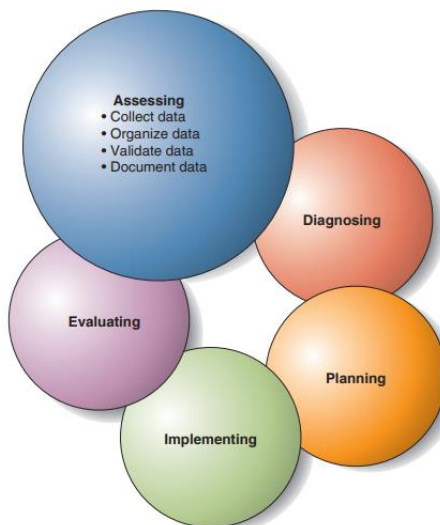
Pengkajian merupakan tahap awal dan dasar dalam proses asuhan keperawatan (Yosst & Crawford, 2020). Pengkajian adalah proses mengumpulkan data atau informasi pasien secara sistematis dan berkelanjutan melalui proses analisis, validasi dan wawancara dengan pasien (Taylor *et al*, 2015). Informasi yang dikumpulkan tidak hanya melalui proses wawancara, namun juga melalui pemeriksaan fisik dan pengumpulan data kesehatan. Data kesehatan yang dikumpulkan tidak hanya berupa data fisik pasien, namun juga data emosional, spiritual, sosioekonomi dan budaya yang semuanya berkontribusi terhadap kesehatan pasien. Data yang telah terkumpul selanjutnya dianalisis, divalidasi, diorganisir dan didokumentasikan sebagai dasar dalam menyusun rencana asuhan keperawatan pasien (Yosst & Crawford, 2020).

4.2 Pengkajian

Pengkajian adalah proses mengumpulkan data atau informasi pasien secara sistematis dan berkelanjutan termasuk mengorganisir data, validasi dan

mendokumentasikan data pasien (gambar 4.1) (Berman *et al*, 2022). Data yang dikumpulkan merefleksikan status kesehatan pasien yang meningkat atau menurun akibat penyakit ataupun karena kecelakaan yang dialami pasien (Taylor *et al*, 2015). Data yang dikumpulkan berkaitan dengan kondisi fisik, mental, spiritual, sosioekonomi dan budaya pasien (Wilkinson *et al*, 2016).

Data yang dikumpulkan mengandung seluruh informasi yang saling berkaitan yang dikumpulkan oleh perawat dan tenaga profesional kesehatan lain secara lengkap dengan tujuan membantu meningkatkan status kesehatan pasien melalui rencana asuhan keperawatan yang komprehensif dan efektif (Taylor *et al*, 2015).



Pengkajian menjadi tahap awal dalam proses asuhan keperawatan sehingga data yang dikumpulkan dalam proses pengkajian harus akurat dan lengkap karena berkaitan dan mempengaruhi proses asuhan keperawatan selanjutnya, seperti yang tampak pada penjelasan dan gambar 2 (Wilkinson *et al*, 2016).

a. Diagnosa

Pengkajian menyediakan data yang dibutuhkan untuk mengidentifikasi masalah kesehatan pasien atau menentukan diagnosa keperawatan pasien.

b. Rencana intervensi

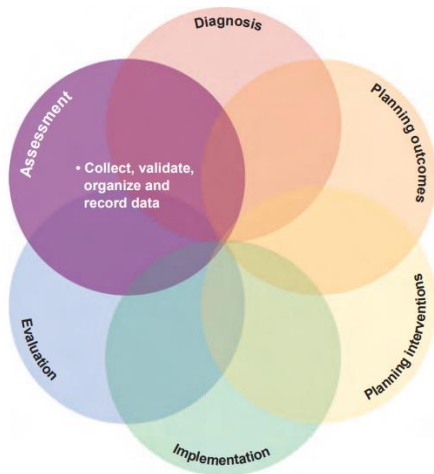
Pengkajian membantu perawat dalam menentukan intervensi keperawatan yang sesuai dan efektif bagi pasien.

c. Implementasi

Saat proses implementasi dilakukan proses pengkajian akan tetap dilakukan melalui observasi terhadap respon pasien, sebagai contoh saat ambulasi dilakukan perawat melakukan observasi terhadap pernapasan pasien sebagai respon terhadap tindakan ambulasi yang dilakukan.

d. Evaluasi

Setelah proses intervensi dan implementasi dilakukan sesuai dengan diagnosa keperawatan pasien, perawat kembali melakukan pengkajian terhadap kondisi pasien dengan melihat respon pasien. Pengkajian ulang menjadi dasar bagi perawat untuk merencanakan perubahan terhadap asuhan keperawatan yang akan datang.



Gambar 4.2. Proses Asuhan Keperawatan: Fase Pengkajian
(Sumber: Wilkinson *et al*, 2016)

4.3 Jenis Pengkajian

Terdapat empat jenis pengkajian yang dilakukan oleh perawat sesuai dengan situasi dan kondisi saat interaksi terjadi antara perawat dengan pasien (Yosst & Crawford, 2020). Keempat jenis pengkajian tersebut yakni sebagai berikut;

4.3.1 Pengkajian Komprehensif

Pengkajian komprehensif merupakan pengkajian yang lengkap dan detail mencakup kondisi fisik, psikososial, budaya, spiritual dan gaya hidup pasien termasuk status kesehatan pasien yang lalu (Potter *et al*, 2021). Pengkajian komprehensif dilakukan saat pasien masuk ke rumah sakit (Berman *et al*, 2022).

Pengkajian komprehensif dilakukan melalui proses wawancara yang berpusat pada pasien yang seutuhnya dilakukan oleh perawat (Potter *et al*, 2021). Pengkajian komprehensif bertujuan untuk mengumpulkan data secara lengkap sebagai upaya untuk mengidentifikasi dan menyusun rencana asuhan keperawatan (Taylor *et al*, 2015). Pengkajian komprehensif dapat disertai atau diikuti dengan pengkajian klinis atau spesifik bergantung pada kondisi kesehatan pasien, pedoman dan kebijakan fasilitas kesehatan yang ada. Hasil tes laboratorium dan diagnostik merupakan salah satu jenis data pengkajian komprehensif (Yosst & Crawford, 2020).

4.3.2 Pengkajian Spesifik

Pengkajian spesifik atau pengkajian klinis merupakan pengkajian yang memuat pemeriksaan fisik pasien secara ringkas (Yosst & Crawford, 2020). Pengkajian spesifik bersifat periodik karena pengkajian spesifik dilakukan hanya pada saat perawat kontak dengan pasien untuk menilai kondisi atau melakukan *follow up* terhadap kondisi kesehatan pasien (Potter *et al*, 2021). Perawat mengumpulkan data tentang masalah spesifik pasien yang sebelumnya telah teridentifikasi melalui pengkajian prioritas yang cepat, berfokus dan terprioritaskan (Taylor *et al*, 2015).

Pengkajian spesifik dilakukan pada pelayanan intensif atau ruang pelayanan yang berfokus pada upaya menstabilkan kondisi pasien atau pada pasien dengan kondisi spesifik yang membutuhkan perawatan khusus, atau pada pasien dengan perubahan kondisi yang lebih buruk atau pada pasien yang mengalami komplikasi tambahan

(Yosst & Crawford, 2020). Dengan kata lain pengkajian spesifik berfokus hanya pada bagian masalah tertentu pasien dibandingkan kondisi kesehatan pasien secara keseluruhan (Wilkinson *et al*, 2016). Sebagai contoh perawat pada unit gawat darurat menggunakan pendekatan *Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure (ABCDE)* untuk melakukan pengkajian dan memberikan tindakan secara cepat pada pasien yang mengalami kecelakaan atau dalam kondisi kritis (Potter *et al*, 2021). Contoh lain yakni pengkajian yang berpusat hanya pada nyeri, atau nutrisi, kesehatan spiritual atau dukungan sosial dan gaya hidup (Wilkinson *et al*, 2016).

4.3.3 Pengkajian Darurat

Pengkajian darurat merupakan pengkajian yang dilakukan saat pasien mengalami kondisi krisis baik secara fisik maupun psikis dengan tujuan untuk mengidentifikasi masalah yang mengancam jiwa pasien (Taylor *et al*, 2015). Dalam proses pengkajian darurat, waktu menjadi faktor penting dan tindakan harus segera dilakukan sehingga pasien mendapatkan tindakan berdasarkan pengkajian yang dilakukan secara cepat sesuai dengan kondisi darurat dan hasil pemeriksaan fisik yang berfokus pada tanda dan gejala kritis pasien (Yosst & Crawford, 2020).

Perawat mungkin tidak dapat menyelesaikan proses pengkajian secara lengkap dan kadangkala hanya berfokus pada satu sistem tubuh saja. Perawat perlu mengingat dan mengetahui bahwa dalam pengkajian darurat, perawat perlu melakukan pengkajian kembali setiap 5-15 menit bergantung pada kondisi pasien (Yosst & Crawford, 2020). Contoh kondisi pasien yang memerlukan pengkajian darurat

seperti residen yang tersedak saat makan, pasien yang tidak responsif di unit rehabilitasi, atau buruh yang mengalami intimidasi. Pada beberapa kasus tersebut maka tahapan pengkajian darurat yang dilakukan seperti pada kasus residen yang tersedak yakni 1) mengkaji penyebab pasien tersedak, 2) mengkaji karakteristik luka dan pendarahan yang mungkin ada, dan 3) mengkaji potensial kejadian berbahaya yang mungkin akan segera muncul setelah kejadian tersedak terjadi (Taylor *et al*, 2015). Fokus pengkajian lain dalam pengkajian darurat yakni apakah ada kelainan yang mencolok pada kondisi pasien seperti apakah adanya luka seperti luka robek, abrasi, memar, patah tulang, terbakar, nyeri, perdarahan atau pembengkakan (Yosst & Crawford, 2020).

4.3.4 Time-Lapsed Assesment

Time-lapsed assesment merupakan jenis pengkajian yang membandingkan antara status pasien kesehatan sekarang dengan data pengkajian awal yang telah didapatkan sebelumnya. Pasien yang menjalani perawatan di rumah dan memerlukan perawatan dalam jangka waktu yang lama menjadi fokus pada *time-lapsed assesment* untuk mengkaji kembali status kesehatan pasien dan melakukan revisi terhadap rencana asuhan keperawatan (Taylor *et al*, 2015).

4.4 Metode Pengkajian

Metode pengkajian terdiri dari beberapa cara yakni observasi, wawancara, dan pemeriksaan fisik (Berman *et al*, 2022).

4.4.1 Observasi

Perawat dapat mengumpulkan informasi yang penting tentang kondisi emosi dan status kesehatan pasien melalui observasi (Yosst & Crawford, 2020). Observasi mengacu pada penggunaan pancaindra secara sadar dan sengaja untuk mengumpulkan dan menginterpretasikan data dan situasi lingkungan pasien (Wilkinson *et al*, 2016). Berikut contoh hasil observasi pada pasien dengan menggunakan pancaindra (Berman *et al*, 2022).

a) Penglihatan

Keseluruhan penampilan pasien (seperti bentuk tubuh, berat badan, postur, penampilan), tanda ketidaknyamanan, gestur tubuh dan mimik wajah, warna dan lesi kulit, keterbatasan gerak, sikap (marah, cemas), benda keagamaan atau kebudayaan (buku, kitab suci, lilin).

b) Penciuman

Bau badan atau bau napas.

c) Pendengaran

Suara paru dan jantung, suara perut, kemampuan berkomunikasi dan berbahasa, kemampuan merespon ketika berbicara tentang orang, waktu dan tempat, perasaan atau status kesehatan.

d) Peraba

Tekstur kulit, suhu, kekuatan otot (kemampuan menggenggam), nadi, luka yang dapat diraba seperti massa, nodul, benjolan.

Hasil observasi dapat menjadi petunjuk yang menuntun perawat untuk mendapatkan data objektif pasien secara lebih lengkap sehingga dapat menyimpulkan kondisi pasien secara lebih akurat (Potter *et al*, 2021).

4.4.2 Wawancara

Wawancara merupakan suatu teknik komunikasi yang terstruktur dan bertujuan yang dilakukan dengan memberikan pertanyaan kepada pasien (Wilkinson *et al*, 2016). Dalam hal ini wawancara adalah percakapan personal antara pasien dan perawat dengan tujuan untuk mendapatkan informasi terkait status kesehatan pasien (Hinkle *et al*, 2022). Kemampuan wawancara yang adekuat sangat dibutuhkan untuk membangun hubungan yang baik dengan pasien, menyampaikan rencana perawatan dan memperoleh data yang diperlukan (Taylor *et al*, 2015).

Terdapat dua pendekatan dalam wawancara yakni pendekatan secara langsung (*directive*) dan tidak langsung (*nondirective*) (Berman *et al*, 2022).

- a) Wawancara secara langsung merupakan wawancara yang menggunakan teknik yang terstruktur dan berusaha memperoleh informasi yang spesifik. Perawat menetapkan tujuan dan mengontrol jalannya wawancara, sementara pasien menjawab pertanyaan perawat namun terbatas untuk bertanya atau melakukan diskusi dengan perawat. Wawancara secara langsung digunakan saat waktu perawat terbatas seperti pada kondisi darurat.

b) Wawancara tidak langsung

Perawat memberikan kesempatan kepada pasien untuk mengontrol tujuan, topik dan lokasi wawancara.

Wawancara terdiri dari tiga fase yakni fase orientasi atau pengenalan, fase kerja dan terminasi. Setiap fase berkontribusi terhadap perkembangan atau peningkatan kepercayaan dan ikatan antara perawat dan pasien (Yosst & Crawford, 2020).

a) Fase orientasi

Fase orientasi dimulai dengan perawat mengenalkan diri ke pasien dan menyampaikan tujuan wawancara dengan tujuan membangun kepercayaan antara perawat dan pasien yang akan berdampak pada interaksi selanjutnya (Yosst & Crawford, 2020). Perawat memastikan bahwa segala informasi yang didapat akan dijaga kerahasiaannya. Pelaksanaan fase orientasi dilakukan dengan tujuan menyusun suatu rencana terkait proses wawancara yang akan dilakukan termasuk cara mendapatkan informasi tentang status atau masalah kesehatan pasien (Potter *et al*, 2021).

Perawat perlu memperhatikan lingkungan dan waktu yang tepat, kenyamanan pasien, posisi antara pasien dan perawat, dan sikap perawat sebagai upaya dalam memperoleh informasi terkait status kesehatan pasien. Sikap perawat seperti menekan pulpen, melihat jam tangan, ekspresi wajah yang kurang sesuai, kurang senyum, suara yang terlalu lemah atau tinggi, kurangnya kontak mata dan perhatian dengan pasien membuat komunikasi pada fase orientasi tidak

berjalan dengan baik (Yosst & Crawford, 2020). Membina hubungan saling percaya antara perawat dan pasien merupakan poin penting dalam fase orientasi yang dapat ditunjukkan depan sikap terbuka dan tertarik dengan segala sesuatu yang ditunjukkan oleh pasien (Taylor *et al*, 2015).

b) Fase kerja

Fase kerja menjadi fase yang terpanjang diantara ketiga fase karena perawat perlu mengumpulkan segala informasi secara lengkap dan akurat terkait kondisi pasien dengan meminta kepada pasien untuk menggambarkan masalah yang sedang dialami (Potter *et al*, 2021). Perawat harus bersikap aktif mendengarkan dan memperhatikan ekspresi verbal dan nonverbal pasien, dan tidak menunjukkan sikap yang terburu-buru agar dapat memperoleh informasi kondisi kesehatan pasien secara lengkap (Yosst & Crawford, 2020).

Perawat juga menanyakan kepada pasien terkait pengetahuan dan pengobatan tentang penyakit pasien (Yosst & Crawford, 2020). Pada fase ini perawat juga perlu menggali edukasi kesehatan yang perlu diberikan pada pasien sehingga pada fase ini perawat dapat berperan sebagai konselor dan edukator (Yosst & Crawford, 2020; Taylor *et al*, 2015). Tidak hanya memberikan edukasi kesehatan, perawat juga dapat memberikan motivasi dan meminta kepada pasien untuk melakukan aktivitas yang dapat meningkatkan kesehatan, memfasilitasi pasien khususnya pada pasien yang memiliki keterbatasan dan membantu

pasien mengekspresikan perasaan tentang masalah kesehatan, rencana perawatan atau hal lain. Sehingga pada fase kerja, perawat tidak hanya mengumpulkan informasi namun juga dapat menunjukkan kerja sama dengan pasien untuk memenuhi kebutuhan fisik dan psikososial pasien (Taylor *et al*, 2015).

c) Fase terminasi

Fase terminasi merupakan fase akhir dalam sesi wawancara sehingga untuk memulai fase ini dilakukan dengan memberikan kode atau informasi kepada pasien bahwa wawancara akan diakhiri, contoh kalimat “saya mempunyai 2 pertanyaan lagi” (Potter *et al*, 2021). Fase terminasi juga dapat terjadi ketika terjadi pergantian sif, pasien dipindahkan atau saat perawat tiba-tiba harus melakukan pekerjaan sehingga wawancara dengan pasien harus segera diakhiri (Taylor *et al*, 2015).

Pada fase terminasi perawat menyimpulkan kondisi kesehatan pasien dan memvalidasi terkait kesimpulan yang telah diperoleh pada pasien (Yosst & Crawford, 2020). Perawat dapat memberikan kesempatan kepada pasien untuk menyangkal kesimpulan informasi yang disusun oleh perawat karena umumnya pada fase terminasi pasien kadang-kala menunjukkan emosi yang menyangkal seperti cemas dan takut terkait kesimpulan mengenai kondisi kesehatan pasien (Yosst & Crawford, 2020; Taylor *et al*, 2015). Pada fase ini perawat perlu mendorong pasien untuk mengekspresikan emosi yang dirasakan (Taylor *et al*, 2015). Perawat

mengakhiri fase terminasi dengan cara yang baik dan memberitahu kapan akan kembali untuk memberikan perawatan pada pasien (Potter *et al*, 2021).

4.4.3 Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik merupakan prosedur utama yang digunakan dalam mengumpulkan data pasien yang dilakukan (Wilkinson *et al*, 2016). Pemeriksaan fisik dapat dilakukan sebelum, selama atau setelah mengumpulkan data kesehatan pasien bergantung pada kondisi fisik dan emosional pasien serta situasi yang membutuhkan tindakan segera. Dalam melakukan pemeriksaan fisik seorang perawat perlu menggunakan indra penglihatan, pendengaran, peraba dan penciuman seperti saat melakukan wawancara (Hinkle *et al*, 2022).

Pemeriksaan fisik bertujuan untuk mengetahui status kesehatan pasien baik secara fisik, psikis, dan emosional, mengetahui masalah kesehatan pasien dan untuk melengkapi data pengkajian untuk kelengkapan intervensi keperawatan (Taylor *et al*, 2015). Pemeriksaan fisik dilakukan dengan empat teknik yakni inspeksi (tindakan observasi dan pemeriksaan fisik pasien secara visual), palpasi (dengan menggunakan sentuhan baik secara dangkal atau dalam dengan menggunakan telapak tangan), perkusi (mengetuk permukaan tubuh dengan menggunakan ujung ruas jari yang menghasilkan getaran atau suara bergantung pada isi area yang diketuk apakah terisi udara, cairan atau benda padat), dan auskultasi (mendengarkan suara normal atau abnormal yang dihasilkan oleh tubuh pasien baik secara langsung atau tidak langsung dengan menggunakan stetoskop) (Wilkinson *et al*, 2016).

4.5 Jenis Data Pengkajian

Terdapat dua jenis data pengkajian yakni data subjektif dan data objektif.

4.5.1 Data Subjektif

Data subjektif adalah deskripsi verbal pasien tentang masalah kesehatan yang dialami. Data subjektif mencakup perasaan, persepsi dan keluhan gejala yang dirasakan pasien (Potter *et al*, 2021). Oleh karenanya data subjektif tidak dapat dipersepsikan atau divalidasi oleh orang lain karena sumber data subjektif ialah pasien sendiri. Contoh data subjektif seperti pasien mengatakan merasa gugup, mual, gatal dan nyeri (Taylor *et al*, 2015). Secara garis besar data subjektif merefleksikan perubahan fisik dan psikis pasien (Potter *et al*, 2021). Data subjektif kadangkala juga disebut sebagai gejala atau data yang tersembunyi (Wilkinson *et al*, 2016).

4.5.2 Data Objektif

Data objektif kadangkala disebut sebagai tanda atau data yang jelas (Berman *et al*, 2022). Data objektif adalah data yang didapatkan berdasarkan hasil observasi dan pengukuran yang dilakukan melalui penglihatan, pendengaran, perabaan atau dari orang lain yang mengetahui kondisi pasien (Taylor *et al*, 2015). Hasil data pengkajian objektif dapat diverifikasi atau diukur oleh perawat atau petugas kesehatan lain yang melakukan observasi pada pasien yang sama seperti hasil pengukuran suhu pasien, warna kulit, atau pengeluaran urin pasien (Wilkinson *et al*, 2016). Data objektif digunakan sebagai

sumber untuk melakukan validasi terhadap data subjektif yang telah didapatkan dan melengkapi proses pengkajian dalam rencana asuhan keperawatan pasien (Berman *et al*, 2022).

4.6 Sumber Data Pengkajian

Sumber data pengkajian terdiri dari dua jenis yakni primer dan sekunder. Sumber data primer yakni pasien, sementara keluarga, petugas kesehatan, data rekam medis, sumber data lain atau pengalaman perawat merupakan jenis data sekunder. Semua data sekunder yang bukan berasal dari pasien sendiri perlu divalidasi jika memungkinkan (Berman *et al*, 2022).

4.6.1 Pasien

Pasien merupakan sumber informasi yang terbaik. Pasien dengan kondisi kesadaran yang baik, terjaga dan mampu menjawab pertanyaan dapat memberikan informasi yang akurat terkait kondisi kesehatannya (Potter *et al*, 2021). Sebaliknya, pasien dengan perubahan kognitif, atau pasien demensia, merasa cemas atau takut dapat menjadi sumber yang kurang dapat diandalkan, sehingga perawat dapat beralih ke keluarga pasien atau sumber data sekunder lain. Jika pasien merasa ragu-ragu dalam memberikan data, maka perawat dapat memberitahukan kepada pasien bahwa semua data yang dikumpulkan akan dilindungi dalam hal ini privasi pasien terjaga dan data hanya dapat dibagikan

kepada orang yang mempunyai hak secara sah yang berkaitan dengan kesehatan (Berman *et al*, 2022).

Perawat perlu mempertimbangkan kondisi pasien sebelum melakukan pengkajian, seperti a) kondisi tempat pasien dirawat dimana pasien yang dirawat di ruang unit gawat darurat akan memberikan respon yang berbeda dengan pasien yang hanya melakukan rawat jalan, b) pengetahuan kesehatan pasien, dan c) usia pasien khususnya pada pasien lansia yang mayoritas mengalami gangguan pendengaran yang memungkinkan akan menyulitkan dalam proses pengkajian. Untuk mengatasi beberapa masalah tersebut maka perawat diharapkan menggunakan pertanyaan yang singkat, bahasa yang mudah dimengerti dan mendengarkan dengan seksama, bekerjasama dengan keluarga pasien, memperhatikan dengan seksama dan menunjukkan rasa peduli (Potter *et al*, 2021).

4.6.2 Keluarga

Keluarga merupakan sumber informasi primer bagi pasien anak, pasien dewasa dengan kondisi kritis atau pada pasien yang mengalami disabilitas atau gangguan kognitif (Potter *et al*, 2021). Keluarga dapat memberikan informasi tentang respon pasien selama sakit, ataupun stres yang dirasakan pasien ataupun kondisi lain yang memengaruhi kesehatan pasien (Berman *et al*, 2022). Keluarga tidak hanya memberikan informasi tentang kondisi kesehatan pasien sekarang, namun juga dapat memberitahukan terkait perubahan kondisi kesehatan pasien yang dapat

memengaruhi rencana asuhan keperawatan sehingga sangat penting bagi seorang perawat untuk membina hubungan yang erat dengan keluarga pasien agar dapat memperoleh informasi yang dibutuhkan (Potter *et al*, 2021). Selain keluarga, teman dan *caregivers* yang mengetahui kondisi pasien dengan sangat baik dapat menjadi sumber data bagi perawat. Perawat tetap perlu melakukan validasi terhadap data yang didapat dari keluarga, teman ataupun *caregivers* dengan melakukan wawancara secara langsung kepada pasien jika memungkinkan (Berman *et al*, 2022).

4.6.3 Petugas Kesehatan

Perawat dapat menggali informasi terkait kondisi kesehatan pasien melalui petugas kesehatan lain saat proses timbang terima dilakukan. Timbang terima merupakan proses transfer dan penerimaan terkait tanggungjawab perawatan pasien yang dilakukan melalui komunikasi. Proses timbang terima menjadi hal yang penting dalam proses pengkajian karena informasi terkait kondisi pasien dapat diketahui sehingga sangat penting timbang terima dilakukan dengan tepat dan lengkap untuk menghindari adanya informasi yang tidak akurat (Potter *et al*, 2021).

4.6.4 Rekam Medik

Rekam medis menjadi salah satu sumber yang penting dalam proses pengkajian data pasien karena mengandung informasi tentang pekerjaan, agama dan status perkawinan pasien (Berman *et al*, 2022). Rekam medis juga mengandung informasi terkait riwayat kesehatan, hasil laboratorium dan tes diagnostik, pemeriksaan fisik dan rencana perawatan pasien (Potter *et al*, 2021). Rekam medis dapat menjadi

sumber informasi tentang koping yang dilakukan pasien, riwayat pengobatan, riwayat penyakit dan alergi yang dialami pasien (Berman *et al*, 2022).

Rekam medis menjadi alat yang mampu membantu perawat untuk mengecek konsistensi dan kesamaan antara hasil observasi dan pengukuran yang telah dilakukan (Potter *et al*, 2021). Namun, perawat tetap perlu mempertimbangkan bahwa informasi yang tercatat pada data rekam medis merupakan informasi yang masih baru karena dapat memengaruhi riwayat kesehatan dan rencana asuhan keperawatan pasien (Berman *et al*, 2022).

4.6.5 Sumber Data Lain dan Literatur Ilmiah

Pendidikan atau riwayat kerja pasien menjadi sumber lain yang dapat digunakan dalam melengkapi data pengkajian karena mengandung informasi tentang data pasien.

Literatur ilmiah dapat memberikan informasi dan meningkatkan pengetahuan perawat tentang tanda dan gejala penyakit yang dialami pasien, pilihan pengobatan dan standar perawatan yang dapat diberikan pada pasien (Potter *et al*, 2021). Melakukan literatur ilmiah mengenai kondisi pasien dapat menjadi sumber data pengkajian yang dapat membantu perawat untuk melengkapi data pengkajian dan menyusun intervensi keperawatan berdasarkan bukti ilmiah (Taylor *et al*, 2015).

4.6.6 Pengalaman Perawat

Pengalaman perawat dalam merawat pasien dapat menjadi sumber data pengkajian. Pengalaman melalui

observasi terhadap perilaku pasien selama dirawat, pemeriksaan fisik, tanda dan gejala yang ditampilkan pasien menjadi sumber informasi yang sangat penting dalam melengkapi data pengkajian. Pengalaman perawat dalam merawat pasien dapat meningkatkan kemampuan perawat untuk memahami pasien dengan baik khususnya bagi pasien yang menunjukkan respon yang sama dengan pasien yang lain (Potter *et al*, 2021).

4.7 Proses Pengkajian

Proses pengkajian terdiri empat tahapan yakni pengumpulan data, validasi data, organisir data dan dokumentasi data.

4.7.1 Pengumpulan Data

Pengumpulan data merupakan proses sistematis yang terjadi melalui proses interaksi antara perawat dan pasien (Yosst & Crawford, 2020). Pengumpulan data berarti mengumpulkan segala informasi terkait status kesehatan pasien sehingga data yang dikumpulkan harus sistematis dan berkelanjutan untuk menghindari hilangnya data yang penting (Berman *et al*, 2022).

Seorang perawat juga harus menyadari bahwa proses pengkajian adalah proses yang dinamis sehingga dalam melakukan pengkajian diharapkan perawat melakukan dengan baik dan mengumpulkan data pengkajian secara lengkap (Yosst & Crawford, 2020). Proses pengumpulan data dapat dilakukan melalui sumber data baik sumber data primer yang berasal dari pasien, ataupun sumber data sekunder yang bersumber bukan dari pasien seperti keluarga, teman, petugas kesehatan, rekam medis, literatur

ilmiah ataupun pengalaman perawat serta data subjektif dan data objektif (Potter *et al*, 2021). Pengumpulan data membantu perawat, pasien dan tim kesehatan lain untuk mengidentifikasi masalah kesehatan atau faktor risiko yang memungkinkan adanya perubahan terhadap status kesehatan pasien (Berman *et al*, 2022).

4.7.2 Validasi Data

Validasi adalah tindakan “*double-checking*” atau melakukan verifikasi data untuk mengetahui apakah data akurat dan faktual. Validasi data membantu perawat untuk memastikan bahwa informasi yang didapat lengkap, meyakinkan bahwa data objektif sesuai dengan data subjektif, memperoleh informasi tambahan yang mungkin terabaikan, membedakan antara petunjuk dan dugaan perawat serta menghindari kesimpulan yang salah (Berman *et al*, 2022). Validasi menjadi bagian yang penting dalam pengkajian karena informasi yang tidak valid dapat mencetuskan asuhan keperawatan yang salah (Taylor *et al*, 2015).

Tidak semua data memerlukan validasi data seperti berat badan, suhu, tinggi badan karena data tersebut merupakan data yang faktual (Berman *et al*, 2022). Validasi data dilakukan ketika terdapat perbedaan data yang didapat pasien saat wawancara (data subjektif) dan hasil pemeriksaan fisik (data objektif) atau pada saat pasien menyampaikan hal yang berbeda-beda berulang kali sebagai contoh pasien yang menyampaikan bahwa kondisi kesehatannya baik namun hasil pemeriksaan didapatkan otot pasien tampak tegang dan kaku (Taylor *et al*, 2015).

Dalam melakukan validasi data, perawat perlu memperhatikan dan menghindarkan diri dari perilaku penilaian dan kepercayaan perawat sendiri dan mampu membedakan antara kenyataan dengan kesimpulan, asumsi atau interpretasi (Berman *et al*, 2022). Sebagai contoh seorang perawat yang melihat pasien menangis dan beranggapan bahwa pasien mungkin menangis karena mengetahui diagnosa penyakitnya, sebaliknya seorang perawat harus melakukan validasi dengan menanyakan kepada pasien apa yang menyebabkan pasien menangis. Hasil validasi data tidak hanya dapat divalidasi pada pasien namun juga dapat dilakukan pada teman atau keluarga pasien yang mengetahui kondisi pasien dengan detail (Potter *et al*, 2021).

4.7.3 Organisir Data

Organisir data dilakukan setelah data pasien dikumpulkan dan divalidasi (Potter *et al*, 2021). Perawat dapat menggunakan format pengkajian tertentu untuk mengorganisir data pengkajian secara sistematis (Berman *et al*, 2022). Setiap fasilitas pelayanan kesehatan memiliki format pengkajian data tersendiri, namun pada umumnya terdapat tiga model format pengkajian yakni *body systems model*, *head-to-toe model* dan pola kesehatan fungsional Gordon (Yosst & Crawford, 2020).

4.7.4 Dokumentasi Data

Dokumentasi data yang akurat merupakan hal yang penting dan harus memuat seluruh data terkait status kesehatan pasien (Berman *et al*, 2022). Dokumentasi data dilakukan dengan menuliskan data secara jelas,

menggunakan tata bahasa yang benar dan hanya menggunakan singkatan medis yang terstandarisasi (Taylor *et al*, 2015). Perawat perlu menghindari penulisan dokumentasi data berdasarkan interpretasi perawat sendiri, sebagai contoh perawat mencatat *intake* pasien untuk sarapan pagi (data objektif) yakni “kopi 240mL, jus 120mL, 1 butir telur dan 1 potong roti” dibandingkan dengan menuliskan nafsu makan baik, sementara untuk data subjektif perawat dapat menggunakan tanda kutip seperti “saya merasa lelah” (Berman *et al*, 2022).

Berikut petunjuk untuk melakukan dokumentasi data (Wilkinson *et al*, 2016).

- a) Dokumentasi data sesegera mungkin setelah proses pengkajian dilakukan.
- b) Tulis dengan rapi, terang dan jelas menggunakan tinta hitam.
- c) Gunakan akronim yang terstandarisasi.
- d) Tuliskan data subjektif dengan menggunakan tanda kutip. Jika kalimat yang disampaikan pasien terlalu panjang, simpulkan.
- e) Catat kalimat yang penting saja untuk menghindari naratif pasien yang terlalu panjang dan tidak relevan.
- f) Gunakan kutipan yang jelas dibandingkan menulis kalimat seperti normal, adekuat, baik. Sebagai contoh “pasien sarapan dengan meminum jus 120mL dan 1 potong roti dibandingkan menulis pasien memiliki nafsu makan yang baik”.
- g) Catat “*cues*” apa yang dikatakan pasien dan hasil observasi perawat, bukan “*inferences*” interpretasi perawat terkait hal yang dikatakan pasien dan hasil observasi, sebagai contoh a) “*cues*” (pasien menangis dan tampak gemetar serta mengatakan ayahnya meninggal

karena serangan jantung), "*inferences*" (cemas karena jadwal pemasangan kateter jantung), (b) "*cues*" (luka tampak merah, terdapat pus dan tepi luka terlihat), "*inferences*" (luka mengalami infeksi), c) "*cues*" (pasien mengatakan membenci ibunya dan berharap dirinya yang meninggal), "*inferences*" (pasien marah dan cenderung ingin bunuh diri).

DAFTAR PUSTAKA

- Berman, A., Snyder, S. J. & Frandsen, G. 2022. *Kozier & Erb's Fundamentals of Nursing: Concepts, Process, and Practice*. 11th edition. United Kingdom: Pearson Education
- Hinkle, J., L., Cheever, K., H., & Overbaugh, K. 2022. *Brunner & Suddarth's Textbook of Medical-Surgical Nursing*. 15th edition. Philadelphia: Wolters Kluwer
- Potter, P., A., Perry, A., G., Stocker, P., A., Hall, A., M., & Ostendorf, W., R. 2021. *Fundamentals of nursing*, 10th edition. Missiouri: Elsevier
- Taylor, C., Lillis, C., Lynnm, P., & LeMone, P. 2015. *Fundamentals of nursing: The Art and Science of Person-Centered Nursing Care*. 8th edition. Philadelphia: Wolters Kluwer
- Yosst, B., L., & Crawford, L., R. 2020. *Fundamentals of Nursing: Active Learning Collaborative Practice*. 2nd edition. Missiouri: Elsevier
- Wilkinson, J., M., Treas, L., S., Barnett, K., & Smith, M., H. 2016. *Fundamentals of Nursing*. 3rd edition. Philadelphia: F.A. Davis Company

BAB 5

PERENCANAAN KEPERAWATAN

Oleh Natalia Elisa Rakinaung

5.1 Pendahuluan

Keperawatan adalah suatu profesi yang memegang peranan penting dalam pelayanan kesehatan dan sebagai penentu dalam kualitas dan mutu layanan kesehatan kepada masyarakat. Pelayanan keperawatan adalah layanan profesional yang menjadi bagian integral dalam layanan kesehatan secara keseluruhan. Perawat dalam tuntutannya sebagai profesi yang profesional dalam layanan kesehatannya dituntut untuk memberikan layanan asuhan keperawatan yang berkualitas bagi individu, kelompok, dan masyarakat.

Asuhan keperawatan adalah suatu metode yang digunakan perawat untuk mengatasi masalah kesehatan klien. Perawat dalam pemberian asuhan keperawatan menjalankan suatu proses keperawatan yang sangat memerlukan pikiran kritis dari perawat untuk secara teliti dan mendetail dalam mengkaji setiap keluhan dari masalah kesehatan yang dialami klien. Proses keperawatan adalah suatu rangkaian tahapan layanan kesehatan perawat kepada pasien yang terdiri dari pengkajian, perumusan diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi, dan evaluasi keperawatan.

Perencanaan keperawatan adalah tahapan ketiga dalam proses keperawatan yang berisi rencana intervensi keperawatan dan tujuan dan kriteria hasil yang diharapkan dari suatu intervensi yang akan diberikan kepada pasien, dimana perencanaan keperawatan ini dikerjakan oleh perawat dengan berlandaskan pada data pengkajian dan diagnosa keperawatan yang dirumuskan oleh perawat berdasarkan kondisi pasien. Perencanaan keperawatan menjadi suatu landasan perawat dalam pemberian tindakan keperawatan kepada pasien (Nasution, 2020). Perencanaan keperawatan merupakan suatu tahapan dari proses keperawatan yang sangat penting dalam layanan asuhan keperawatan kepada pasien.

Perencanaan keperawatan adalah suatu proses penyelesaian masalah yang menjadi keputusan awal dari segala sesuatu dalam proses keperawatan yaitu terkait tentang apa yang akan dilakukan perawat dalam layanan pemberian asuhan keperawatan, bagaimana asuhan keperawatan itu dilakukan, kapan dilaksanakan intervensi keperawatannya, dan siapa yang akan melakukan intervensi-intervensi keperawatan. Perencanaan keperawatan adalah salah satu bagian dokumen penting perawat yang berisi tentang rencana tindakan keperawatan yang menggambarkan masalah keperawatan klien, tujuan dan kriteria hasil yang diharapkan, serta

Perencanaan asuhan keperawatan sangat berperan dalam keberhasilan suatu layanan asuhan keperawatan sehingga perawat wajib menyusun dan mengerjakannya. Perawat harus aktif dalam pengerjaan perencanaan keperawatan agar hasil dari implementasi keperawatan

nanti didapatkan hasil yang sesuai dengan tujuan dan kriteria hasil yang telah ditetapkan. Perencanaan keperawatan dapat dilakukan secara berkelanjutan ataupun tidak, disesuaikan dengan kondisi kesehatan klien. Dalam proses penentuan intervensi keperawatan dalam perencanaan keperawatan, perawat dapat merencanakan intervensi mandiri yang memang khusus dari perawat dengan berkolaborasi dengan perawat lain dan juga dengan profesi kesehatan lainnya dan juga untuk mendapatkan informasi terkait intervensi apa yang tepat untuk diberikan kepada klien. (Syafriahyani, 2019). Setiap intervensi keperawatan yang akan diberikan haruslah meminta persetujuan tindakan dari pasien dan keluarganya terlebih dahulu, jika nantinya tindakan tersebut tidak disetujui pasien dan keluarganya, hal ini berarti tindakan keperawatan tersebut tidak bisa dilakukan. Perencanaan keperawatan yang sudah disusun juga dapat didiskusikan kembali dengan perawat lain dan tenaga medis terkait apakah perencanaan keperawatan tersebut dapat dijalankan atau harus dibuat perencanaan keperawatan baru yang sesuai dengan kondisi klien yang dapat berubah dari kondisi sebelumnya.

5.2 Tujuan Perencanaan Keperawatan

Perencanaan keperawatan dalam proses keperawatan dirumuskan dengan tujuan untuk penyusunan strategi tindakan keperawatan dalam mengatasi masalah kesehatan klien. Dalam prosesnya perawat dengan teratur mengobservasi kondisi klien dan jika diperlukan, perawat dapat merevisi perencanaan keperawatan yang telah

disusun sebelumnya untuk disesuaikan dengan kondisi pasien (Choi & De Gagne, 2016). Peran perencanaan keperawatan dalam proses keperawatan sangatlah penting dimana perawat merumuskan tindakan yang tepat dan rasional dalam membantu mengatasi masalah kesehatan klien berdasarkan pengkajian keperawatan terhadap setiap data obyektif dan subyektif dari klien. Melalui intervensi keperawatan yang disusun dalam perencanaan keperawatan, perawat dapat membantu klien dalam mengurangi, mengatasi, dan mencegah masalah kesehatan yang dialami klien. Perencanaan keperawatan bersifat individual dan disesuaikan dengan kebutuhan dan kondisi kesehatan klien. Intervensi keperawatan yang diberikan perawat terhadap klien juga dapat dalam bentuk edukasi kesehatan yang dapat meningkatkan kemampuan klien dalam merawat dirinya sendiri.

5.2.1 Tujuan Administrasi

Tujuan perencanaan keperawatan dalam pemenuhan kelengkapan administrasi layanan asuhan keperawatan pasien. Perencanaan keperawatan memuat tindakan keperawatan yang disusun dengan fokus dapat mengatasi masalah kesehatan klien, yang dimana intervensi-intervensi ini dapat bersifat promotif dalam hal mempromosikan kesehatan, preventif dalam hal pencegahan masalah kesehatan, kuratif yang terkait dengan pengobatan dan penyembuhan klien, dan rehabilitatif yang terkait dengan pemulihan kondisi kesehatan klien. Masalah keperawatan yang bersifat aktual atau masalah kesehatan yang sedang dialami klien mempunyai layanan kuratif lebih tinggi dibanding yang lainnya karena harus segera diatasi atau

diberikan pengobatan. Layanan yang bersifat promotif lebih banyak diberikan kepada masalah kesehatan yang bersifat sejahtera. Melalui aspek administratif, perawat dapat mendokumentasikan setiap proses keperawatan yang dilakukan dalam penyusunan perencanaan keperawatan yang mulai dari analisa data pengkajian, penentuan diagnosa keperawatan prioritas, penyusunan intervensi keperawatan, dan penjelasan rasional dari setiap intervensi keperawatan. Proses administratif dari perencanaan keperawatan inilah yang membedakan tugas profesional perawat dengan petugas kesehatan lainnya.

5.2.2 Tujuan Klinik

Diagnosa keperawatan prioritas yang dirumuskan dalam proses perencanaan keperawatan dititikberatkan pada masalah yang paling mengancam kehidupan. Adapun skala prioritas dalam penentuan diagnosa keperawatan adalah sebagai berikut ini (Nasution, 2020):

1. Prioritas pertama adalah yang paling mengancam kehidupan
2. Prioritas kedua adalah masalah yang mengancam kesehatan, dan
3. Prioritas ketiga adalah masalah yang mempengaruhi perilaku manusia.

Menurut Depkes RI, tahapan penentuan diagnosa keperawatan prioritas adalah sebagai berikut ini (Pasaribu, 2020) ;

1. Diagnosa keperawatan aktual menjadi prioritas pertama
2. Diagnosa keperawatan potensial menjadi masalah prioritas kedua. Walaupun pada praktek nyatanya di lapangan, tidak selalu keperawatan aktual menjadi yang paling mengancam nyawa klien, bisa juga masalah potensial dapat lebih mengancam nyawa dari masalah aktual berisiko rendah yang terjadi pada klien.

Dalam penentuan diagnosa keperawatan prioritas dapat juga menggunakan Hierarki Maslow sebagai pedoman. Dalam hal ini perawat dapat menentukan diagnosa keperawatan prioritas dengan memperhatikan lima hierarki kebutuhan dasar manusia, sebagai berikut ini (Napitu, 2020):

1. Diagnosa keperawatan prioritas pertama dilihat dari kebutuhan dasar yang bersifat fisiologis yang meliputi pemenuhan oksigenasi, cairan dan elektrolit, eliminasi, nutrisi, istirahat dan tidur, aktivitas dan mobilitas, seksualitas dan aspek fisiologis manusia lainnya.
2. Diagnosa keperawatan prioritas kedua adalah pemenuhan kebutuhan rasa aman dan nyaman.
3. Diagnosa keperawatan prioritas ketiga adalah pemenuhan kebutuhan cinta kasih dan sayang.
4. Diagnosa keperawatan prioritas keempat adalah pemenuhan kebutuhan harga diri dan aktualisasi diri dari klien.

Diagnosa keperawatan prioritas juga dapat ditentukan melalui pendekatan *Body System*. Pendekatan ini berfokus pada fungsi sistem tubuh. Pada pendekatan ini yang menjadi prioritas utama adalah sistem pernapasan karena jika ada masalah kesehatan pada sistem ini dapat mengancam kehidupan klien. Dimana sistem pernapasan terkait fungsi jalan napas dan pernapasan. Diagnosa keperawatan prioritas terakhir yang dapat diangkat berdasarkan *body system* adalah sistem kulit, selaput lendir, dan tulang.

Pengurutan prioritas diagnosa keperawatan dapat dipengaruhi juga oleh persepsi klien terkait masalah kesehatan prioritas yang dialaminya, sehingga sangat pentingkah jika perawat melakukan pengkajian awal kepada klien dalam setiap aspek kehidupan yang meliputi biologis, psikologis, dan spiritual.

5.3 Tahapan Perencanaan Keperawatan

Perencanaan keperawatan berisi rencana-rencana intervensi keperawatan yang disusun perawat untuk pasien yang bertujuan untuk mencegah, mengurangi, ataupun mengatasi masalah kesehatan yang dialami pasien. Dimana dalam pengerjaannya perawat dituntut untuk selalu dapat berpikir kritis, teliti, mendetail, dan akurat terkait pengumpulan data dan informasi yang terkait masalah kesehatan pasien. Perawat dapat memperoleh data pasien melalui pasien itu sendiri, keluarga pasien, hasil pemeriksaan kesehatan pasien yang berasal dari laboratorium, hasil pemeriksaan fisik, dan keluhan utama pasien.

Tahapan perencanaan Keperawatan antara lain sebagai berikut ini (Habeahan, 2020) :

1. Penentuan diagnosa keperawatan prioritas

Perawat dalam proses keperawatan merumuskan diagnosa keperawatan yang ditentukan berdasarkan hasil dari Analisa data pengkajian, kemudian perawat menentukan diagnosa keperawatan prioritas dari diagnosa-diagnosa keperawatan yang diangkat berdasarkan tingkat gawat, darurat, dan mengancam nyawa. Diagnosa keperawatan prioritas adalah diagnosa yang harus segera diatasi dengan pemberian tindakan keperawatan yang rasional dan tepat.

2. Penetapan tujuan dan kriteria hasil

Tujuan dalam perencanaan keperawatan ditentukan untuk menjadi tolak ukur keberhasilan rangkaian intervensi keperawatan dalam mengatasi diagnosa keperawatan yang diangkat. Tujuan dan kriteria hasil mempunyai beberapa komponen yaitu: Perilaku klien, kondisi klien, kata kerja dalam layanan keperawatan yang dapat diukur pencapaiannya, penyebab pemberian intervensi keperawatan, waktu yang dicapai dalam pemberian tindakan.

Rumusan tujuan perencanaan keperawatan juga dapat dirumuskan dengan rumusan SMART (Christina dkk, 2019):

1. Spesifik dalam hal ini tujuannya spesifik berfokus pada pasien dan dituliskan dengan singkat dan jelas.

2. *Measurable* (dapat diukur) yang dimana tujuan yang dirumuskan harus dapat diukur secara kuantitatif.
3. *Achievable* (dapat dicapai) adalah tujuan yang realistis dan dapat dicapai
4. *Reasonable* (rasional/masuk akal) adalah tujuan yang mempunyai landasan ilmiah dan masuk akal untuk dapat dikerjakan intervensinya untuk mengatasi masalah kesehatan klien.
5. *Time* (waktu) dimana dalam penetapan tujuan, ada Batasan waktu penentu untuk intervensi yang telah terencana untuk diimplementasikan dapat mengatasi masalah kesehatan klien.

Adapun kriteria hasil adalah batasan karakteristik atau indikator keberhasilan dari tujuan yang telah ditetapkan. Kriteria hasil berorientasi pada kemungkinan penyebab dan masalah kesehatan yang dialami klien, dan berorientasi juga pada tanda dan gejala masalah kesehatan yang dialami oleh klien yang meliputi empat aspek, yaitu antara lain sebagai berikut ini :

1. Aspek Kognitif yaitu aspek yang terkait dengan kemampuan intelektual atau pola pikir klien.
2. Aspek afektif yaitu aspek yang terkait dengan kemampuan emosional klien dalam hal ini terkait dengan perubahan status atau fungsi emosional klien.
3. Aspek Psikomotor yang terkait dengan perilaku klien.

4. Aspek yang terakhir adalah yang terkait dengan perubahan fungsi tubuh klien ke arah yang faal atau menghasilkan masalah kesehatan pada klien. (Baringbing, 2020).

3. Perumusan rencana intervensi keperawatan

Perawat merumuskan intervensi-intervensi keperawatan yang sesuai dengan diagnosa keperawatan yang diangkat. Sangat diharapkan intervensi keperawatan yang diberikan dapat mengatasi masalah kesehatan klien dengan mencapai setiap tujuan dan kriteria hasil dari masing-masing diagnosa keperawatan yang diangkat.

Dalam penentuan intervensi-intervensi keperawatan terdapat beberapa kriteria, antara lain sebagai berikut ini:

- a. Intervensi keperawatan yang aman bagi klien
- b. Intervensi keperawatan yang sejalan dengan terapi medis
- c. Intervensi keperawatan yang dilandasi oleh prinsip dan pengetahuan yang berasal dari Pendidikan dan pengalaman pelayanan sebelumnya.
- d. Menulis beberapa intervensi keperawatan untuk mencapai tujuan kriteria hasil.
- e. Intervensi keperawatan harus realistis
- f. Intervensi keperawatan harus bermanfaat
- g. Intervensi keperawatan harus berorientasi pada peningkatan status kesehatan pasien dan sejalan

dengan tujuan dan kriteria hasil yang telah ditetapkan dalam perencanaan keperawatan.

- h. Libatkan pasien dalam pemilihan intervensi keperawatan yang tepat untuk mengatasi masalah kesehatan klien.
- i. Intervensi keperawatan ditulis secara berurutan (Rangkuti, 2020).

4. Penetapan rasional dari intervensi keperawatan

Setiap intervensi keperawatan yang direncanakan untuk diberikan kepada klien haruslah mempunyai landasan ilmiah dengan penjelasan rasional dari masing-masing intervensi. Pada proses ini perawat diharuskan untuk berpikir kritis, teliti dan mendetail dalam penentuan intervensi keperawatan yang tepat dalam mengatasi masalah kesehatan klien.

5.4 Tipe Perencanaan Keperawatan

Perencanaan keperawatan dalam prosesnya memiliki tipe yang disesuaikan dengan tujuan layanan penyusunan asuhan keperawatan itu disusun. Terdapat empat tipe perencanaan keperawatan yang dibagi berdasarkan tujuannya, yaitu sebagai berikut ini :

1. Diagnostik

Perencanaan keperawatan tipe diagnostik adalah perencanaan yang dilakukan dengan cara mengobservasi kondisi dan kemajuannya klien secara langsung dan berkelanjutan. Setiap Hal yang telah dirumuskan tujuan dan kriteria hasil haruslah dipantau dengan teliti, detail,

dan berkesinambungan sampai hasil dari intervensi yang dilakukan dapat sesuai dengan kriteria hasil yang telah ditetapkan untuk mengatasi masalah kesehatan klien

2. Terapeutik

Perencanaan keperawatan adalah penetapan intervensi-intervensi keperawatan yang dapat mengurangi, memperbaiki, dan mencegah masalah kesehatan meluas atau lebih berat dan parah. Perencanaan tindakan tipe ini terdiri dari intervensi-intervensi mandiri yang akan diberikan oleh perawat yang berlandaskan ilmu dan seni keperawatan. Setiap masalah keperawatan bisa didapatkan beberapa intervensi alternatif untuk mengatasi masalah keperawatan, perawat harus berpikir kritis dan teliti dan detail dalam memutuskan intervensi keperawatan terbaik yang akan diberikan untuk mengatasi masalah kesehatan klien.

3. Edukasi kesehatan

Perencanaan keperawatan tipe ini berisi intervensi-intervensi keperawatan yang berorientasi pada pemberian Pendidikan kesehatan bagi klien ataupun keluarganya yang bertujuan untuk meningkatkan kemandirian klien agar dapat merawat dirinya untuk sehat. Pada tipe perencanaan keperawatan ini ditekankan partisipasi klien untuk dapat bertanggung jawab dengan kesehatan dirinya sendiri, dan perencanaan keperawatan ini juga dapat diterapkan bagi keluarga dan komunitas masyarakat.

4. Rujukan atau kolaborasi kesehatan

Perencanaan keperawatan tipe kolaboratif adalah perencanaan yang berisi intervensi-intervensi kolaboratif perawat dengan petugas kesehatan lainnya yang disesuaikan dengan masalah kesehatan yang dialami oleh pasien. Masalah keperawatan yang diangkat dari hasil data pengkajian pasien dapat bersifat masalah kognitif yang terkait dengan pengetahuan klien, afektif yang terkait dengan emosional klien, dan Psikomotor yang terkait dengan perilaku dan gaya hidup klien (Asyiah, 2020). Pada perencanaan keperawatan bisa juga tidak melibatkan tindakan medis, akan tetapi pada masalah-masalah kesehatan yang berhubungan dengan perubahan fungsi sistem tubuh, sering dilibatkan intervensi kolaboratif penanganan medis.

DAFTAR PUSTAKA

- Asyiah, N., 2020. Konsep Perencanaan Keperawatan Untuk Meningkatkan Asuhan Keperawatan.
- Baringbing, J.O., 2020. Pentingnya Perencanaan Keperawatan (Intervensi Keperawatan) Dalam Asuhan Keperawatan.
- Christina, P., Indracahyani, A. and Yatnikasaria, A., 2019. Analisis Ketidaksinambungan Dokumentasi Perencanaan Asuhan Keperawatan: Metode Ishikawa. *Jurnal Ilmiah Kesehatan*, 12(2).
- Choi, M. and De Gagne, J.C., 2016. Autonomy of nurse practitioners in primary care: An integrative review. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 28(3), pp.170-174.
- Habeahan, H., 2020. Perencanaan Keperawatan Dalam Proses Menentukan Diagnosa Keperawatan Dengan Melakukan Cara Berpikir Kritis.
- Napitu, J., 2020. Pengaruh Perencanaan Keperawatan Terhadap Kepuasan Pasien.
- Nasution, E.R., 2020. Perencanaan Keperawatan.
- Pasaribu, Y., 2020. TAHAPAN PERENCANAAN KEPERAWATAN.
- Rangkuti, N.A., 2020. Perencanaan Keperawatan Sebagai Proses Keperawatan.
- Syafridayani, F., 2019. Pentingnya Perencanaan Asuhan Keperawatan.

BAB 6

IMPLEMENTASI ATAU TINDAKAN KEPERAWATAN

Oleh Maria Suryani

6.1 Pendahuluan

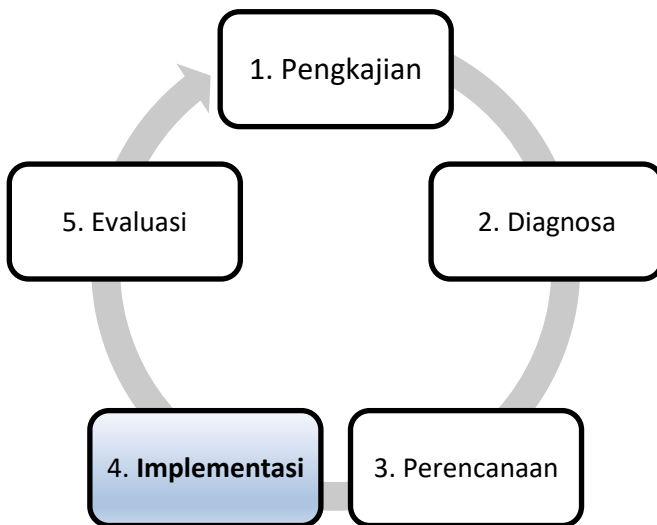
Sejumlah pasien yang datang ke fasilitas kesehatan, baik puskesmas, rumah sakit, panti jompo, dan klinik pratama memerlukan perawatan yang diberikan oleh seorang perawat. Semua perawat di berbagai fasilitas kesehatan di berbagai negara mengharuskan perawat mengaplikasikan setiap tahapan proses keperawatan dengan baik dalam memberikan perawatan pada pasien (Semachew, 2018). Implementasi keperawatan merupakan bagian dari proses keperawatan. Implementasi keperawatan memungkinkan perawat memberikan asuhan keperawatan dengan baik sehingga pasien dapat memperoleh kembali kesehatannya. Bagaimanapun tidak semua perawat melakukan tahapan implementasi dengan baik.

Pelaksanaan implementasi yang tidak sesuai berpengaruh terhadap kualitas asuhan keperawatan yang diberikan secara keseluruhan. Berbagai hambatan yang terjadi baik dari aspek dari dalam dan luar individu perawat

dapat mengakibatkan buruknya kualitas implementasi keperawatan.

Bab ini menjelaskan tentang pengertian implementasi keperawatan, tujuan implementasi, tahapan implementasi, pedoman implementasi agar berhasil, standar implementasi dan faktor-faktor yang mempengaruhi implementasi keperawatan berdasarkan hasil penelitian.

6.2 Pengertian Implementasi Keperawatan



Gambar 6.1. Tahapan dari proses keperawatan
Sumber: (Seaback, 2012)

Implementasi adalah salah satu tahapan dari proses keperawatan (Gambar 6.1) (Seaback, 2012; Toney-Butler and Thayer, 2022). Sebagai bagian dari proses keperawatan, maka implementasi tidak dapat dipisahkan dari proses keperawatan. Implementasi sangat bergantung pada tahapan proses keperawatan sebelumnya yaitu pengkajian, diagnosa keperawatan, dan perencanaan. Melalui ketiga tahapan ini, maka implementasi yang dilakukan perawat akan dapat menunjukkan otonomi dari perawat, dimana perawat tidak sekedar menjalankan instruksi dokter (Wilkinson, 1996, 2011). Tanpa adanya implementasi maka proses keperawatan tidak akan lengkap.

Implementasi atau yang sering disebut sebagai tindakan keperawatan adalah tahapan ke empat dalam proses keperawatan, yang dilakukan setelah perencanaan asuhan keperawatan dibuat oleh perawat (Hidayat, 2008; Toney-Butler and Thayer, 2022). Implementasi adalah suatu tahap yang melibatkan tindakan atau kegiatan untuk melaksanakan intervensi keperawatan yang tertuang dalam perencanaan keperawatan (Sirra, 2009). Tindakan atau kegiatan apa pun yang dilakukan perawat dalam tahap implementasi sangat bergantung pada intervensi yang telah dibuat (Potter *et al.*, 2012). Sama halnya dengan intervensi yang terdiri dari rencana tindakan atau kegiatan pemberian asuhan keperawatan langsung dan tidak langsung, maka aplikasi pelaksanaan implementasi juga berupa tindakan asuhan keperawatan langsung dan tidak langsung pada pasien. Pelaksanaan tindakan keperawatan langsung dan tidak langsung dapat berupa tindakan observasi, terapeutik, edukasi, dan kolaborasi yang semuanya bertujuan untuk mencapai tujuan kesehatan pasien (PPNI, 2019).

6.3 Tujuan Implementasi

Secara umum, implementasi atau tindakan keperawatan bertujuan untuk mencapai tujuan kesehatan pasien (Christensen and Kenney, 1990). Seluruh diagnosa keperawatan yang telah diidentifikasi sebelumnya menunjukkan permasalahan pasien yang harus diatasi. Perawat telah membuat serangkaian tujuan mengatasi permasalahan pasien melalui intervensi yang telah ditentukan. Saat perawat melakukan implementasi maka perawat telah membantu pasien untuk mencapai tujuan untuk meningkatkan dan memperbaiki kesehatan pasien.

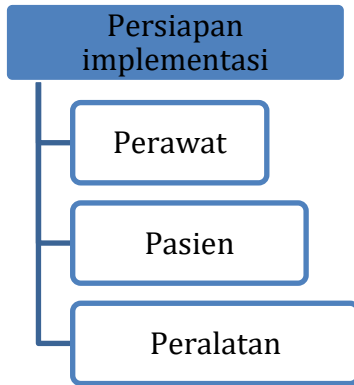
6.4 Tahapan Implementasi

Terdapat tiga tahapan saat perawat melakukan implementasi yaitu persiapan, pelaksanaan, dan pencatatan (Christensen and Kenney, 1990; Wilkinson, 1996, 2011). Ketiga tahapan ini harus dilakukan secara keseluruhan dengan baik secara berurutan (Gambar 6.2).



Gambar 6.2. Tahapan implementasi

6.4.1 Persiapan implementasi



Gambar 6.3. Persiapan implementasi

Persiapan melakukan tindakan keperawatan sangat penting dilakukan agar tujuan yang telah dibuat dalam perencanaan tercapai sesuai dengan yang diinginkan. Perawat, pasien, dan peralatan yang dibutuhkan dalam melakukan tindakan perlu diperhatikan (Gambar 6.3) (Christensen and Kenney, 1990; Wilkinson, 1996, 2011).

6.4.1.1 Persiapan perawat

Persiapan diri perawat sangat menentukan keberhasilan tindakan yang akan dilakukan karena perawat merupakan orang yang akan melakukan implementasi pada pasien. Perawat perlu memastikan apakah sudah siap melakukan implementasi. Persiapan yang perlu dilakukan perawat antara lain:

1. Tinjau perencanaan keperawatan

Perencanaan keperawatan yang telah dibuat perlu benar-benar dipahami perawat dan sesuai dengan masalah pasien. Perawat harus familiar dengan tindakan yang akan dilakukan sehingga tidak terjadi ketidaksesuaian tindakan dengan perencanaan yang dibuat. Contoh: perawat membaca seluruh intervensi yang tertulis dengan teliti dan meninjau ulang apakah intervensi sesuai dengan masalah pasien.

2. Pengetahuan dan keterampilan

Pengetahuan dan keterampilan tentang tindakan yang akan dilakukan perlu dimiliki perawat. Perawat perlu waspada dengan pengetahuan dan keterampilan yang dimilikinya. Kurangnya pengetahuan dan ketrampilan yang dimiliki perawat dapat meningkatkan risiko terjadinya kesalahan dalam tindakan yang dilakukan dan akhirnya akan merugikan atau mengancam kesehatan pasien. Perawat perlu terus belajar sepanjang hidupnya dengan cara bertanya kepada atasan atau sesama rekan perawat tentang prosedur yang akan dilakukan atau mempelajari standar prosedur operasional tindakan. Contoh: saat perawat tidak pernah memasang selang kateter, maka perawat perlu menyadari bahwa pengetahuan dan keterampilan masih kurang sehingga ia seharusnya meminta bantuan teman untuk mempelajari keterampilan tersebut sebelum melakukan tindakan.

3. Jumlah personel yang dibutuhkan

Tidak semua tindakan keperawatan dapat dilakukan sendirian oleh perawat. Beberapa tindakan memerlukan bantuan orang lain demi keselamatan pasien. Perawat perlu menganalisa kebutuhan jumlah personel perawat untuk setiap tindakan yang akan dilakukan. Contoh: saat akan memindahkan pasien yang memiliki badan yang sangat besar dalam kondisi tidak sadar dari tempat tidur satu ke tempat tidur lain, maka dibutuhkan sejumlah perawat untuk mencegah pasien jatuh atau cedera.

4. Analisis perlunya bantuan untuk mengurangi stress pasien

Beberapa tindakan perlu dilakukan bersama orang lain untuk mencegah terjadinya stress pada pasien. Contoh: saat merubah posisi pasien yang mengalami nyeri, perawat perlu bersama-sama agar dapat membantu mengurangi nyeri pasien.

5. Menganalisa kesesuaian instruksi keperawatan dan medis.

Perawat secara etik dan legal bertanggung jawab terhadap tindakan yang dilakukan pada pasien. Perawat perlu memastikan bahwa tindakan yang dilakukan sesuai untuk pasien, memberikan kebaikan, dan tidak membahayakan pasien.

6. Menentukan tindakan keperawatan yang memerlukan penundaan saat proses tindakan dilakukan untuk melihat respons atau umpan balik

Umpan balik diperlukan sesegera mungkin selama proses tindakan dilakukan agar perawat dapat

menentukan apakah proses tindakan akan dilakukan secara tuntas atau tidak. Contoh: saat membantu pasien ambulasi, perawat memerlukan umpan balik apakah pasien mengalami pusing atau tidak saat duduk, jika tidak pusing maka dapat dilanjutkan untuk ambulasi berdiri, tetapi sebaliknya jika pasien pusing saat duduk, maka latihan ambulasi berdiri tidak dilakukan.

Berdasarkan penjelasan diatas, perawat perlu selalu merefleksikan diri bagaimana persiapan diri perawat sesuai dengan tabel 6.1

Tabel 6.1. Refleksi persiapan perawat

Refleksi persiapan perawat
1. Sudahkah mempelajari rencana keperawatan? 2. Apakah sudah memiliki pengetahuan dan keterampilan tindakan keperawatan? 3. Apakah membutuhkan bantuan untuk melakukan tindakan dengan aman? 4. Apakah membutuhkan bantuan untuk mengurangi stress pasien? 5. Apakah instruksi keperawatan atau medis yang diberikan tidak sesuai dan beresiko membahayakan pasien? 6. Apakah umpan balik dari tindakan?

Sumber : (Wilkinson, 1996, 2011)

6.4.1.2 Persiapan pasien

Persiapan pasien merupakan bagian dalam persiapan implementasi keperawatan. Persiapan pasien sangat penting dilakukan karena pasien merupakan penerima dari tindakan keperawatan. Persiapan pasien yang perlu dilakukan perawat antara lain:

1. Kondisi pasien

Perawat perlu mengkaji ulang pasien apakah tindakan masih diperlukan pasien atau tidak. Kondisi pasien dapat berubah sewaktu-waktu yang akhirnya dapat mempengaruhi tindakan yang akan dilakukan. Perawat tidak harus melakukan semua intervensi yang tertulis didalam perencanaan keperawatan. Adanya kenyataan bahwa kondisi pasien dapat mengalami perubahan menuntut perawat untuk mengkaji ulang sebelum tindakan diimplementasikan. Contoh: saat pasien direncanakan untuk diberikan obat tidur karena mengeluh sulit tidur, perawat perlu tidak perlu memberikan obat tersebut jika ditemukan pasien sudah dapat tidur.

2. Kesiapan atau kesediaan pasien.

Tidak sedikit pasien mengalami kecemasan dan belum siap untuk dilakukan tindakan terhadap dirinya. Kondisi ini akan mempengaruhi keefektifan dari tindakan atau terapi yang akan diberikan. Perawat perlu melihat perilaku pasien yang mengindikasikan waktu yang tepat untuk dilakukan tindakan. Contoh: pemberian pendidikan kesehatan tentang cara mencegah mual tidak dapat dilakukan saat pasien sedang gelisah.

3. Pengetahuan pasien tentang prosedur tindakan yang akan dilakukan.

Pasien berhak atas informasi tentang tindakan yang akan dilakukan kepadanya. Perawat perlu menjelaskan kepada pasien tentang tindakan yang akan dilakukan meliputi tujuan, prosedur, dampak/sensasi dari tindakan, dan yang perlu dilakukan pasien. Penjelasan harus diberikan untuk semua tindakan keperawatan yang akan dilakukan. Contoh saat memasang infus, maka perawat harus menjelaskan bahwa ia akan memasang infus, tujuan pemasangan infus, sensasi yang akan dirasakan saat dipasang infus, prosedur pemasangannya, dan dampak yang diharapkan dengan pemasangan infus tersebut.

4. Privasi pasien.

Pasien berhak untuk dihargai privasinya selama tindakan. Perawat perlu menutup tirai saat melakukan tindakan, terlebih lagi tindakan yang akan memperlihatkan bagian tubuh pasien. Contoh saat pasien dilakukan tindakan memberikan suntikan di daerah pantat, maka perawat perlu menutup tirai sehingga tidak dapat dilihat oleh orang lain.

Berdasarkan penjelasan diatas, perawat perlu selalu merefleksikan diri bagaimana persiapan diri pasien sesuai dengan tabel 6.2.

Tabel 6.2. Refleksi persiapan pasien

Refleksi persiapan pasien
1. Apakah tindakan keperawatan masih dibutuhkan pasien? 2. Apakah pasien sudah siap dilakukan tindakan? 3. Apakah pasien sudah dijelaskan tentang tindakan yang akan dilakukan? 4. Apakah pasien sudah dijelaskan sensasi yang akan dirasakan saat tindakan? 5. Apakah pasien sudah dijelaskan apa yang harus pasien lakukan selama proses tindakan? 6. Apakah pasien sudah diberikan privasi?

Sumber: (Wilkinson, 1996, 2011)

6.4.1.3 Persiapan alat

Umumnya, setiap tindakan keperawatan membutuhkan peralatan baik peralatan habis pakai maupun tidak habis pakai. Perawat perlu mengidentifikasi jumlah dan jenis peralatan yang dibutuhkan dari setiap tindakan yang dilakukan. Bagaimanapun, jenis perawatan dapat dimodifikasi saat peralatan tidak dimiliki, namun prinsip tindakan dan keamanan pasien harus tetap terjaga. Persiapan alat dilakukan sebelum memasuki ruangan pasien yang akan dilakukan tindakan. Ketidaksesuaian dan ketidakcukupan peralatan yang disediakan akan mempengaruhi efektivitas dan efisiensi dari tindakan yang

dilakukan. Kecemasan pasien juga dapat terjadi saat terjadi kekurangan peralatan saat dilakukan tindakan.

Tabel 6.3. Refleksi persiapan alat

Refleksi persiapan alat
1. Apakah peralatan yang dibutuhkan? 2. Berapakah jumlah peralatan yang dibutuhkan?

Sumber: (Wilkinson, 1996, 2011)

6.4.2 Pelaksanaan implementasi

Pelaksanaan implementasi dilakukan setelah seluruh persiapan (Christensen and Kenney, 1990; Wilkinson, 1996, 2011; Potter *et al.*, 2012). Implementasi dapat dilaksanakan sendiri oleh perawat yang membuat perencanaan keperawatan atau didelegasikan pada perawat lain. Terdapat dua hal yang dibutuhkan pada tahap pelaksanaan implementasi keperawatan yaitu:

1. Berpikir kritis dan tingkat otonomi
- Tindakan keperawatan yang akan diimplementasikan dapat berupa tindakan observasi, terapeutik, pendidikan kesehatan, dan kolaborasi (PPNI, 2019). Seluruh tindakan tersebut terdiri dari tindakan independen dan dependen perawat. Tindakan independen memperlihatkan otonomi perawat dalam melakukan tindakan yang terdiri dari

tindakan observasi, terapeutik, dan pendidikan kesehatan. Bagaimanapun keseluruhan tindakan tetap memerlukan kemampuan perawat dalam berpikir kritis.

2. Kemampuan

Kemampuan kognitif, interpersonal, dan psikomotor sangat dibutuhkan dalam tahap pelaksanaan tindakan. Kemampuan kognitif terdiri dari kemampuan menyelesaikan masalah, mengambil keputusan, berpikir kritis dan kreatif. Kemampuan ini dibutuhkan saat perawat mengaplikasi teori yang didapatnya pada setiap situasi pasien saat tindakan dilakukan. Contoh: saat membantu pasien makan, tiba-tiba pasien muntah, maka perawat harus menghentikan dahulu proses pemberian makan pasien agar tidak tersedak.

Kemampuan interpersonal merupakan kemampuan membina hubungan dengan pasien, keluarga, perawat, dan tenaga kesehatan lain. Kemampuan teknikal merupakan keterampilan yang dibutuhkan saat melakukan prosedur tindakan keperawatan.

3. Delegasi dan supervisi

Delegasi merupakan pelimpahan tanggungjawab untuk melakukan tindakan keperawatan dari satu orang perawat pada perawat lain yang umumnya dilakukan oleh perawat dengan tingkatan yang lebih tinggi ke yang lebih rendah. Supervisi merupakan kegiatan dimana seseorang melakukan pengawasan, bimbingan, dan pengarahan pada seseorang tentang tindakan yang dilakukan. Supervisi dilakukan oleh perawat yang mendelegasikan suatu tindakan pada perawat yang didelegasikan.

6.4.3 Pencatatan implementasi

Pencatatan merupakan tahap akhir dari implementasi (Wilkinson, 1996, 2011). Bagaimanapun sebelum melakukan pencatatan, perawat perlu mengevaluasi respons pasien dari tindakan yang telah dilakukan dan perlu memastikan lingkungan pasien aman dan nyaman untuk pasien sebelum meninggalkan ruangan (Christensen and Kenney, 1990). Perawat perlu melakukan pencatatan tindakan keperawatan yang telah dilakukan disertai dengan respons pasien terhadap tindakan yang dilakukan secara akurat dan tepat waktu. Setiap rumah sakit memiliki bentuk pencatatan yang berbeda, namun seluruh bentuk pencatatan tetap menuntut perawat untuk mendokumentasikan implementasi yang dilakukannya.

6.5 Panduan Sukses Implementasi

Implementasi yang baik perlu dilakukan oleh perawat. Di bawah ini merupakan pedoman yang dapat membantu perawat melakukan implementasi dengan baik.

Tabel 6.4. Pedoman sukses implementasi

Pedoman sukses implementasi
Persiapan perawat
1. Tentukan apakah membutuhkan bantuan untuk melakukan tindakan dengan aman dan meminimalkan stress pasien.

2. Pastikan mengetahui rasional dan efek samping tindakan.
3. Pelajari berbagai tindakan yang tidak diketahui atau yang tampak tidak sesuai atau berisiko tidak aman.
4. Tentukan waktu menerima umpan balik dan kaji respons selama tindakan dilakukan.
5. Jadwalkan tindakan agar dapat dilakukan dengan waktu yang tepat.
6. Delegasikan tindakan kepada anggota lain agar waktu dapat efisien.
7. Tingkatkan pengetahuan dengan terus memperbaharui pengetahuan

Persiapan pasien

8. Tentukan tindakan masih dibutuhkan dan sesuai
9. Kaji kesiapan pasien
10. Informasikan pada pasien apa yang perlu dilakukan pasien dan diharapkan dari pasien
11. Berikan privasi dan kenyamanan

Persiapan peralatan

12. Dapatkan dan organisasikan peralatan yang dibutuhkan.

Selama proses implementasi

13. Sesuaikan tindakan dengan usia, nilai, dan status kesehatan pasien. Tidak kaku dan modifikasi tindakan sesuai kondisi pasien.

14. Minta pasien untuk berpartisipasi aktif selama tindakan.
15. Lakukan tindakan sesuai dengan standar perawatan profesional dan kebijakan serta prosedur institusi.
16. Lakukan tindakan dengan akurat dan hati-hati.
17. Supervisi dan evaluasi delegasi tindakan.

Sumber: (Wilkinson, 1996, 2011)

6.6 Standar Implementasi

Persatuan perawat nasional Indonesia (PPNI) telah membuat standar implementasi dalam asuhan keperawatan bagi perawat vokasional dan profesional (PPNI, 2013) Standar ini memperlihatkan bagaimana kewenangan perawat dalam melakukan implementasi

Perawat vokasi

1. Melaksanakan intervensi yang direncanakan sesuai dengan standar praktik keperawatan di bawah pengawasan perawat terintegrasi
2. Mendokumentasikan implementasi dan respons klien secara akurat dan tepat waktu
3. Mengidentifikasi dan melaporkan situasi perubahan yang tidak diharapkan
4. Meminta bantuan cepat dan tepat dalam situasi gawat darurat/bencana
5. Menerapkan keterampilan bantuan hidup dasar sampai bantuan tiba

Perawat ners

1. Melaksanakan serangkaian prosedur, treatment dan intervensi yang berada dalam lingkup praktik keperawatan bagi perawat teregistrasi sesuai standar praktik keperawatan
2. Mendokumentasikan implementasi dan respons pasien secara akurat dan tepat waktu
3. Merespons situasi perubahan yang cepat atau yang tidak diharapkan secara cepat dan tepat
4. Merespons situasi gawat darurat/bencana secara cepat dan tepat, termasuk melakukan prosedur gawat darurat/bencana lainnya

Perawat spesialis

1. Melaksanakan serangkaian prosedur, treatment dan intervensi yang berada dalam lingkup praktik keperawatan bagi perawat spesialis sesuai standar praktik keperawatan spesialis
2. Mendokumentasikan implementasi dan respons pasien secara akurat dan tepat waktu
3. Merespons situasi perubahan yang cepat atau yang tidak diharapkan secara cepat dan tepat
4. Merespons situasi gawat darurat/bencana secara cepat dan tepat, mengambil peran kepemimpinan dalam triage dan koordinasi asuhan klien sesuai kebutuhan asuhan khusus.

Departemen Kesehatan Republik Indonesia telah membuat instrumen untuk menilai kelengkapan pencatatan implementasi keperawatan (Purnomo and Ariadi, 2017). Standar kelengkapan implementasi mencakup:

1. tindakan keperawatan dilaksanakan mengacu pada rencana keperawatan
2. mengobservasi respons pasien terhadap tindakan keperawatan
3. revisi tindakan berdasarkan hasil evaluasi
4. semua tindakan yang dilakukan dicatat secara ringkas dan jelas.

6.7 Faktor-faktor yang dapat Mempengaruhi Keberhasilan Implementasi

Keberhasilan pelaksanaan implementasi dipengaruhi oleh berbagai faktor. Beberapa hasil penelitian telah mengidentifikasi faktor internal dan eksternal individu dapat mempengaruhi keberhasilan implementasi.

1. Lingkungan
Lingkungan kerja yang penuh tekanan memungkinkan 2,8 kali tidak adekuatnya implementasi (Aseratie, Murugan and Molla, 2014).
2. Pengetahuan perawat
Pengetahuan perawat yang tinggi memungkinkan 8,78 kali untuk dilakukannya implementasi dengan baik (Semachew, 2018). Pengalaman kerja perawat minimal lima tahun dapat mempengaruhi kesuksesan perawat dalam melakukan implementasi
3. Kurangnya fasilitas rumah sakit
Peralatan yang kurang menghambat pelaksanaan implementasi (Aseratie, Murugan and Molla, 2014). Ketidakkonsistenan dalam penyediaan peralatan dapat menghambat pelaksanaan implementasi (Baraki *et al.*, 2017).

4. Kondisi pasien
Kondisi kesehatan pasien dan kurang kooperatifnya pasien menurunkan kualitas implementasi yang dilakukan perawat (Semachew, 2018). Tidak adanya komplikasi pada pasien meningkatkan kemungkinan untuk implementasi dengan baik (Aseratie, Murugan and Molla, 2014).
5. Pendidikan Perawat
Pendidikan perawat yang rendah memungkinkan perawat untuk tidak melakukan implementasi dengan baik (Baraki *et al.*, 2017).

DAFTAR PUSTAKA

- Aseratie, M., Murugan, R. and Molla, M. (2014) 'Assessment of factors affecting implementation of nursing process among nurses in selected governmental hospitals, Addis Ababa, Ethiopia; Cross Sectional Study', *J Nurs Care*, 3(3), pp. 1–8.
- Baraki, Z. *et al.* (2017) 'A cross sectional study on nursing process implementation and associated factors among nurses working in selected hospitals of Central and Northwest zones, Tigray Region, Ethiopia', *BMC nursing*. Springer, 16, pp. 1–9.
- Christensen, P. J. and Kenney, J. W. (1990) *Nursing process: application of conceptual models*. Michigan: Mosby.
- Hidayat, A. A. (2008) *Konsep Dasar Keperawatan*, Salemba Medika, Jakarta. Jakarta: Salemba Medika.
- Potter, P. A. *et al.* (2012) *Fundamentals of nursing*. St Louis Missouri: Elsevier mosby.
- PPNI, P. (2013) 'Standar Kompetensi Perawat', *Edisi IV*. Jakarta: Penerbit PPNI.
- PPNI, T. P. S. D. (2019) *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan Ed. 1, Cet. II*. Dewan pengurus pusat PPNI.
- Purnomo, M. and Ariadi, H. (2017) 'Analisis Dokumentasi Keperawatan dengan Instrumen A di Ruang Arafah Rumah Sakit Habibullah Gabus Grobogan Tahun 2016', *Jurnal SMART Keperawatan*, 4(1), pp. 388–2503.
- Seaback, W. W. (2012) *Nursing process: concepts and applications*. United States: Cengage Learning.

- Semachew, A. (2018) 'Implementation of nursing process in clinical settings: the case of three governmental hospitals in Ethiopia, 2017', *BMC research notes*. BioMed Central, 11(1), pp. 1–5.
- Sirra (2009) *Nursing Process*. Elsevier (A Division Of Reed Elsevier India Pvt. Limited). Available at: <https://books.google.co.id/books?id=pd6n8PClxFoC>.
- Toney-Butler, T. J. and Thayer, J. M. (2022) 'Nursing process', in *StatPearls [Internet]*. StatPearls Publishing.
- Wilkinson, J. M. (1996) *Nursing process: A critical thinking approach*. Michigan: Prentice Hall.
- Wilkinson, J. M. (2011) *Nursing process and critical thinking*. Michigan: Pearson Higher Ed.

BAB 7

MODEL DAN PRINSIP DOKUMENTASI KEPERAWATAN

Oleh Viyan Septiyana Achmad

7.1 Definisi Dokumentasi Keperawatan

Suatu catatan yang memuat seluruh data yang dibutuhkan untuk menentukan diagnosis keperawatan, perencanaan keperawatan, tindakan keperawatan, dan penilaian keperawatan yang disusun secara sistematis, valid, dan dapat dipertanggungjawabkan secara moral dan hukum (Ali, 2009). Pendokumentasian asuhan keperawatan yang tidak dilakukan dengan lengkap dapat menurunkan mutu pelayanan keperawatan karena tidak dapat menilai sejauh mana tingkat keberhasilan asuhan keperawatan yang telah diberikan (Yanti dan Warsito, 2013).

7.2 Definisi Model Dokumentasi Keperawatan

Model dokumentasi keperawatan adalah suatu model dalam pendokumentasian berupa seluruh data mengenai klien ke dalam catatan sesuai dengan prosedur dan format untuk memberikan gambaran mengenai pemberian perawatan secara lengkap serta akurat.

7.3 Tujuan Dokumentasi Keperawatan

1. Sebagai Sarana Komunikasi

Dokumentasi keperawatan yang dilakukan dengan tepat, akurat dan lengkap dapat berguna dalam beberapa hal seperti berikut :

- a. Membantu koordinasi asuhan yang diberikan oleh tim kesehatan.
- b. Mencegah pengulangan informasi terhadap pasien tim kesehatan yang lain.
- c. Membiasakan diri mencatat berbagai hal yang sudah dilakukan atau hal apa saja yang harus dilakukan dapat mengurangi berbagai kesalahan tindakan keperawatan yang mungkin terjadi.
- d. Membantu atau merawat seluruh anggota tim keperawatan supaya menggunakan waktu lebih efektif.

2. Menunjukkan Akuntabilitas

- a. Dokumentasi dapat dijadikan jawaban dari ketidakpuasan pasien terhadap pelayanan yang diterima.
- b. Dokumentasi dapat menjadi alat pelindung pasien dan tindakan malpraktik yang mungkin dilakukan oleh tenaga keperawatan.
- c. Dengan catatan yang baik dapat menempatkan diri kita sendiri jika terjadi hal-hal yang tidak diinginkan.
- d. Catatan-catatan yang tertulis adalah dokumentasi yang legal serta memiliki dasar hukum untuk tanda bukti yang sah

- e. Catatan tertulis mampu menjadi dasar bagi seluruh petugas keperawatan untuk memberikan data tentang tanggung jawab, serta kewenangan profesi.

3. Sebagai Kegiatan Penelitian

Berbagai informasi yang tertulis dalam dokumentasi keperawatan dapat digunakan sebagai bahan penelitian, Kegiatan penelitian ini sebagai bagian dari penilaian asuhan keperawatan yang diberikan kepada pasien. Adanya penelitian kualitas asuhan keperawatan akan semakin meningkat dan berkualitas, etis dan efektif. Kegiatan penelitian ini bukan hanya dilakukan oleh petugas keperawatan akan tetapi dapat dilakukan oleh mahasiswa keperawat sebagai riset dalam dunia kesehatan khususnya keperawatan. Semakin banyak kegiatan penelitian dilakukan akan meningkatkan perkembangan ilmu keperawatan di Indonesia.

4. Sebagai Sarana Pendidikan

Berbagai dokumentasi yang dilakukan secara sistematis baik dan efektif akan bermanfaat bagi dunia keperawatan secara umum. Dokumentasi yang tercatat dengan baik akan membantu para mahasiswa di bidang ilmu keperawatan, proses keperawatan bermanfaat dalam pengembangan ilmu mereka. Mahasiswa dapat mengetahui tanda, gejala dan komplikasi atau berbagai macam perawatan yang diberikan pada pasien tertentu.

5. Sebagai Sarana Pembayaran

Dokumentasi tertulis sangat bermanfaat sebagai bukti untuk melakukan berbagai pembayaran. Khusus bagi pasien bukti tertulis itu dapat digunakan sebagai bukti untuk pihak ketiga, misalnya untuk asuransi

kesehatan. Atau kepada perusahaan si pasien tempat bekerja. Dengan bukti pengeluaran catatan pasien dapat mengajukan klaim tersebut, pasien mendapatkan uang penggantian pengobatan dan perawatan sesuai dengan hak pasien.

6. Sebagai Jaminan Kualitas Pelayanan

Dengan terpantaunya seluruh kegiatan keperawatan, kualitas pelayanan pun dapat terus terjaga dokumen tersebut sekaligus berfungsi sebagai alat kontrol terhadap kinerja para perawat dan institusi kesehatan itu sendiri.

7. Sebagai Bahan Akreditasi Institusi Kesehatan

Dokumen yang tercatat sangat bermanfaat bagi proses akreditasi institusi kesehatan itu sendiri. Proses akreditasi yang baik menjadi mutu dan tanggung jawab sebagai perwujudan bahwa rumah sakit selalu menjaga kualitas pelayanan terhadap klien.

8. Mengidentifikasi Status Kesehatan Pasien

Dokumentasi yang tercatat dengan baik sangat bermanfaat bagi penyembuhan pasien yang dirawat. dokumentasi yang tercatat rapi oleh petugas dan tim dapat menentukan dengan seksama berbagai kebutuhan asuhan keperawatan pasien. Melalui dokumentasi keperawatan yang baik para petugas yakni perawat dapat melakukan perencanaan yang baik dan dapat mengevaluasi hasil yang diharapkan.

7.4 Standar Dokumentasi Keperawatan

Standar dokumentasi adalah suatu pernyataan tentang kualitas dan kuantitas dokumentasi yang dipertimbangkan secara adekuat dalam suatu situasi tertentu, sehingga memberikan informasi bahwa adanya suatu ukuran terhadap kualitas dokumentasi keperawatan.

Menurut Fisbach (1991), standar dokumentasi adalah suatu pelayanan tentang kualitas dokumentasi yang dipertimbangkan secara adekuat dalam suatu situasi tertentu. Dengan adanya standar bahwa adanya suatu ukuran terhadap kualitas dokumentasi keperawatan.

7.5 Jenis Model Dokumentasi Keperawatan

a. Model dokumentasi SOR (Source - Oriented Record)

Format dokumen SOR (*source-oriented-record*) adalah model dokumen berdasarkan sumber informasi. Model ini menemukan catatan berdasarkan disiplin orang atau sumber daya yang mengelola catatan. Pendokumentasian dilakukan oleh masing-masing anggota tim medis dengan membuat catatan sendiri-sendiri dari hasil observasi. Bagian penerimaan klien mempunyai lembar isian tersendiri Dokter menggunakan lembar untuk mencatat instruksi, lembar riwayat penyakit dan perkembangan penyakit Perawat menggunakan catatan keperawatan begitu pula multi disiplin lain mempunyai catatan masing-masing.

Catatan berorientasi pada sumber terdiri dari 5 komponen yaitu :

- a) Lembar penerimaan berisi biodata pasien.
- b) Lembar order / instruksi dokter.
- c) Lembar riwayat medik / penyakit.
- d) Catatan perawat.
- e) Catatan dan laporan khusus.

Keuntungan model *source-oriented-recor* :

Menyajikan data yang secara berurutan dan mudah diidentifikasi.

- a) Memudahkan perawat untuk secara bebas bagaimana informasi akan dicatat.
- b) Format dapat menyederhanakan proses pencatatan masalah, kejadian, perubahan, intervensi dan respon klien atau hasil.

Kerugian model *source-oriented-recor* :

- a) Potensial terjadinya pengumpulan data yang terpisah karena tidak berdasarkan urutan waktu.
- b) Kadang-kadang mengalami kesulitan untuk mencari data sebelumnya tanpa harus mengulang pada awal pencatatan
- c) Superficial pencatatan tanpa data yang jelas
- d) Memerlukan pengkajian data dari beberapa sumber untuk menentukan masalah dan tindakan kepada klien

- e) Waktu pemberian asuhan memerlukan waktu yang banyak
- f) Data yang berurutan mungkin menyulitkan dalam interpretasi / analisa
- g) Perkembangan klien sulit di monitor.

b. Model dokumentasi POR (*Problem - Oriented Record*)

Format POR (*problem-oriented-problem-record*) adalah format yang berorientasi pada masalah. Sedangkan model ini didasarkan pada data pelanggan yang dicatat dan diatur menurut ketentuan pelanggan. Sistem ini pertama kali diperkenalkan Dr. Lawrence Weed dari Amerika Serikat. Model ini memusatkan data tentang klien didokumentasikan dan disusun menurut masalah klien. Dokumentasi jenis ini mengintegrasikan semua data mengenai masalah yang dikumpulkan oleh dokter, perawat atau tenaga kesehatan lain yang terlibat dalam pemberian layanan kepada klien.

c. Model dokumentasi Progress Notes

Progres Oriented Record atau sering juga disebut dengan Progres Note ini merupakan pencatatan yang berorientasi pada Catatan Kemajuan Catatan Kemajuan atau disebut juga Catatan Kemajuan adalah catatan berdasarkan kemajuan yang dibuat oleh pasien/klien. Di sinilah kemajuan atau kemunduran kondisi pasien dipantau dan dicatat.

d. Model dokumentasi CBE (*Charting By Exception*)

Model dokumentasi CBE (*charting by exception*) adalah Format dokumen CBE (pemetaan dan perbedaan) adalah format dokumen yang hanya mencatat hasil atau temuan dari keadaan normal tubuh. Perubahan yang disebutkan disini berkaitan dengan kondisi tidak sehat yang menghambat kesehatan klien.

e. Model dokumentasi PIE (*Problems Intervention & Evaluation*)

Model dokumentasi PIE (problem-intervention-evaluation) merupakan suatu pendekatan orientasi –proses pada dokumentasi keperawatan dengan penekanan pada masalah keperawatan, intervensi dan evaluasi keperawatan.

f. Model dokumentasi Fokus

Model dokumentasi keperawatan ini juga biasa disebut dengan FOKUS adalah model dokumentasi berorientasi pada proses keperawatan yang dimulai dari pengumpulan data, diagnosis, penyebab, definisi karakteristik sesuai dengan kondisi klien. Pencatatan Fokus adalah suatu proses orientasi dan klien fokus. Hal ini digunakan proses keperawatan untuk mengorganisir dokumentasi asuhan. Jika menuliskan catatan perkembangan, format DAR (*Data – Action – Response*) dengan 3 kolom.

Data : Berisi tentang data subyektif dan obyektif yang mengandung dokumentasi fokus..

Action : Merupakan tindakan keperawatan yang segera atau yang akan dilakukan berdasarkan pengkajian / evaluasi keadaan klien.

Response : Menyediakan keadaan respon klien terhadap tindakan medis atau keperawatan.

Penggunaan Focus dapat dipergunakan untuk menyusun fungsi DAR sebagai kunci pedoman terhadap kewajiban orientasi proses

Keuntungan dokumentasi fokus :

- Istilah fokus lebih luas dan positif dibandingkan penggunaan istilah “Problem”.
- Pernyataan focus, pada tingkat yang tinggi, adalah diagnosis keperawatan.
- Focus dengan DAR adalah fleksibel dan menyediakan kunci dan pedoman pencatatan diagnosis keperawatan.
- Catatan rencana keperawatan merupakan pencatatan Index berdasarkan tanda focus yang memudahkan informasi untuk dikenali.
- Waktu lebih singkat tanpa harus menuliskan pada beberapa bagian pada format.
- Sistem ini mudah dipergunakan dan dimengerti oleh tenaga kesehatan lainnya. Bahasa dan proses pencatatan menggunakan istilah umum.

Kerugian dokumentasi Fokus

- Penggunaan pencatatan action dapat membingungkan, khususnya tindakan yang akan atau yang telah dilaksanakan. ☐

- Penggunaan Focus pada kolom tidak konsisten dengan istilah pada rencana tindakan keperawatan

7.6 Prinsip Dokumentasi Keperawatan

Dalam proses pendokumentasian keperawatan ada berbagai prinsip dokumentasi yang tidak dilupakan. Prinsip-prinsip inilah menjadi panduan bagi para perawat dalam menjalankan proses keperawatan. Dokumentasi keperawatan mempunyai 3 prinsip yaitu: Brevity, Legibility, dan Accuracy. Prinsip-prinsip tersebut di atas dapat dijelaskan sebagai berikut :

- Ringkas (Brevity)* dalam melakukan pendokumentasian setiap petugas/perawat harus brevity, Brevity sendiri adalah ringkas, jadi kita dalam mencatat isi dokumentasi keperawatan harus ringkas dan tidak perlu memasukan kata;kata atau kalimat yang tidak penting dan mempunyai makna yang tidak sesuai.
- Mudah dibaca (Legibility)* yaitu dimana dalam penulisan/pencatatan dokumentasi keperawatan harus mudah dibaca dan dipahami oleh perawat lain atau profesi lain yang ikut dalam proses pendokumentasian.
- Keakuratan Data (Accuracy)* adalah sesuai dengan data yang ada pada klien. Jadi kita harus memasukan data pada dokumentasi keperawatan harus benar dan sesuai dengan data baik identitas, laboratorium dan radiologi pada setiap klien.

Kemudian setelah tiga aspek penting ini kita pegang dan selalu diingat bahwa dokumentasi memiliki prinsip-prinsip lain yang lebih jelas dan lebih detail. Prinsip-prinsip itu antara lain :

- a. Dokumen adalah bagian integral dari asuhan keperawatan.
- b. Proses dokumentasi harus konsisten
- c. Ada format khusus dalam praktik dokumentasi
- d. Dokumentasi keperawatan harus dicatat secara kronologis
- e. Singkatan atau akronim harus ditulis umum dan seragam
- f. Penulisan dokumentasi harus dibuat secepat mungkin
- g. Catatan dalam dokumentasi keperawatan harus akurat, tepat dan jelas
- h. Informasi dan data ditulis secara lengkap
- i. Dokumentasi bersifat rahasia, serta harus terjaga keamanannya
- j. Dokumentasi hanya dibuat oleh petugas keperawatan yang bertugas saat itu.

7.7 Langkah-langkah Dokumentasi Keperawatan

Pada tahun 1982, National Council of State Boards of Nursing menyempurnakan tahapan dari proses keperawatan menjadi 5 tahap, yaitu pengkajian, diagnosis, perencanaan, implementasi, dan evaluasi.



Gambar 7.1. Tahapan proses keperawatan

1. Pengkajian



Gambar 7.2. Proses Pengkajian

Pengumpulan data pengkajian dilakukan dengan cara mengumpulkan riwayat kesehatan dan pengkajian kesehatan dan **dengan** pemantauan secara kesinambungan agar tetap waspada terhadap kebutuhan pasien dan keaktifan dari rencana keperawatan yang diterima pasien (Risnah, 2011). Pengkajian keperawatan adalah langkah dasar dari seluruh proses keperawatan untuk tujuan mengumpulkan informasi dan data pasien. Jadi kamu bisa mengidentifikasi masalah, kebutuhan kesehatan dan layanan pelanggan fisik, mental, sosial dan lingkungan. Penilaian yang komprehensif, akurat dan relevan Tentu saja, keakuratan data sangat penting membuat diagnosis keperawatan dan 150 Manajemen Keperawatan perawatan asuhan keperawatan sesuai dengan respon individu.

2. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan adalah penilaian klinis mengenai pengalaman/respon individu, keluarga, atau komunitas terhadap masalah kesehatan yang aktual atau potensial. Diagnosis keperawatan memberi dasar pemilihan intervensi keperawatan untuk mencapai hasil akhir sehingga perawat menjadi akuntabel (NANDA (*North American Nursing Dianosis Association*), 2012).

Diagnosis keperawatan adalah penilaian klinis mengenai pengalaman/respon individu, keluarga, atau komunitas terhadap masalah kesehatan yang aktual atau potensial. Diagnosis keperawatan memberi dasar pemilihan intervensi keperawatan untuk mencapai hasil akhir sehingga perawat menjadi akuntabel NANDA (*North American Nursing Dianosis Association*, 2012). Langkah-langkah dalam menentukan diagnosis keperawatan adalah melakukan klasifikasi data,

membuat interpretasi data, menentukan hubungan sebab akibat dari masalah keperawatan dan merumuskan diagnosis keperawatan. Diagnosis keperawatan diprioritaskan berdasarkan kondisi kesehatan klien. Perumusan diagnosis keperawatan terdiri dari dua yaitu *problem* (P) berhubungan dengan *etiologi* (E) dan *problem* (P) berhubungan dengan *etiologi* (E) dan karakteristik kondisi atau *sign/symptom* (S). Diagnosis yang menduduki urutan pertama adalah diagnosis yang dapat mengancam nyawa klien jika tidak ditangani, dilanjutkan dengan masalah yang gawat, aktual, baru dilanjutkan dengan diagnosis resiko tinggi. Rumus diagnosis keperawatan aktual terdiri unsur PES : Bersihan jalan nafas tidak efektif yang berhubungan dengan sumbatan jalan napas ditandai dengan banyaknya secret. Sedangkan diagnosis keperawatan risiko terdiri dari unsur PE. Contoh diagnosis keperawatan risiko : risiko infeksi berhubungan dengan invasi kuman.

Menurut Asmadi (2008) komponen-komponen dalam pernyataan diagnosis keperawatan meliputi :

1) Masalah (*problem*)

Diagnosa keperawatan merupakan pernyataan yang menggambarkan perubahan status kesehatan klien. Perubahan tersebut menyebabkan timbulnya masalah.

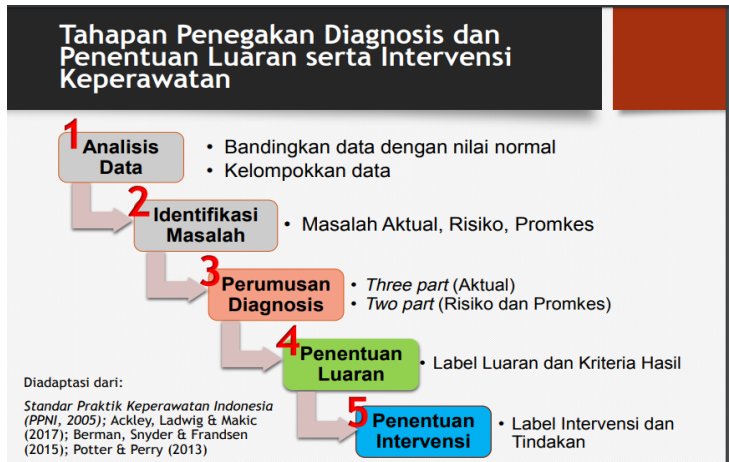
2) Penyebab (*etiology*)

Pernyataan etiologi mencerminkan penyebab dari masalah kesehatan klien yang memberi arah bagi terapi keperawatan. Etiologi tersebut dapat terkait dengan aspek patofisiologis, psikososial, tingkah laku, perubahan situasional gaya hidup, usia perkembangan, juga faktor budaya dan lingkungan.

Frasa “berhubungan dengan” (*related to*) berfungsi untuk menghubungkan masalah keperawatan dengan pernyataan etiologi.

3) Data (*sign and symptom*)

Data diperoleh selama tahap pengkajian sebagai bukti adanya masalah kesehatan pada klien. Data merupakan informasi yang diperlukan untuk merumuskan diagnosa keperawatan. Penggunaan frase “ditandai oleh” menghubungkan etiologi dengan data.



Gambar 7.3. Tahapan Diganosis Keperawatan

3. Perencanaan

Perencanaan adalah penyusunan rencana tindakan keperawatan yang akan dilaksanakan untuk mengulangi masalah sesuai dengan diagnosis keperawatan yang telah ditentukan dengan tujuan terpenuhinya kebutuhan klien.(Maryam,2008). Intervensi keperawatan menurut Dochterman &

Bulechek adalah “ semua treatment yang didasarkan pada penilaian klinik dan pengetahuan perawat untuk meningkatkan outcome pasien/klien. Berdasarkan prioritas keperawatan contoh intervensi dari suatu kasus yaitu bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan akumulasi secret. Penulis melakukan rencana tindakan perawatan selama 1x24 jam diharapkan bersihan jalan nafas efektif dengan kriteria hasil jalan nafas paten dengan nafas bersih, pernafasan bersih, suara paru vesikuler (Wilkinson,2011).

Perencanaan keperawatan adalah suatu proses di dalam pemecahan masalah yang merupakan keputusan awal tentang sesuatu apa yang akan dilakukan, bagaimana dilakukan, kapan dilakukan, siapa yang melakukan dari semua tindakan keperawatan (Dermawan, 2012). Perencanaan keperawatan atau biasa disebut intervensi keperawatan merupakan bagian dari proses keperawatan yaitu tahap ketiga. Setelah mengetahui diagnosis keperawatan yang tepat untuk pasien, selanjutnya perawat menentukan dan mempersiapkan perencanaan keperawatan untuk diimplementasikan ketika memberi asuhan keperawatan. Perencanaan keperawatan yang dipersiapkan oleh perawat tentunya harus berhubungan dengan kondisi pasien berdasarkan pengkajian dan diagnosis keperawatan. Hal penting yang perlu diketahui terkait perencanaan keperawatan ini perawat perlu menentukan prioritas, menulis tujuan, dan merencanakan tindakan keperawatan yang akan dilakukan. Pada tahap menentukan prioritas perawat menentukan masalah pasien yang terlebih dahulu diatasi. Diantara diagnosis keperawatan yang sudah ditentukan perawat harus bisa memprioritaskan hal

yang terlebih dahulu dilakukan segera. Pada tahap menuliskan tujuan, perawat menuliskan hasil yang perawat harapkan agar tercapai. Tujuan keperawatan yang jelas akan menunjukkan hasil dari tindakan keperawatan. Pernyataan tujuan harus merupakan perilaku pasien yang memperlihatkan berkurangnya masalah yang dialami pasien. Tujuan juga harus realistis dan sejalan dan menyokong atau membantu perawatan lain yang diterima pasien.

4. Intervensi

Tujuannya yaitu untuk mengantisipasi kemungkinan munculnya kembali masalah dengan menganalisis kondisi lingkungan internal maupun eksternal yang mengacu pada upaya pencapaian tujuan (Mc Namara,2010).

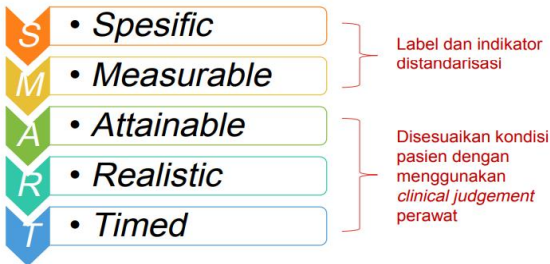
Tahapan **dalam Intervensi** Tahapan dalam intervensi (perencanaan) menurut (Flores,2009) adalah:

- a) Harus melakukan pengkajian terlebih dahulu
- b) Memprioritaskan masalah
- c) Menetapkan tujuan
- d) Menganalisis hambatan dan keterbatasan
- e) Membuat jadwal kegiatan (menetapkan kegiatan, personil yang terlibat, sarana dan prasarana, dukungan financial, dan tahapan-tahapan



PENETAPAN LUARAN KEPERAWATAN

Penetapan luaran memenuhi prinsip **SMART**



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

Gambar 7.4. Penetapan Luaran Intervensi Keperawatan

5. Pelaksanaan

Implementasi adalah fase ketika perawat mengimplementasikan intervensi keperawatan. (Kozier, 2011). Implementasi merupakan langkah keempat dari proses keperawatan yang telah direncanakan oleh perawat untuk dikerjakan dalam rangka membantu klien untuk mencegah, mengurangi, dan menghilangkan dampak atau respons yang ditimbulkan oleh masalah keperawatan dan kesehatan. (ZaidinAli, 2014). Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. (Gordon, 1994, dalam Potter & Perry, 2011). Tujuan Implementasi Keperawatan:

- a. Membantu klien dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan

- b. Mencakup peningkatan kesehatan
- c. Pencegahan penyakit
- d. Pemulihan kesehatan dan memfasilitasi coping.

Proses Implementasi:

- a. Mengkaji kembali pasien
 - b. Menentukan kebutuhan perawat terhadap bantuan
 - c. Mengimplementasikan intervensi keperawatan
 - d. Melakukan supervise terhadap asuhan yang didelegasikan
 - e. Mendokumentasikan tindakan keperawatan.
- (Kozier, 2011).

6. Evaluasi

Evaluasi adalah tahap akhir dari proses keperawatan. Namun, evaluasi dapat dilakukan pada setiap tahap dari proses keperawatan. Evaluasi mengacu kepada penilaian, tahapan, dan perbaikan. Pada tahap ini, perawat menemukan mengapa suatu proses keperawatan dapat berhasil atau gagal. (Alfaro-LeFevre, 1994). Pada tahap evaluasi, perawat dapat menemukan reaksi klien terhadap intervensi keperawatan yang telah diberikan dan menetapkan apakah sasaran dari rencana keperawatan telah dapat diterima. Perencanaan merupakan dasar yang mendukung proses evaluasi. Selain itu juga dapat menetapkan kembali informasi baru yang ditunjukkan oleh Klien untuk mengganti atau menghapus diagnosis keperawatan, tujuan, atau intervensi keperawatan. Namun, harus tetap ingat bahwa menentukan target dari hasil yang ingin dicapai adalah keputusan bersama antara perawat dan klien (Yura dan Walsh, 1988).

Evaluasi berfokus pada klien, baik itu individu maupun kelompok. Proses evaluasi memerlukan beberapa keterampilan, antara lain: kemampuan menetapkan rencana asuhan keperawatan, pengetahuan mengenai standar asuhan keperawatan, respons klien yang normal terhadap tindakan keperawatan, dan pengetahuan tentang konsep keperawatan.

DAFTAR PUSTAKA

- Asmadi. 2008. Konsep Dasar Keperawatan. Jakarta: Buku Kedokteran EGC.
- Bararah, Taqiyyah. 2013. *Asuhan Keperawatan Panduan Lengkap Menjadi Perawat Profesional Jilid 1*. Jakarta: Prestasi Pustaka.
- Suparman, Lucilla. 2012. Pemeriksaan fisik Keperawatan. Bogor.
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. 2016. *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia* (SDKI), Edisi 1, Jakarta, Persatuan Perawat Indonesia.
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI. 2018. *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia* (SIKI), Edisi 1, Jakarta, Persatuan Perawat Indonesia.
- Tim Pokja SLKI DPP PPNI. 2018. *Standar Luaran Keperawatan Indonesia* (SLKI), Edisi 1, Jakarta, Persatuan Perawat Indonesia.
- Wilkinson, Judith M. 2011. *Buku saku Diagnosis Keperawatan*. Jakarta: EGC.
- Walkinson J.M. 2007. *Nursing Procces and Critical Thinking*. 4th ed. New Jersey. Pearson Education.

BAB 8

APLIKASI PROSES KEPERAWATAN DALAM ASUHAN KEPERAWATAN

Oleh Mahmud Ady Yuwanto

8.1 Pendahuluan

8.1.1 Pengertian Asuhan Keperawatan

Asuhan keperawatan adalah proses yang dilakukan oleh seorang perawat dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada individu, keluarga, atau masyarakat dengan tujuan untuk mempromosikan, memelihara, dan mengembalikan kesehatan. Asuhan keperawatan melibatkan pengkajian, diagnosa, perencanaan, implementasi, dan evaluasi untuk memastikan bahwa pasien mendapatkan perawatan yang terbaik dan efektif.

Asuhan keperawatan bukan hanya sekedar memberikan obat atau menjalankan tindakan medis, tetapi juga melibatkan aspek psikososial dan spiritual pasien. Oleh karena itu, perawat perlu memiliki keterampilan komunikasi yang baik untuk berinteraksi dengan pasien, keluarga, dan tim medis lainnya. Selain itu, perawat juga harus mampu bekerja sama dengan pasien dan keluarga untuk mencapai tujuan perawatan yang diinginkan. Dalam praktiknya, asuhan keperawatan dapat diterapkan pada berbagai tingkat pelayanan kesehatan, mulai dari tingkat

pelayanan kesehatan primer hingga pelayanan kesehatan tersier.

8.1.2 Tujuan Asuhan Keperawatan

Tujuan utama dari asuhan keperawatan adalah untuk mempromosikan, memelihara, dan mengembalikan kesehatan pasien. Selain itu, tujuan lain dari asuhan keperawatan adalah:

1. Mencegah komplikasi dan mempercepat penyembuhan: Perawat bertanggung jawab untuk mengamati dan memantau kondisi pasien, sehingga perawat dapat mengidentifikasi perubahan pada kondisi pasien dan mencegah komplikasi yang mungkin terjadi. Dengan demikian, asuhan keperawatan dapat membantu mempercepat penyembuhan pasien.
2. Menurunkan biaya perawatan kesehatan: Dengan memberikan asuhan keperawatan yang efektif dan efisien, perawat dapat membantu menurunkan biaya perawatan kesehatan. Hal ini dapat dilakukan dengan mengurangi durasi perawatan dan mempercepat pemulihan pasien.
3. Meningkatkan kualitas hidup pasien: Asuhan keperawatan bertujuan untuk meningkatkan kualitas hidup pasien dengan memberikan perawatan yang tepat dan memenuhi kebutuhan pasien secara fisik, psikologis, dan spiritual.
4. Menjaga keselamatan pasien: Seorang perawat bertanggung jawab untuk memastikan keselamatan pasien dalam setiap aspek perawatan kesehatan. Hal ini meliputi memberikan obat yang tepat, menjalankan

tindakan medis yang tepat, dan menghindari kesalahan dalam perawatan pasien.

5. Meningkatkan kepuasan pasien: Asuhan keperawatan yang efektif dan empatik dapat meningkatkan kepuasan pasien terhadap perawatan yang diberikan. Hal ini dapat berdampak positif pada pemulihan pasien dan membantu mempercepat proses penyembuhan.

8.1.3 Proses Keperawatan

Ada beberapa prinsip-prinsip asuhan keperawatan yang harus diikuti oleh perawat dalam memberikan perawatan kesehatan kepada pasien, di antaranya:

1. Holistik: Asuhan keperawatan harus holistik dan memperhatikan kebutuhan pasien secara keseluruhan, baik fisik, psikologis, maupun spiritual. Perawat harus melihat pasien sebagai individu yang unik dan memperlakukan mereka secara individual sesuai dengan kebutuhan mereka.
2. Berdasarkan bukti: Asuhan keperawatan harus didasarkan pada bukti-bukti ilmiah yang terbaru dan relevan. Perawat harus menggunakan pengetahuan dan keterampilan yang didasarkan pada bukti ilmiah untuk memberikan perawatan yang tepat dan efektif.
3. Berorientasi pada pasien: Perawat harus memfokuskan perawatan pada kebutuhan dan keinginan pasien. Mereka harus bekerja sama dengan pasien dan keluarga dalam membuat rencana perawatan yang memenuhi kebutuhan individu pasien.
4. Kolaboratif: Asuhan keperawatan harus dilakukan secara kolaboratif dengan anggota tim medis lainnya,

seperti dokter, ahli gizi, terapis fisik, dan lainnya. Hal ini memastikan bahwa pasien mendapatkan perawatan yang terkoordinasi dan terintegrasi.

5. Terus-menerus: Asuhan keperawatan harus berkesinambungan dan terus-menerus. Perawat harus melakukan evaluasi dan penilaian secara teratur terhadap kondisi pasien dan memodifikasi rencana perawatan sesuai dengan perubahan kondisi pasien.
6. Terbuka dan jujur: Perawat harus terbuka dan jujur dengan pasien dan keluarga dalam memberikan informasi tentang kondisi pasien dan rencana perawatan. Hal ini dapat membantu pasien dan keluarga memahami kondisi pasien dan memperbaiki hubungan pasien-perawat.
7. Menghargai privasi dan rahasia: Perawat harus menghargai privasi dan rahasia pasien. Mereka harus memastikan bahwa informasi pasien hanya diberikan kepada orang-orang yang berwenang untuk menerimanya dan dengan cara yang sesuai dengan hukum dan etika.
8. Menghargai kebudayaan dan kepercayaan: Perawat harus menghargai kebudayaan dan kepercayaan pasien. Mereka harus mempertimbangkan nilai-nilai dan keyakinan pasien dalam memberikan perawatan yang terbaik dan efektif.

8.1.4 Pengertian Asuhan Keperawatan

Proses keperawatan adalah suatu pendekatan sistematis dan terstruktur yang digunakan oleh perawat untuk memberikan asuhan keperawatan yang efektif dan terkoordinasi kepada pasien. Proses ini terdiri dari lima tahap utama, yaitu:

1. Penilaian (*Assessment*): Pada tahap ini, perawat mengumpulkan informasi tentang pasien, seperti riwayat kesehatan, gejala, keluhan, tanda-tanda vital, dan kebutuhan pasien. Informasi ini akan membantu perawat memahami kondisi pasien secara keseluruhan dan membuat rencana perawatan yang tepat.
2. Diagnosa Keperawatan (*Nursing Diagnosis*): Pada tahap ini, perawat mengevaluasi informasi yang telah dikumpulkan selama penilaian dan menentukan masalah atau diagnosis keperawatan yang harus diatasi. Diagnosis keperawatan dapat berupa masalah fisik, psikologis, maupun spiritual yang mempengaruhi kesehatan pasien.
3. Perencanaan (*Planning*): Setelah menentukan diagnosis keperawatan, perawat membuat rencana perawatan yang sesuai dengan kebutuhan dan keinginan pasien. Rencana perawatan harus spesifik, terperinci, dan mudah diikuti. Rencana perawatan juga harus disusun bersama-sama dengan pasien dan keluarga.
4. Implementasi (*Implementation*): Tahap implementasi adalah tahap di mana perawat melaksanakan rencana perawatan yang telah dibuat. Hal ini meliputi pemberian obat, tindakan medis, perawatan fisik, dan psikologis. Perawat juga harus memastikan bahwa rencana perawatan dilakukan secara konsisten dan terus-menerus.
5. Evaluasi (*Evaluation*): Pada tahap evaluasi, perawat mengevaluasi keefektifan rencana perawatan yang telah dilakukan. Perawat mengevaluasi apakah tujuan perawatan telah tercapai atau belum dan memodifikasi rencana perawatan jika diperlukan. Evaluasi juga membantu perawat mengevaluasi proses perawatan dan meningkatkan kualitas perawatan di masa depan.

Proses keperawatan adalah suatu pendekatan yang sistematis dan terstruktur dalam memberikan perawatan kesehatan kepada pasien. Proses ini memastikan bahwa perawatan kesehatan yang diberikan tepat, efektif, dan terkoordinasi sehingga pasien dapat mendapatkan hasil yang terbaik dari perawatan yang diberikan.

8.2 Tahapan Proses Keperawatan

8.2.1 Pengkajian Keperawatan

Pengkajian keperawatan adalah proses untuk mengumpulkan data atau informasi tentang pasien secara sistematis dan terstruktur. Proses ini melibatkan interaksi antara perawat dan pasien serta anggota keluarga atau orang yang terkait. Pengkajian keperawatan bertujuan untuk memahami kondisi kesehatan pasien secara holistik, yang mencakup aspek fisik, psikologis, sosial, dan spiritual. Pengkajian keperawatan biasanya dilakukan di awal asuhan keperawatan dan dilakukan secara berkelanjutan selama perawatan berlangsung.

Beberapa langkah yang dilakukan dalam pengkajian keperawatan antara lain:

1. Identifikasi data demografis dan riwayat kesehatan: perawat mencatat informasi tentang nama, usia, jenis kelamin, pekerjaan, status perkawinan, agama, dan bahasa yang digunakan pasien. Selain itu, perawat juga mengumpulkan informasi tentang riwayat kesehatan pasien, termasuk riwayat keluarga, riwayat penyakit sebelumnya, dan obat-obatan yang sedang dikonsumsi.

2. Pengkajian fisik: perawat melakukan pemeriksaan fisik untuk mengevaluasi kondisi fisik pasien. Hal ini meliputi pengukuran tinggi badan, berat badan, tekanan darah, detak jantung, suhu tubuh, dan lain-lain. Perawat juga mengevaluasi tanda-tanda vital pasien dan memeriksa kondisi kulit, mata, telinga, hidung, mulut, dan bagian tubuh lainnya.
3. Pengkajian psikologis: perawat juga melakukan pengkajian psikologis untuk mengevaluasi kondisi mental pasien. Hal ini meliputi evaluasi tingkat kecemasan, depresi, dan stres pasien. Perawat juga mengevaluasi tingkat kognitif dan emosional pasien.
4. Pengkajian sosial: perawat juga melakukan pengkajian sosial untuk mengevaluasi faktor-faktor sosial yang mempengaruhi kesehatan pasien. Hal ini meliputi evaluasi tingkat dukungan sosial, kondisi keluarga, dan lingkungan sosial pasien.
5. Pengkajian spiritual: perawat juga melakukan pengkajian spiritual untuk mengevaluasi kebutuhan spiritual pasien. Hal ini meliputi evaluasi kepercayaan agama dan nilai-nilai pasien, serta tingkat keterikatan sosial dan spiritual.

Pengkajian keperawatan adalah langkah penting dalam asuhan keperawatan. Dengan melakukan pengkajian secara sistematis dan terstruktur, perawat dapat memahami kondisi pasien secara holistik dan merencanakan perawatan yang tepat dan efektif untuk memenuhi kebutuhan pasien.

8.2.2 Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan adalah proses identifikasi masalah kesehatan pasien berdasarkan informasi yang diperoleh dari pengkajian keperawatan. Diagnosa

keperawatan berbeda dengan diagnosa medis, yang didasarkan pada penyebab dasar masalah kesehatan pasien. Diagnosa keperawatan berfokus pada masalah kesehatan pasien dan dampaknya terhadap kehidupan sehari-hari.

Diagnosis keperawatan penting untuk merencanakan dan melaksanakan intervensi keperawatan yang tepat. Diagnosis keperawatan juga membantu perawat untuk memantau kemajuan pasien selama perawatan. Diagnosa keperawatan harus dibuat berdasarkan data yang dikumpulkan selama pengkajian keperawatan, dan harus dijabarkan secara jelas dan spesifik.

Beberapa contoh diagnosa keperawatan antara lain:

1. Gangguan pola tidur: pasien mengalami kesulitan tidur dan terbangun selama malam karena rasa sakit atau kecemasan.
2. Nyeri akut: pasien mengalami rasa sakit yang parah di bagian tubuh tertentu.
3. Risiko infeksi: pasien berisiko terkena infeksi karena sistem kekebalan tubuh yang lemah.
4. Kelelahan: pasien merasa lelah dan tidak berenergi karena gangguan tidur atau penyakit yang sedang dihadapinya.
5. Perubahan pola makan: pasien mengalami perubahan pola makan, seperti hilangnya nafsu makan atau mual dan muntah.
6. Risiko jatuh: pasien berisiko jatuh karena keterbatasan fisik atau kelemahan.
7. Ketidakseimbangan nutrisi: pasien mengalami ketidakseimbangan nutrisi karena faktor-faktor seperti masalah pencernaan atau kurangnya asupan nutrisi yang cukup.

Setelah diagnosa keperawatan dibuat, perawat dapat merencanakan intervensi keperawatan yang tepat dan sesuai untuk memenuhi kebutuhan pasien. Diagnosa keperawatan juga dapat digunakan untuk memantau kemajuan pasien selama perawatan dan mengevaluasi efektivitas intervensi keperawatan yang dilakukan.

8.2.3 Perencanaan Keperawatan

Perencanaan keperawatan adalah langkah penting dalam proses keperawatan yang melibatkan merumuskan rencana tindakan yang akan diambil untuk memenuhi kebutuhan pasien. Tujuan dari perencanaan keperawatan adalah untuk mengembangkan rencana yang terfokus pada kebutuhan pasien dan memastikan bahwa pasien mendapatkan perawatan yang efektif dan aman.

Proses perencanaan keperawatan melibatkan langkah-langkah berikut:

1. Menentukan tujuan: Perawat harus menentukan tujuan jangka pendek dan jangka panjang yang ingin dicapai oleh pasien selama perawatan. Tujuan harus dapat diukur dan spesifik agar dapat dievaluasi.
2. Merencanakan intervensi: Berdasarkan diagnosa keperawatan, perawat harus merencanakan intervensi keperawatan yang tepat untuk memenuhi kebutuhan pasien. Hal ini mencakup penggunaan teknik perawatan dan intervensi yang berbeda, seperti pemberian obat, terapi fisik, terapi okupasi, terapi bicara, dan tindakan lainnya.
3. Membuat rencana tindakan: Setelah intervensi keperawatan ditentukan, perawat harus membuat rencana tindakan yang terperinci untuk

mengimplementasikan intervensi. Rencana ini harus mencakup informasi tentang waktu, frekuensi, dan metode yang akan digunakan.

4. Mengevaluasi rencana: Perawat harus mengevaluasi rencana tindakan yang telah dibuat untuk memastikan bahwa tindakan yang dilakukan sesuai dengan rencana dan mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Jika terdapat perubahan kebutuhan pasien atau perawatan yang tidak efektif, perawat harus melakukan perubahan pada rencana tindakan.

Perencanaan keperawatan memainkan peran penting dalam memastikan bahwa pasien mendapatkan perawatan yang sesuai dan terkoordinasi. Hal ini juga memastikan bahwa perawat memiliki rencana tindakan yang jelas untuk membantu memenuhi kebutuhan pasien dan mencapai tujuan perawatan.

8.2.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah langkah penting dalam proses keperawatan yang melibatkan penerapan rencana tindakan yang telah dirumuskan pada tahap perencanaan keperawatan. Implementasi keperawatan mencakup tindakan konkret yang dilakukan oleh perawat untuk memenuhi kebutuhan pasien.

Proses implementasi keperawatan meliputi langkah-langkah berikut:

1. Memilih teknik perawatan yang tepat: Perawat harus memilih teknik perawatan yang paling tepat untuk memenuhi kebutuhan pasien. Teknik perawatan ini dapat meliputi pemberian obat, pemasangan infus,

perawatan luka, terapi fisik, terapi bicara, dan tindakan lainnya.

2. Menjelaskan rencana tindakan: Perawat harus menjelaskan rencana tindakan yang telah dirumuskan kepada pasien dan keluarganya agar mereka memahami proses perawatan dan dapat berpartisipasi aktif dalam pengambilan keputusan yang berkaitan dengan perawatan pasien.
3. Menerapkan intervensi keperawatan: Perawat harus menerapkan intervensi keperawatan yang telah direncanakan pada tahap perencanaan. Hal ini meliputi memberikan obat, melakukan perawatan luka, memberikan terapi fisik, terapi bicara, dan tindakan lainnya.
4. Memonitor respons pasien: Perawat harus memonitor respons pasien terhadap intervensi keperawatan yang telah diberikan untuk memastikan bahwa perawatan yang diberikan efektif dan aman.
5. Mengubah rencana tindakan jika diperlukan: Jika perawatan tidak efektif atau pasien memerlukan perawatan yang berbeda, perawat harus mengubah rencana tindakan yang telah dibuat untuk memastikan bahwa perawatan yang diberikan terus sesuai dengan kebutuhan pasien.

Implementasi keperawatan adalah tahap yang krusial dalam proses keperawatan karena memungkinkan perawat untuk mengaplikasikan rencana tindakan yang telah dirumuskan dan memastikan bahwa pasien mendapatkan perawatan yang tepat dan efektif.

8.2.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah tahap dalam proses keperawatan yang dilakukan untuk mengevaluasi efektivitas dari tindakan yang telah dilakukan dan apakah tujuan yang telah ditetapkan pada tahap perencanaan keperawatan telah tercapai atau tidak. Tujuan dari evaluasi keperawatan adalah untuk mengevaluasi respons pasien terhadap perawatan dan memastikan bahwa tindakan perawatan yang dilakukan sesuai dengan rencana tindakan yang telah dirumuskan pada tahap perencanaan.

Proses evaluasi keperawatan meliputi langkah-langkah berikut:

1. Memantau respons pasien: Perawat harus memantau respons pasien terhadap perawatan yang telah diberikan untuk mengevaluasi efektivitas perawatan. Hal ini dapat dilakukan dengan melakukan pengukuran, pengamatan, atau tanya jawab dengan pasien.
2. Membandingkan respons pasien dengan tujuan yang telah ditetapkan: Perawat harus membandingkan respons pasien dengan tujuan yang telah ditetapkan pada tahap perencanaan. Hal ini memungkinkan perawat untuk mengevaluasi apakah tujuan yang telah ditetapkan telah tercapai atau tidak.
3. Membuat keputusan tentang perubahan perawatan: Jika perawatan tidak efektif atau pasien memerlukan perawatan yang berbeda, perawat harus membuat keputusan tentang perubahan perawatan yang perlu dilakukan. Hal ini dapat meliputi perubahan dosis obat, modifikasi teknik perawatan, atau mengubah tujuan perawatan.

4. Membuat catatan evaluasi keperawatan: Perawat harus membuat catatan evaluasi keperawatan yang menjelaskan respons pasien, tujuan yang telah dicapai, dan keputusan tentang perubahan perawatan yang perlu dilakukan. Catatan evaluasi keperawatan ini penting untuk memastikan kontinuitas perawatan dan memastikan bahwa semua anggota tim perawatan memiliki informasi yang sama tentang respons pasien dan rencana perawatan yang diperlukan.

Evaluasi keperawatan merupakan tahap yang penting dalam proses keperawatan karena memungkinkan perawat untuk mengevaluasi efektivitas perawatan yang telah diberikan dan memastikan bahwa pasien menerima perawatan yang terbaik sesuai dengan kebutuhan mereka.

8.3 Aplikasi Proses Keperawatan dalam Asuhan Keperawatan

8.3.1 Evaluasi Keperawatan

1. Identifikasi Data Subjektif

Data subjektif adalah informasi yang diberikan oleh pasien atau keluarganya tentang pengalaman dan persepsi mereka tentang kesehatan dan masalah kesehatan yang sedang dialami. Perawat mengumpulkan data subjektif dengan cara bertanya secara langsung kepada pasien atau keluarganya. Beberapa contoh data subjektif yang dapat dikumpulkan adalah keluhan utama, riwayat penyakit sebelumnya, riwayat keluarga, dan obat-obatan yang sedang digunakan.

2. Identifikasi Data Objektif

Data objektif adalah informasi tentang kondisi fisik pasien yang dapat diamati oleh perawat atau diperoleh melalui pemeriksaan dan tes medis. Data objektif dapat meliputi pengukuran suhu, tekanan darah, nadi, dan pernapasan, serta hasil pemeriksaan fisik seperti warna kulit, turgor kulit, dan adanya bengkak atau pembengkakan.

3. Penilaian Keperawatan

Setelah mengumpulkan data subjektif dan objektif, perawat mengevaluasi data tersebut untuk menentukan kebutuhan perawatan pasien. Hal ini meliputi penilaian tentang status kesehatan pasien, masalah yang dihadapi pasien, dan kemampuan pasien untuk melakukan aktivitas sehari-hari. Perawat juga melakukan penilaian tentang respon pasien terhadap perawatan dan pengobatan yang telah diberikan sebelumnya.

Dengan melakukan pengkajian keperawatan secara terperinci, perawat dapat merumuskan rencana perawatan yang sesuai dengan kebutuhan pasien. Pengkajian keperawatan juga penting untuk menentukan prioritas perawatan dan memberikan intervensi yang tepat guna membantu pasien mencapai kondisi kesehatan yang lebih baik.

8.3.2 Diagnosis Keperawatan

1. Pengertian Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah proses identifikasi masalah kesehatan yang terkait dengan kebutuhan fisik, psikologis, dan sosial pasien berdasarkan data pengkajian

yang telah dikumpulkan oleh perawat. Diagnosa keperawatan merupakan langkah penting dalam proses keperawatan karena membantu perawat merumuskan rencana perawatan yang spesifik dan efektif untuk membantu pasien mencapai tujuan kesehatan.

2. Kriteria Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan harus memenuhi beberapa kriteria agar dapat digunakan dalam rencana perawatan, yaitu:

- Masalah kesehatan harus terkait dengan kebutuhan pasien dan dapat diukur secara objektif
- Masalah kesehatan harus memiliki alasan dan faktor penyebab yang jelas
- Masalah kesehatan harus dapat diatasi atau diperbaiki melalui intervensi keperawatan yang tepat
- Diagnosa keperawatan harus spesifik, terukur, dan dapat diukur ulang untuk memantau perkembangan pasien.

3. Proses Penetapan Diagnosa Keperawatan

Proses penetapan diagnosa keperawatan dilakukan setelah perawat melakukan pengkajian keperawatan dan mengidentifikasi masalah kesehatan pasien. Tahapan dalam proses penetapan diagnosa keperawatan meliputi:

- Membuat daftar masalah kesehatan yang diidentifikasi selama pengkajian
- Menentukan prioritas masalah kesehatan berdasarkan urgensi dan dampak pada kesehatan pasien

- Menentukan faktor penyebab masalah kesehatan dengan menganalisis data pengkajian dan riwayat medis pasien
- Membuat diagnosa keperawatan spesifik dan terukur dengan menggunakan format standar, seperti NANDA-I (North American Nursing Diagnosis Association International)
- Membuat diagnosa keperawatan spesifik dan terukur dengan menggunakan format standar, seperti SDKI (Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia)
- Menentukan rencana perawatan yang tepat untuk setiap diagnosa keperawatan dengan mempertimbangkan tujuan kesehatan pasien dan intervensi keperawatan yang sesuai.

Setelah diagnosa keperawatan dibuat, perawat dapat menggunakannya sebagai panduan untuk merancang rencana perawatan yang sesuai dengan kebutuhan pasien. Evaluasi dan pemantauan diagnosa keperawatan secara teratur juga penting untuk menentukan keberhasilan rencana perawatan dan menyesuaikan intervensi yang diperlukan.

11.3.3 Perencanaan Keperawatan

1. Tujuan dan Sasaran Perencanaan Keperawatan

Perencanaan keperawatan adalah tahap dalam proses keperawatan di mana perawat merencanakan tindakan dan intervensi keperawatan yang tepat untuk memecahkan masalah kesehatan pasien yang diidentifikasi melalui proses pengkajian dan diagnosa. Tujuan utama dari perencanaan keperawatan adalah

untuk membantu pasien mencapai tujuan kesehatan yang diinginkan dan meningkatkan kualitas hidup pasien. Sasaran perencanaan keperawatan meliputi merumuskan tujuan kesehatan yang spesifik, menentukan intervensi keperawatan yang tepat, dan menentukan strategi pemantauan dan evaluasi untuk menilai keberhasilan rencana perawatan.

2. Strategi Perencanaan Keperawatan

Strategi perencanaan keperawatan meliputi beberapa langkah, yaitu:

- Merumuskan tujuan kesehatan yang spesifik dan terukur untuk setiap diagnosa keperawatan
- Menentukan intervensi keperawatan yang tepat dan sesuai dengan kebutuhan pasien
- Membuat rencana perawatan yang spesifik dan terstruktur, termasuk strategi pemantauan dan evaluasi untuk menilai keberhasilan rencana perawatan
- Menentukan prioritas dalam rencana perawatan berdasarkan urgensi dan dampak pada kesehatan pasien
- Melibatkan pasien dan keluarga dalam merancang rencana perawatan dan memastikan mereka memahami tujuan dan prosedur perawatan yang direkomendasikan
- Memonitor dan menyesuaikan rencana perawatan secara teratur berdasarkan respons pasien dan perubahan kondisi kesehatan pasien.

3. Prioritas Masalah Keperawatan

Prioritas masalah keperawatan ditentukan berdasarkan urgensi dan dampaknya pada kesehatan

pasien. Masalah kesehatan yang memerlukan tindakan segera atau memiliki dampak yang signifikan pada kesehatan pasien harus diberikan prioritas yang lebih tinggi dalam rencana perawatan. Misalnya, masalah kesehatan yang mempengaruhi fungsi vital atau mengancam jiwa harus diatasi lebih dahulu daripada masalah kesehatan lainnya. Selain itu, perawat juga harus mempertimbangkan faktor lain seperti preferensi pasien, faktor lingkungan, dan ketersediaan sumber daya dalam menentukan prioritas masalah kesehatan dalam rencana perawatan.

8.3.4 Implementasi Keperawatan

1. Pengertian Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah tahap dalam proses keperawatan di mana perawat melakukan tindakan keperawatan yang telah direncanakan untuk memecahkan masalah kesehatan yang diidentifikasi melalui pengkajian dan diagnosa keperawatan. Pada tahap ini, perawat bertanggung jawab untuk melaksanakan intervensi keperawatan yang telah direncanakan dengan memperhatikan kebutuhan dan preferensi pasien, serta memantau respons pasien terhadap intervensi tersebut.

2. Pelaksanaan Tindakan Keperawatan

Pelaksanaan tindakan keperawatan meliputi beberapa langkah, yaitu:

- Menyiapkan dan mempersiapkan pasien untuk tindakan keperawatan yang akan dilakukan

- Melakukan tindakan keperawatan yang telah direncanakan dengan memperhatikan standar etika, moral, dan hukum yang berlaku serta memperhatikan kebutuhan dan preferensi pasien
- Memonitor respons pasien terhadap tindakan keperawatan yang dilakukan dan melakukan penyesuaian tindakan keperawatan yang sesuai dengan respons pasien
- Memberikan dukungan dan bimbingan kepada pasien dan keluarga dalam mengatasi masalah kesehatan yang dihadapi
- Melakukan tindakan keperawatan dalam kolaborasi dengan tim interdisipliner yang terlibat dalam perawatan pasien, seperti dokter, ahli gizi, dan ahli terapi.

3. Dokumentasi Keperawatan

Dokumentasi keperawatan adalah proses mencatat informasi tentang intervensi keperawatan yang dilakukan, respons pasien terhadap intervensi tersebut, serta hasil yang dicapai dari intervensi keperawatan. Dokumentasi keperawatan harus dilakukan dengan akurat, lengkap, jelas, dan berdasarkan standar yang telah ditetapkan. Tujuan dari dokumentasi keperawatan adalah untuk memberikan informasi yang jelas dan terstruktur mengenai kondisi pasien dan rencana perawatan yang telah dilakukan. Dokumentasi keperawatan juga berfungsi sebagai alat untuk komunikasi antara perawat dengan tim interdisipliner yang terlibat dalam perawatan pasien, serta untuk memfasilitasi evaluasi dan perbaikan proses keperawatan yang dilakukan.

8.3.5 Evaluasi Keperawatan

1. Pengertian Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah tahap dalam proses keperawatan di mana perawat mengevaluasi keberhasilan intervensi keperawatan yang telah dilakukan sebelumnya. Tujuan evaluasi keperawatan adalah untuk menilai apakah intervensi keperawatan yang telah direncanakan dan dilakukan berhasil mencapai tujuan yang telah ditetapkan, serta untuk mengevaluasi respons pasien terhadap intervensi keperawatan tersebut.

2. Proses Evaluasi Keperawatan

Proses evaluasi keperawatan meliputi beberapa langkah, yaitu:

- Menilai kemajuan pasien dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan sebelumnya.
- Memperbarui informasi tentang kondisi pasien dan masalah kesehatan yang dihadapi.
- Menilai respons pasien terhadap intervensi keperawatan yang telah dilakukan.
- Mengevaluasi keefektifan intervensi keperawatan yang telah dilakukan, serta menentukan perubahan atau modifikasi yang perlu dilakukan pada rencana keperawatan yang telah ada.
- Menilai faktor yang mempengaruhi pencapaian tujuan keperawatan, seperti faktor lingkungan dan sosial.
- Berkomunikasi dengan pasien dan keluarga untuk memberikan informasi tentang kemajuan pasien dan rencana keperawatan selanjutnya.

3. Penilaian Evaluasi Keperawatan

Penilaian evaluasi keperawatan meliputi penilaian tentang:

- Keberhasilan pencapaian tujuan keperawatan yang telah ditetapkan.
- Respons pasien terhadap intervensi keperawatan yang telah dilakukan.
- Efektivitas intervensi keperawatan yang telah dilakukan dalam mencapai tujuan keperawatan.
- Faktor yang mempengaruhi pencapaian tujuan keperawatan.
- Kebutuhan pasien dan keluarga untuk dukungan dan bimbingan selanjutnya.

Hasil dari penilaian evaluasi keperawatan akan digunakan untuk membuat rencana keperawatan selanjutnya, serta untuk memberikan informasi kepada tim interdisipliner yang terlibat dalam perawatan pasien. Evaluasi keperawatan juga berfungsi sebagai alat untuk memfasilitasi perbaikan proses keperawatan dan meningkatkan kualitas perawatan pasien.

8.3 Kesimpulan

Asuhan keperawatan merupakan proses yang sistematis dan terstruktur dalam memberikan perawatan kepada pasien. Proses keperawatan terdiri dari lima tahap, yaitu pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan.

Pengkajian keperawatan dilakukan dengan mengidentifikasi data subjektif dan objektif serta penilaian keperawatan untuk memahami kondisi pasien secara

menyeluruh. Diagnosa keperawatan dilakukan untuk menentukan masalah kesehatan pasien dan merumuskan rencana keperawatan yang tepat.

Perencanaan keperawatan bertujuan untuk mencapai tujuan perawatan dan sasaran yang telah ditetapkan melalui strategi yang telah dirancang, serta menentukan prioritas masalah keperawatan yang harus ditangani terlebih dahulu.

Implementasi keperawatan dilakukan dengan melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan rencana perawatan yang telah dirumuskan, dan dokumentasi keperawatan dilakukan untuk mencatat setiap tindakan yang dilakukan.

Evaluasi keperawatan dilakukan untuk mengevaluasi keberhasilan intervensi keperawatan yang telah dilakukan, memperbarui informasi tentang kondisi pasien, menilai respons pasien terhadap intervensi keperawatan, serta menentukan perubahan atau modifikasi yang perlu dilakukan pada rencana keperawatan yang telah ada.

Secara keseluruhan, asuhan keperawatan adalah suatu pendekatan yang terstruktur dan sistematis dalam memberikan perawatan yang efektif dan efisien kepada pasien dengan tujuan untuk meningkatkan kualitas hidup pasien dan membantu pasien mencapai keadaan kesehatan yang optimal.

DAFTAR PUSTAKA

- Alfaro-LeFevre, R. (2010). Nursing process and critical thinking. *Nursing Education Perspectives*, 31(3), 166-168.
- Berman, A. T., Snyder, S. J., & Frandsen, G. (2017). *Kozier and Erb's Fundamentals of Nursing: Concepts, Process, and Practice* (10th ed.). Upper Saddle River, NJ: Pearson Education, Inc.
- Black, J. M., & Hawks, J. H. (2018). *Medical-Surgical Nursing: Clinical Management for Positive Outcomes* (9th ed.). Philadelphia, PA: Saunders.
- Carpenito-Moyet, L. J. (2016). *Nursing Diagnosis: Application to Clinical Practice* (15th ed.). Philadelphia, PA: Wolters Kluwer Health Gulanick, M., & Myers, J. L. (2017). *Nursing Care Plans: Diagnoses, Interventions, and Outcomes* (9th ed.). St. Louis, MO: Elsevier.
- Doenges, M. E., Moorhouse, M. F., & Murr, A. C. (2016). *Nursing Care Plans: Guidelines for Individualizing Client Care Across the Life Span* (9th ed.). Philadelphia, PA: F.A. Davis Company.
- Ignatavicius, D. D., & Workman, M. L. (2016). *Medical-Surgical Nursing: Patient-Centered Collaborative Care* (8th ed.). St. Louis, MO: Elsevier.
- Lewis, S. L., Dirksen, S. R., Heitkemper, M. M., & Bucher, L. (2017). *Medical-Surgical Nursing: Assessment and Management of Clinical Problems* (10th ed.). St. Louis, MO: Elsevier.
- McCance, K. L., Huether, S. E., Brashers, V. L., & Rote, N. S.

(2019). *Pathophysiology: The Biologic Basis for Disease in Adults and Children* (8th ed.). St. Louis, MO: Elsevier.

McCloskey-Dochterman, J. M., & Bulechek, G. M. (2013). *Nursing Interventions Classification (NIC)* (7th ed.). St. Louis, MO: Elsevier.

NANDA International. (2015). *Nursing Diagnoses: Definitions and Classification 2015-2017*. Oxford, UK: Wiley-Blackwell.

Potter, P. A., & Perry, A. G. (2016). *Fundamentals of Nursing* (9th ed.). St. Louis, MO: Elsevier.

Scott, A. D. (1994). Nursing diagnosis and its role in the delivery of care. *The Journal of Nursing Education*, 33(8), 349-351.

Wilkinson, J. M. (2016). *Nursing Process and Critical Thinking* (5th ed.). Upper Saddle River, NJ: Pearson Education, Inc.

BAB 9

APLIKASI ASUHAN KEPERAWATAN DALAM RISET KEPERAWATAN

Oleh Salmah Arafah

9.1 Pendahuluan

Praktik keperawatan merupakan askep yang komprehensif yang didasarkan pada pengetahuan dari ilmu biologis, ilmu fisika, dan ilmu-ilmu sosial. (Carpenito-Moyet, 2016)

Integrasi praktik keperawatan dalam Nursing Process merupakan kegiatan yang memfasilitasi interaksi perawat dengan klien dalam membantu klien mempertahankan dan memperbaiki status kesehatannya. (Polit, 2017)

Dalam Nursing Process, perawat melakukan evaluasi status kesehatan klien, mengidentifikasi diagnosis keperawatan dan masalah kesehatan lain yang relevan, membuat rencana intervensi keperawatan yang sesuai atau berkolaborasi dengan tim kesehatan lain, melaksanakan rencana tersebut, dan mengevaluasi hasil dari asuhan keperawatan yang telah diberikan. (Smeltzer, 2017)

Seorang perawat dalam praktek keperawatan menggunakan Nursing Process sebagai pendekatan sistematis untuk menyelesaikan masalah kesehatan klien secara ilmiah. Langkah-langkah dalam Nursing Process memberikan panduan dan kerangka kerja bagi perawat untuk melakukan praktik keperawatan dengan efektif dan efisien. (Polit, 2017)

Asuhan keperawatan merupakan komponen utama dari pengobatan yang membantu dalam menjaga kesehatan dan pemulihan pasien. Namun, untuk menjamin efektivitasnya, diperlukan penelitian keperawatan yang teliti dan sistematis. Aplikasi asuhan keperawatan sangat penting dalam penelitian ini untuk memastikan bahwa intervensi yang dilakukan sesuai, efektif, dan efisien bagi pasien. (Polit, 2017)

a. Tujuan Penulisan

Tujuan penulisan Buku ini adalah untuk membahas pentingnya aplikasi asuhan keperawatan dalam riset keperawatan. Buku ini akan membahas kerangka pemikiran yang diperlukan untuk melakukan penelitian keperawatan yang efektif, dan menunjukkan bagaimana asuhan keperawatan dapat diterapkan dalam penelitian keperawatan.

b. Kerangka Pemikiran:

- 1) Pengertian asuhan keperawatan
- 2) Konsep riset keperawatan
- 3) Pentingnya aplikasi asuhan keperawatan dalam riset keperawatan
- 4) Langkah-langkah dalam menerapkan asuhan keperawatan dalam riset keperawatan
- 5) Contoh aplikasi asuhan keperawatan dalam riset keperawatan.

9.2 Pengertian Asuhan Keperawatan

Asuhan keperawatan merupakan proses penilaian, perencanaan, pemberian, dan evaluasi perawatan yang dilakukan oleh perawat untuk memenuhi kebutuhan kesehatan pasien. Tujuan utama dari asuhan keperawatan adalah untuk meningkatkan kesehatan pasien dan mendorong kesembuhan. (Carpenito-Moyet, 2016)

Asuhan keperawatan merupakan rangkaian kegiatan yang meliputi penilaian, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi tindakan keperawatan secara holistik yang dilakukan oleh perawat untuk memenuhi kebutuhan klien atau pasien. Tujuannya adalah meningkatkan kualitas hidup klien atau pasien dengan memberikan perawatan yang sesuai dan efektif. Dalam praktik keperawatan, asuhan keperawatan digunakan untuk memberikan perawatan yang berkualitas dan terstandarisasi. (Smeltzer, 2017)

Asuhan keperawatan merupakan suatu proses yang kompleks yang meliputi berbagai tahap, dimulai dari pengkajian hingga evaluasi. (Carpenito-Moyet, 2016)

Asuhan keperawatan bertujuan untuk memenuhi kebutuhan kesehatan klien secara holistik. Klien yang dirawat dalam suatu unit perawatan kesehatan memiliki kebutuhan yang berbeda-beda tergantung pada kondisi kesehatan mereka. Perawat harus mampu mengidentifikasi kebutuhan klien dan merencanakan tindakan keperawatan yang tepat sesuai dengan kondisi kesehatan klien

Asuhan keperawatan merupakan salah satu hal penting dalam praktek keperawatan. Asuhan keperawatan menjadi acuan dalam memberikan perawatan yang berkualitas dan terstandar. Oleh karena itu, pengembangan asuhan keperawatan merupakan hal yang sangat penting. Seiring dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi, asuhan keperawatan terus berkembang dan berubah sesuai dengan kebutuhan klien. Pengembangan asuhan keperawatan meliputi berbagai aspek, seperti proses penilaian klien, perencanaan tindakan keperawatan, pelaksanaan tindakan keperawatan, dan evaluasi hasil tindakan keperawatan. (Wu, 2021)

- a. Peran asuhan keperawatan dalam riset keperawatan
Pengembangan aplikasi asuhan keperawatan dapat membantu memudahkan proses penelitian keperawatan dan meningkatkan akurasi data yang dikumpulkan. Aplikasi asuhan keperawatan dapat mencakup penggunaan teknologi informasi untuk memfasilitasi proses pengumpulan data dan penilaian pasien, serta pembuatan rencana perawatan yang terintegrasi. (Carpenito-Moyet, 2016)
- b. Pengembangan aplikasi asuhan keperawatan
Pengembangan aplikasi asuhan keperawatan dapat membantu memudahkan proses penelitian keperawatan dan meningkatkan akurasi data yang dikumpulkan. Aplikasi asuhan keperawatan dapat mencakup penggunaan teknologi informasi untuk memfasilitasi proses pengumpulan data dan penilaian pasien, serta pembuatan rencana perawatan yang terintegrasi. (Wu, 2021)

- c. Kajian terhadap aplikasi asuhan keperawatan terkini
Beberapa studi telah dilakukan untuk mengevaluasi efektivitas dan efisiensi aplikasi asuhan keperawatan dalam penelitian keperawatan. Studi-studi ini menunjukkan bahwa penggunaan aplikasi asuhan keperawatan dapat meningkatkan akurasi data yang dikumpulkan, meningkatkan kualitas perawatan pasien, dan meningkatkan efisiensi proses perawatan. (Polit, 2017)

Selama bertahun-tahun, pengembangan asuhan keperawatan telah membantu meningkatkan kualitas asuhan keperawatan. Banyak penelitian yang telah dilakukan untuk mengembangkan praktik keperawatan yang lebih baik dan berbasis bukti. Riset keperawatan berperan penting dalam pengembangan asuhan keperawatan yang lebih baik. Riset keperawatan dapat membantu perawat untuk memperoleh data dan informasi yang dibutuhkan untuk mengembangkan praktik keperawatan yang lebih baik dan berbasis bukti. (Polit, 2017)

9.3 Manfaat Asuhan Keperawatan dalam Riset Keperawatan

- a. Penentuan Indikator Keperawatan

Penentuan indikator keperawatan adalah langkah awal dalam penelitian keperawatan. Indikator keperawatan adalah parameter atau variabel yang digunakan untuk mengukur hasil dari intervensi keperawatan. Penentuan indikator keperawatan yang tepat dapat membantu mengevaluasi efektivitas

intervensi keperawatan dan meningkatkan kualitas perawatan pasien. (Burns, 2009)

b. Pengumpulan Data

Pengumpulan data adalah langkah penting dalam penelitian keperawatan. Pengumpulan data dapat dilakukan melalui pengamatan, wawancara, dan penggunaan alat ukur dan penilaian. Dalam pengumpulan data, penting untuk memastikan bahwa data yang dikumpulkan akurat, relevan, dan dapat diandalkan. (Carpenito-Moyet, 2016)

Dalam riset keperawatan, pengumpulan data merupakan langkah pertama yang sangat penting dalam mengetahui kondisi kesehatan klien atau pasien. Perawat dapat menggunakan asuhan keperawatan untuk mengumpulkan data yang dibutuhkan dalam penelitian. Dalam pengumpulan data, perawat dapat menggunakan metode observasi atau wawancara untuk memperoleh data yang relevan dan akurat. Observasi dilakukan dengan cara mengamati langsung perilaku dan tanda-tanda fisik klien atau pasien. Sementara itu, wawancara dilakukan dengan cara bertanya langsung kepada klien atau pasien tentang keluhan kesehatannya. (Wu, 2021)

Perawat dapat menggunakan asuhan keperawatan untuk mengumpulkan data tentang klien atau pasien yang dibutuhkan dalam penelitian. Dalam pengumpulan data, perawat dapat menggunakan metode observasi atau wawancara untuk memperoleh data yang relevan dan akurat. (Carpenito-Moyet, 2016)

c. **Pengelolaan Data**

Pengelolaan data adalah proses untuk mengatur, menyimpan, dan memproses data yang telah dikumpulkan. Penting untuk memastikan bahwa data disimpan dengan aman dan terjaga kerahasiaannya. Data juga harus diproses dengan cara yang benar, seperti dengan menggunakan perangkat lunak pengolahan data yang tepat. (Polit, 2017)

d. **Analisis Data**

Analisis data adalah langkah terakhir dalam penelitian keperawatan. Analisis data melibatkan penggunaan metode statistik untuk menguji hipotesis dan membuat kesimpulan berdasarkan data yang telah dikumpulkan. Hasil analisis data dapat digunakan untuk mengevaluasi efektivitas intervensi keperawatan dan menyediakan bukti yang diperlukan untuk mengembangkan praktik keperawatan yang lebih baik. (Burns, 2009)

9.4 Perencanaan Penelitian dengan aplikasi Asuhan Keperawatan

a. **Rancangan Penelitian**

Rancangan penelitian adalah rencana atau strategi yang digunakan untuk menjawab pertanyaan penelitian. Rancangan penelitian dapat bervariasi, mulai dari penelitian deskriptif hingga penelitian eksperimental. Rancangan penelitian yang tepat harus dipilih berdasarkan pertanyaan penelitian, tujuan penelitian, dan karakteristik populasi. (Houser, 2018)

b. Populasi dan Sampel

Populasi adalah kelompok individu atau objek yang memiliki karakteristik tertentu yang menjadi fokus penelitian.

Sampel adalah subset dari populasi yang dipilih untuk diobservasi dan diukur. Pemilihan sampel yang tepat penting untuk memastikan bahwa hasil penelitian dapat digeneralisasi ke populasi yang lebih luas. (Polit, 2017)

c. Teknik Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data adalah metode yang digunakan untuk mengumpulkan data dari sampel. Teknik pengumpulan data yang umum digunakan dalam penelitian keperawatan meliputi survei, wawancara, dan pengamatan. Pemilihan teknik pengumpulan data yang tepat harus didasarkan pada tujuan penelitian dan karakteristik populasi. (Burns, 2009)

d. Instrumen Pengumpulan Data

Instrumen pengumpulan data adalah alat yang digunakan untuk mengumpulkan data dalam penelitian. Instrumen pengumpulan data dapat berupa kuesioner, pedoman wawancara, atau lembar observasi. Instrumen pengumpulan data yang baik harus valid dan reliabel. (Burns, 2009)

e. Validitas dan Reliabilitas Instrumen

Dalam penelitian keperawatan, validitas dan reliabilitas instrumen menjadi dua aspek penting yang harus diperhatikan. Validitas instrumen mengukur sejauh mana instrumen tersebut dapat mengukur

variabel yang diinginkan dengan akurat. Sedangkan reliabilitas instrumen mengukur sejauh mana instrumen tersebut dapat menghasilkan hasil yang konsisten saat diulang penggunaannya. Untuk menjamin validitas dan reliabilitas instrumen, diperlukan penggunaan metode statistik yang tepat seperti uji validitas konstruk dan uji reliabilitas seperti uji reliabilitas internal dan uji reliabilitas test. (Burns, 2009)

Selain itu, proses pengembangan instrumen harus dilakukan dengan cermat dan sistematis, termasuk tahapan pengembangan item, uji coba instrumen, analisis data, dan validasi akhir. Dalam hal ini, peran ahli statistik dan ahli keperawatan sangat penting dalam menjamin validitas dan reliabilitas instrumen. Dengan demikian, penggunaan instrumen yang valid dan reliabel dapat memastikan hasil penelitian keperawatan yang akurat dan dapat dipercaya. (Burns, 2009)

9.5 Implementasi Aplikasi Asuhan Keperawatan dalam Riset Keperawatan

a. Pelaksanaan Pengumpulan Data

Pelaksanaan pengumpulan data adalah proses mengumpulkan data dari sampel yang telah ditentukan. Pelaksanaan pengumpulan data harus dilakukan dengan cermat dan terstruktur untuk memastikan keakuratan dan keandalan data yang dihasilkan. (Burns, 2009)

b. Pengolahan Data

Pengolahan data adalah proses mengubah data mentah menjadi bentuk yang dapat dianalisis. Pengolahan data dapat meliputi entri data, koding, dan pengolahan statistik. Pengolahan data yang tepat penting untuk memastikan keakuratan dan konsistensi data. (Houser, 2018)

c. Analisis Data

Analisis data adalah proses menginterpretasikan data untuk menjawab pertanyaan penelitian. Analisis data dapat meliputi analisis deskriptif, analisis inferensial, dan analisis multivariat. Analisis data yang tepat harus dipilih berdasarkan tujuan penelitian dan karakteristik data yang dihasilkan. (Polit, 2017)

9.6 Penulisan Laporan Hasil Riset dengan Aplikasi Asuhan Keperawatan

a. Struktur Laporan Hasil Riset

Struktur laporan hasil riset terdiri dari judul, abstrak, pendahuluan, tinjauan pustaka, metode penelitian, hasil penelitian, pembahasan, kesimpulan, dan daftar pustaka. Struktur laporan harus diatur dengan baik untuk memudahkan pembaca memahami hasil riset yang telah dilakukan (Grove, 2013)

b. Penerapan Aplikasi Asuhan Keperawatan dalam Laporan Hasil Riset

Penerapan aplikasi asuhan keperawatan dalam laporan hasil riset dapat dilakukan dengan menjelaskan bagaimana penggunaan asuhan keperawatan telah dilakukan dalam penelitian. Hal ini meliputi penjelasan tentang indikator keperawatan, teknik pengumpulan data, instrumen pengumpulan data, analisis data, dan kesimpulan yang diperoleh dari hasil penelitian. Penerapan aplikasi asuhan keperawatan dapat membantu memperjelas bagaimana asuhan keperawatan berperan dalam riset keperawatan yang telah dilakukan. (LoBiondo-Wood, 2017)

9.7 Kajian Terhadap Aplikasi

a. Keuntungan dan Kekurangan Aplikasi Asuhan Keperawatan dalam Riset Keperawatan

Penggunaan aplikasi asuhan keperawatan dalam riset keperawatan memiliki beberapa keuntungan. Pertama, aplikasi ini memungkinkan pengumpulan data yang lebih efektif dan efisien karena dapat menghemat waktu dan usaha dalam proses pengumpulan data. Selain itu, aplikasi asuhan keperawatan dapat memastikan konsistensi dalam pengumpulan data dan memungkinkan penggunaan indikator keperawatan yang valid dan reliabel untuk meningkatkan kualitas penelitian.

Namun, penggunaan aplikasi asuhan keperawatan juga memiliki beberapa kekurangan yang perlu diperhatikan. Salah satu kekurangannya adalah jika instrumen yang digunakan tidak diuji validitas dan reliabilitasnya secara memadai, maka dapat menimbulkan kesalahan dalam pengumpulan data. Selain itu, jika tidak ada pelatihan yang cukup untuk penggunaan aplikasi tersebut, maka hal ini dapat mempengaruhi kualitas penelitian dan hasil yang diperoleh. Oleh karena itu, penting bagi peneliti dan perawat untuk mempertimbangkan baik keuntungan maupun kekurangan dalam penggunaan aplikasi asuhan keperawatan dalam riset keperawatan.. (Gagnon, n.d.)

b. Tantangan Penggunaan Aplikasi Asuhan Keperawatan dalam Riset Keperawatan

Penggunaan aplikasi asuhan keperawatan dalam riset keperawatan tidaklah mudah dan memiliki beberapa tantangan. Pertama, pengembangan dan implementasi aplikasi dapat memakan biaya yang besar. Pengembangan aplikasi yang baik membutuhkan tim pengembang yang kompeten dan waktu yang cukup lama untuk mengembangkan aplikasi yang sesuai dengan kebutuhan pengguna. Selain itu, penggunaan aplikasi asuhan keperawatan membutuhkan infrastruktur teknologi yang memadai, seperti koneksi internet yang stabil dan perangkat yang mendukung, yang mungkin tidak tersedia di seluruh tempat. (Polit, 2017)

Tantangan lain yang dihadapi dalam penggunaan aplikasi asuhan keperawatan adalah kesulitan dalam mengintegrasikan aplikasi dengan sistem informasi kesehatan yang ada. Sistem informasi kesehatan yang sudah ada mungkin tidak kompatibel dengan aplikasi yang ingin digunakan, sehingga penggunaan aplikasi dapat menyebabkan masalah interoperabilitas antara sistem informasi kesehatan yang berbeda. Selain itu, resistensi dari pengguna aplikasi yang kurang terbiasa dengan teknologi dapat menjadi tantangan dalam penggunaan aplikasi asuhan keperawatan. Oleh karena itu, penting untuk mempertimbangkan tantangan ini dan mencari solusi yang tepat dalam penggunaan aplikasi asuhan keperawatan dalam riset keperawatan. (Polit, 2017)

e. Saran Pengembangan Aplikasi Asuhan Keperawatan dalam Riset Keperawatan Selanjutnya

Untuk meningkatkan efektivitas penggunaan aplikasi-asuhan keperawatan dalam riset keperawatan, perlu dilakukan integrasi aplikasi dengan sistem informasi kesehatan yang ada. Dengan demikian, aplikasi-asuhan keperawatan dapat terintegrasi dengan mudah dan memudahkan pengumpulan data secara otomatis. Selain itu, peningkatan infrastruktur teknologi juga diperlukan untuk mendukung penggunaan aplikasi-asuhan keperawatan dalam riset keperawatan secara luas. (LoBiondo-Wood, 2017)

Selain pengembangan aplikasi yang lebih baik dan pendidikan bagi pengguna, kerja sama antara perawat, dokter, dan ahli teknologi informasi juga dapat meningkatkan penggunaan aplikasi-asuhan keperawatan dalam riset keperawatan. Dengan kolaborasi tim yang solid, aplikasi-asuhan keperawatan dapat diintegrasikan dengan mudah dan diterapkan secara efektif, meningkatkan kualitas asuhan keperawatan dan hasil riset keperawatan secara keseluruhan. (LoBiondo-Wood, 2017)

9.8 Kesimpulan

Asuhan keperawatan adalah suatu proses yang terintegrasi dan sistematis dalam memberikan perawatan kepada pasien. Dalam riset keperawatan, aplikasi asuhan keperawatan sangat penting untuk mendapatkan data yang akurat dan terstruktur. Aplikasi asuhan keperawatan juga dapat membantu memudahkan dalam proses pengumpulan, pengolahan, dan analisis data.

Tujuan penulisan Buku ini adalah untuk membahas aplikasi asuhan keperawatan dalam riset keperawatan. Buku ini membahas tentang pengertian asuhan keperawatan, peran asuhan keperawatan dalam riset keperawatan, pengembangan aplikasi asuhan keperawatan, kajian terhadap aplikasi asuhan keperawatan terkini, rancangan penelitian, pelaksanaan pengumpulan data, pengolahan data, analisis data, struktur laporan hasil riset, penerapan aplikasi asuhan keperawatan dalam laporan hasil riset, keuntungan dan kekurangan aplikasi asuhan keperawatan dalam riset keperawatan, tantangan

penggunaan aplikasi-asuhan keperawatan dalam riset keperawatan, saran pengembangan aplikasi asuhan keperawatan dalam riset keperawatan selanjutnya, ringkasan hasil penulisan, implikasi dan rekomendasi, serta saran untuk penulisan selanjutnya.

DAFTAR PUSTAKA

- Burns, N. & G. S. K., 2009. *Understanding nursing research: Building an evidence-based practice*. s.l.:Elsevier Health Sciences..
- Carpenito-Moyet, L. J., 2016. *Nursing diagnosis: Application to clinical practice*. s.l.:Lippincott Williams & Wilkins..
- Gagnon, M. P. N. P. A. P.-G. J. D. M. & M., n.d. *health adoption by healthcare professionals: a systematic review*.. 23(1), 212-220. ed. s.l.:Journal of the American Medical Informatics Association.
- Grove, S. K. B. N. & G. J. R., 2013. *Understanding nursing research: Building an evidence-based practice*. s.l.:Elsevier Health Sciences..
- Houser, J., 2018. *Nursing research: Reading, using, and creating evidence*. s.l.:Jones & Bartlett Learning..
- LoBiondo-Wood, G. & H. J., 2017. *Nursing research: Methods and critical appraisal for evidence-based practice*. Elsevier Health Sciences.. s.l.:Elsevier Health Sciences..
- Polit, D. F. & B. C. T., 2017. *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*. s.l.:Lippincott Williams & Wilkins..
- Smeltzer, S. C. B. B. G. H. J. L. & C. K. H., 2017. *Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing*. s.l.:Wolters Kluwer.
- Wu, H. & T. Y., 2021. *The application of nursing care in the process of nursing research*. 8(1),1098 ed. s.l.:Annals of Nursing and Practice.

BIODATA PENULIS



M.Khalid Fredy Saputra, S.Kep., Ns., M.Kep
Dosen Stikes Baitul Hikmah

Penulis merupakan anak dari Drs. H Mudarni, M.Pd.I dan Hj. Erna Wati, S.Pd sebagai anak ke- dua dari tiga bersaudara, Kakak penulis bernama M.Eko Arif Saputra, S.Pd dan adik bernama Apt. Rizka Amalia Putri, S.Farm. Penulis menempuh pendidikan di SDN 1 Pasar Krui, melanjutkan pendidikan di MTs NU Krui, MAN 1 Pesisir Barat kemudian melanjutkan kuliah di perguruan tinggi dengan jurusan S1 Keperawatan (S.Kep) dan Profesi Ners (Ns) di Universitas Mitra Indonesia, setelah itu melanjutkan kuliah lagi di jenjang S2 dengan jurusan Magister Keperawatan di Universitas Muhammadiyah Jakarta. Penulis aktif di dunia organisasi saat menjadi pelajar dan di bangku perkuliahan, pernah menjabat sebagai Presiden BEM di Universitas Mitra Indonesia, aktif di HMI (Himpunan mahasiswa Islam), LDK (Lembaga dakwah kampus), UKM Seni dan Olahraga, Pramuka, PPI Pesisir Barat dan kerap di undang menjadi narasumber di berbagai kegiatan seminar. Penulis

merupakan praktisi keperawatan dan dosen keperawatan perguruan tinggi di provinsi lampung, penulis juga merupakan owner sekaligus direktur pada sebuah lembaga yang bergerak di bidang pelatihan dan pendidikan, Penulis sering mengikuti berbagai kegiatan pelatihan sertifikasi dan mendapatkan berbagai gelar non akademik seperti CP.NNLP, CH., CHt., CBWCN., C.PI., C.PS., C.MPI dan lain sebagainya.

Akhir kata penulis mengucapkan rasa syukur yang sebesar – besarnya atas selesainya buku ini dan semoga memberikan manfaat yang besar bagi para pembaca nya, Aamiin.

BIODATA PENULIS



Dr. Herniyatun, M.Kep. Sp. Mat

Dosen Program Studi Pendidikan Profesi Ners
Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah
Gombong

Penulis lahir di Kebumen, 6 Februari 1977. Penulis menyelesaikan pendidikan Sarjana Keperawatan di Universitas Indonesia tahun 2000. Lulus program Magister keperawatan pada tahun 2008 di perguruan tinggi yang sama, kemudian melanjutkan pendidikan spesialis keperawatan maternitas lulus di tahun 2009 dan Doktoral pada tahun 2020 juga di Universitas Indonesia. Mengawali karir dosen di Akademi Keperawatan Muhammadiyah Gombong tahun 2000 sebagai Dosen Keperawatan. Pada tahun 2006 diamanahi sebagai Ketua Program Studi Diploma III, Ketua Program Studi S1 Keperawatan tahun 2009, Ketua Program Studi Ners tahun 2012, Wakil Ketua I

Bidang Akademik Tahun 2015, Ketua STIKES Muhammadiyah Gombong tahun 2016 hingga Tahun 2021,

dan saat ini menjabat sebagai Rektor Universitas Muhammadiyah Gombong periode Tahun 2021 - 2025.

BIODATA PENULIS



Erida Fadila, Ners., M.Kep

Dosen S1 Ilmu Keperawatan

Fakultas Kesehatan

Institut Teknologi dan Kesehatan Mahardika Cirebon

Untuk memberikan pemahaman kepada peserta didik yang merupakan calon penerus tenaga keperawatan baik masa kini maupun masa depan, maka penulis sangat tertarik untuk menuliskan materi proses dalam keperawatan. Buku ini merupakan karya penulis yang ke empat, dengan buku yang sebelumnya sangat bisa digunakan untuk referensi pembelajaran maupun pegangan dalam tindakan keperawatan demi meningkatkan nilai kesehatan. Penulis memiliki pengalaman baik dibidang pelayanan sebagai tenaga keperawatan maupun dibidang pendidikan dan pada akhirnya memutuskan untuk fokus di dunia pendidikan demi mencetak calon-calon tenaga keperawatan yang memiliki daya saing tingkat nasional maupun internasional dengan menjadi dosen yang profesional aktif dalam menjalankan Tridharma Perguruan Tinggi.

BIODATA PENULIS



Masyita Haerianti, S.Kep., Ns., M.Kep.

Dosen Program Studi Profesi Ners

Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Sulawesi Barat

Penulis lahir di Sidodadi, 21 Juli 1989. Penulis merupakan anak dari pasangan Alm. Drs. H. M. Syahrir Yusuf (ayah) dan Hj. Husniah (ibu), dan merupakan Istri (Junaidi, S.Hum) dan Ibu (Muhammad Umar Al-Faruq). Penulis menyelesaikan jenjang pendidikan SD hingga SMA di Polewali Mandar Sulawesi Barat, dan melanjutkan pendidikan S1 dan Profesi Ners di Universitas Islam Negeri Alauddin Makassar (2007-2011 / 2012-2013). Penulis meraih gelar magister keperawatan di Universitas Gadjah Mada (2017) pada konsentrasi Medikal Bedah. Penulis saat ini bekerja sebagai salah satu dosen tetap pada Prodi Keperawatan dan Profesi Ners Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Sulawesi Barat. Email penulis masyitahaerianti@unsulbar.ac.id.

BIODATA PENULIS



Natalia Elisa Rakinaung, S.Kep.,Ns.,MNS

Dosen Program Studi Ilmu Keperawatan dan Profesi Ners
Fakultas Keperawatan, Universitas Katolik De La Salle
Manado

Penulis lahir di Tahuna, 10 Maret 1987. Penulis adalah dosen tetap di Program Studi Ilmu Keperawatan dan Profesi Ners Fakultas Keperawatan, Universitas Katolik De La Salle Manado. Menyelesaikan S1 pada Program Studi Ilmu Keperawatan dan Profesi Ners dan melanjutkan S2 pada *major Community dan Family Health Nursing*. Penulis menekuni bidang menulis dan penelitian.

BIODATA PENULIS



Dr. Maria Suryani, SKp, M.Kep.

Dosen Program Studi Ners

Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Elisabeth Semarang

Penulis lahir di Jakarta tanggal 4 April 1977. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Ners, STIKES Elisabeth Semarang. Penulis telah menyelesaikan pendidikan S1 pada tahun 2000 dan S2 keperawatan pada tahun 2004 di Universitas Indonesia, dan melanjutkan S3 pada program doktor ilmu kedokteran dan kesehatan Universitas Diponegoro pada tahun 2021. Penulis menekuni bidang keperawatan dengan melakukan kegiatan pendidikan, penelitian, dan pengabdian masyarakat hingga sekarang.

BIODATA PENULIS



Viyan Septiyana Achmad

Dosen Politeknik Kesehatan Kemenkes Banten

Penulis lahir di Bandung, 12 September 1981 merupakan Dosen di Politeknik Kesehatan Kemenkes Banten. Penulis menyelesaikan pendidikan di Akademi Keperawatan PPNI Jawa Barat pada tahun 2003. Pendidikan Sarjana Keperawatan di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Padjadjaran pada tahun 2006. Pendidikan Program Profesi Ners di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Padjadjaran pada tahun 2007 dan Pendidikan Magister Keperawatan peminatan keperawatan kritis di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Padjadjaran pada tahun 2013. Penulis tergabung dalam Organisasi Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI) dan Anggota Himpunan Perawat Gawat Darurat (HIPGABI) provinsi Banten.

BIODATA PENULIS



Mahmud Ady Yuwanto, S.Kep., Ns., M.M., M.Kep.

Dosen Program Studi Ilmu Keperawatan
Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas dr. Soebandi

Penulis lahir di Banyuwangi tanggal 08 Oktober 1985. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Ilmu Keperawatan, Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas dr. Soebandi. Penulis menyelesaikan pendidikan S1 Keperawatan dan Profesi Ners di Universitas Jember. Penulis melanjutkan S2 Manajemen dengan Peminatan Manajemen Kesehatan di STIE Indonesia Malang. Kemudian Penulis melanjutkan lagi S2 Keperawatan dengan Peminatan Manajemen dan Kepemimpinan dalam Keperawatan, Fakultas Kedokteran, Universitas Brawijaya. Penulis menekuni bidang Ilmu Keperawatan, dan fokus penelitian penulis pada *Management and Leadership in Nursing, Fundamental of Nursing, Nursing Informatics, Patient Safety, and Holistic in Nursing*.

BIODATA PENULIS



Dr. Hj. Salmah Arafah, S.Kep., Ns., M.Kes.,
Dosen Program Studi Ilmu Keperawatan
STIKES Tanawali Takalar

Penulis lahir di Ujung Pandang Sulawesi Selatan pada tanggal 25 April 1981. Menamatkan Sekolah Dasar di SD Inpres Paririsi pada tahun 1992, Sekolah Menengah Pertama (SMP) Negeri 2 Takalar pada tahun 1995 dan Sekolah Menengah Atas (SMA) Negeri 3 Takalar pada tahun 1998. Lulus pada Diploma III Keperawatan Depkes Bantabantaeng Makassar pada tahun 2001. Gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep) diperoleh di Fakultas Kedokteran Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Hasanuddin pada tahun 2004 dan menyelesaikan profesi Ners pada tahun 2005. Program Pasca sarjana diselesaikan pada konsentrasi Biomedik - Fisiologi di Universitas Hasanuddin pada tahun 2012. Telah meraih gelar Doktor di bidang Ilmu Kedokteran pada Pascasarjana Universitas Hasanuddin pada tahun 2018. Pernah menjadi Perawat Primer dan perawat Pelaksana di Institusi Rumah sakit sejak tahun

2002-2015, Saat ini tercatat sebagai dosen DPK Keperawatan di Stikes Tanawali Takalar sejak tahun 2015. Telah banyak pengalaman mengajar dan mengelola pendidikan pada berbagai institusi pendidikan keperawatan digelutinya. Turut berperan serta pada berbagai kegiatan ilmiah maupun mempublikasikan berbagai jurnal di tingkat nasional maupun internasional.