

A. LATAR BELAKANG

Keperawatan di Indonesia saat ini telah berkembang pesat bila dibandingkan dengan 25 tahun yang lalu. Pada era 1970 an-1980 an perawat masih dikenal sebagai sub-ordinate dari dokter, bahkan pendidikan keperawatan didirikan bergandengan dengan rumah sakt dan pendidikanya sebahagia besar adalah seorang dokter. Hadirnya sekolah keperawatan saat itu hanya untuk meluluskan tenaga keperawatan yang bekerja sebagai perpanjangan tangan dokter.

Berbeda dengan saat ini perawat mendapat banyak tantangan dari berbagai disiplin ilmu yang lain yang mempertanyakan dimanakah keunikan dari profesi keperawatan. Para pakar keperawatan Amerika membangun berbagai macam teori dan model konseptual keperawatan yang dalam penerapannya masih sangat sulit. Mc. Coppin dan Gardner (1994) mengatakan bahwa teori cenderung terlalu hebat dan sulit diuji secara empiris. Tidak semua teori keperawatan dapat diterapkan di lahan praktek. Walaupun demikian ada benang merah antara teori keperawatan dan praktek keperawatan bila proses keperawatan digunakan. Canadian Nurses Association (CAN), American Nurses Association (ANA), dan Australian Nurses Federation (AFN) menganjurkan bahwa menerapkan model konseptual dan proses keperawatan dalam praktek merupakan suatu cara menuju profesional. Dengan menggunakan proses keperawatan seorang perawat dapat menunjukkan fungsi *independent, dependent, dan interdependent* nya bila menerapkan pendekatan ini dalam prakteknya. Pendekatan ini menjamin kualitas asuhan yang diberikan perawat karena sistematis dan terorganisir yang dimulai dari pengkajian, penegakan diagnosa keperawatan, merumuskan rencana keperawatan, pelaksanaan, dan melakukan evaluasi secara terus-menerus. Dengan demikian perawat dapat menerapkan teori-teori dan model-model konseptual yang telah diperkenalkan oleh para ahli keperawatan di lahan praktek.

B. TUJUAN

1. Tujuan Instruksional Umum

Mahasiswa mampu mendemonstrasikan penerapan proses keperawatan pada kasus-kasus pemicu dengan melewati tahap pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi dengan berpikir kritis.

2. Tujuan khusus

Pada akhir praktikum diharapkan mahasiswa dapat:

- a. Mahasiswa dapat melakukan pengkajian yang dimulai dari tahap anamnesa, dan pemeriksaan fisik dari kepala sampai kaki
- b. Mahasiswa dapat merumuskan diagnosa keperawatan dengan menggunakan pendekatan berpikir kritis
- c. Mahasiswa dapat merancang rencana keperawatan dengan menggunakan metode berpikir kritis
- d. Mahasiswa dapat melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan perencanaan
- e. Mahasiswa dapat melakukan evaluasi tindakan keperawatan dan mendokumentasikannya.

A. Pengertian

Kompetensi adalah seperangkat tindakan cerdas penuh tanggung jawab yang dimiliki seseorang sebagai syarat untuk dianggap mampu oleh masyarakat dalam melaksanakan tugas-tugas dalam bidang pekerjaan tertentu. Kurikulum berbasis kompetensi adalah kurikulum yang dikembangkan berdasarkan pada kemampuan atau tindakan cerdas penuh tanggung jawab dari profesi tertentu dalam melaksanakan tugasnya di tempat kerja

B. Jenis Kompetensi

Jenis kompetensi yang harus dicapai oleh mahasiswa jenjang Diploma III Keperawatan pada penerapan tindakan keperawatan dengan menempatkan caring dalam praktek keperawatan adalah:

- a. Kompetensi Wat.PV.1.PE.2: menerapkan prinsip etika keperawatankeperawatan sesuai dengan kode etik perawat Indonesia
- b. Kompetensi Wat.PV.1.PE.3: menrapkan sikap menghormati hak privasi dab martabat pasien
- c. Kompetensi Wat.PV.1.PE.4: menerapkan sikap menghormati hak klien untuk memilih dan menentukan sendiri asuhan keperawatan dan kesehatan yang diberikan
- d. Kompetensi Wat.PV.1.PE.5: menjaga kerahasiaan dan keamanan informasi tertulis, verbal dan elektronik yang diperoleh dalam kapasitas sebagai seorang profesional
- e. Kompetensi Wat.PV.2.PAK.9: melaksanakan pengumpulan data kesehatan sesuai aspek yang didelegasikan, kemudian mengkontribusikan data dan informasi tersebut untuk pengkajian yang dibuat oleh perawat teregistrasi
- f. Kompetensi Wat.PV.2.PAK.10: mengidentifikasi maslaah kesehatan yang umum, aktual, dan potensial serta mencatat temuan yang menyimpang
- g. Kompetensi Wat.PV.2.PAK.11: membantu perawat terregistrasi dalam merencanakan asuhan klien berdasarkan hasil pengkajian
- h. Kompetensi Wat.PV.2.PAK.13: menetapkan prioritas asuhan yang diberikan bersama perawat supervisor

- i. Kompetensi Wat.PV.2.PAK.14: memberikan informasi yang akurat kepada klien tentang aspek rencana asuhan yang menjadi tanggung jawabnya
- j. Kompetensi Wat.PV.2.PAK.15: melaporkan dan meminta seorang penasehat apabila klien dan/atau pemberi asuhan meminta dukungan, atau memiliki keterbatasan kemampuan dalam membuat keputusan, memberikan persetujuan, atau mengalami hambatan bahasa
- k. Kompetensi Wat.PV.2.PAK.16: berkoordinasi dengan perawat teregistrasi, mengkaji kembali dan merevisi rencana asuhan secara reguler
- l. Kompetensi Wat.PV.2.PAK.18: melaksanakan intervensi keperawatan yang direncanakan sesuai dengan standar praktik keperawatan dibawah pengawasan perawat teregistrasi
- m. Kompetensi Wat.PV.2.PAK.19: mendokumentasikan intervensi dan respon klien secara akurat dan tepat waktu
- n. Kompetensi Wat.PV.2.PAK.20: mengidentifikasi dan melaporkan situasi perubahan yang tidak diharapkan
- o. Kompetensi Wat.PV.2.PAK.22: memonitor dan mendokumentasikan kemajuan hasil asuhan yang diharapkan secara akurat dan lengkap

MEKANISME PELAKSANAAN PRAKTEK

Praktek keperawatan dilaksanakan dengan pendekatan proses keperawatan yang dimulai dari pengkajian, perumusan diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi. Walaupun mahasiswa diploma III keperawatan akan menjadi perawat vocational hanya dituntut mampu mengkaji dan melaksanakan tindakan keperawatan, dan evaluasi; namun pengenalan terhadap proses perumusan diagnosa dan perencanaan perawatan sangat penting dikenali.

A. PENGKAJIAN

Pengkajian merupakan tahap pertama dan utama yang sangat menentukan keberhasilan tahapan proses keperawatan selanjutnya. Kriteria pengkajian harus mencakup: tersedianya format pengkajian, data yang dikaji harus data yang ada dan dialami pasien saat sakit, data harus valid dan akurat. Tahapan pengkajian meliputi : Pengumpulan data, membandingkan data dengan standard dan menganalisa data.

Data yang harus dikumpulkan adalah semua informasi tentang pasien yang mencakup: riwayat keperawatan dan pemeriksaan fisik; riwayat medik dan pemeriksaan fisik, data penunjang seperti hasil laboratorium dan tes diagnostik, informasi dari tim kesehatan lainnya seperti hasil konsultasi dokter ahli, penilaian dari ahli fisioterapi, dan pekerja sosial. Data yang terkumpul harus menggambarkan riwayat kesehatan masa lalunya, riwayat keluarga, riwayat saat ini, dan pola-polanya.

Ada banyak format yang dirancang untuk mengkaji dan mendokumentasikan data secara sistematis yang bisa dimodifikasi berdasarkan kondisi fisik pasien. Ada beberapa model yang dikembangkan oleh para ahli keperawatan. Salah satu contoh format pengkajian yang disusun oleh Gordon yang mengkaji 11 pola fungsi kesehatan. Kata pola digunakan Gordon untuk memaknai perilaku secara berurutan. Data tentang perilaku yang disfungsi dan berfungsi dikumpulkan perawat. Dengan menggunakan format Gordon dalam mengorganisasikan data maka perawat mampu membedakan pola-pola yang muncul (lihat tabel 1). Model yang lain adalah Wellness dan nonnursing models. Pada model-model ini biasanya kurang luas sehingga

perlu kombinasi dengan model lain. Contohnya; sistem tubuh model dokter; Hirarki kebutuhan Maslow; dan lainnya.

Gordon's Typology of 11 Functional Health Patterns

1. *Pola persepsi kesehatan-penanganan kesehatan*
Menggambarkan tentang pemahaman pasien tentang pola kesehatan dan kesejahteraan dan bagaimana penanganannya
2. *Pola nutrisi-metabolik*
Menjelaskan tentang pola konsumsi makanan dan minuman yang berkaitan dengan kebutuhan metabolik dan pola-pola yang menunjukkan pemasukan nutrient lokal
3. *Pola eliminasi*
Menggambarkan tentang pola ekskretori (bowel, bladder, dan kulit).
4. *Pola aktifitas- latihan*
Menjelaskan tentang pola latihan, kegiatan, santai, dan rekreasi
5. *Pola tidur-istirahat*
Menguraikan tentang pola-pola tidur, istirahat, dan relaksasi
6. *Pola kognitif-perseptual*
Menjelaskan tentang pola persepsi-sensory dan kognitif
7. *Pola persepsi-diri/konsep-diri*
Menjelaskan tentang pola konsep dan persepsi diri (contohnya kenyamanan tubuh, gambaran diri, dan suasana perasaan).
8. *Pola peran-hubungan*
Menggambarkan pola peran kekerabatan dan hubungan
9. *Pola seksualitas –reproduksi*
Menjelaskan tentang pola-pola kepuasan dan ketidakpuasan dalam seksualitas; menggambarkan pola reproduksi
10. *Pola koping-toleransi stress*
Menjelaskan tentang pola koping yang umum dan keefektifan pola dalam arti toleransinya terhadap stress
11. *Pola nilai-kepercayaan*
12.
Menggambarkan pola-pola nilai-nilai, keyakinan-keyakinan (termasuk spiritual), atau sasaran yang mengarahkan pada memilih atau memutuskan.

Praktikum I

Tujuan Umum:

Setelah didemonstrasikan cara melakukan pengkajian: anamnesapada pasien mahasiswa dapat mendemonstrasikan cara menganamnesa pasien atau orang percobaan

Tujuan Khusus:

1. Mahasiswa dapat melakukan kontrak pasien sesuai dengan petunjuk
2. Mahasiswa dapat menganamnesa data demografi pasien
3. Mahasiswa dapat menganamnesa pasien dengan menggunakan format Gordon tentang 11 pola fungsi kesehatan

Praktikum I

Tugas:

Mahasiswa ditugaskan untuk melakukan anamnesa pasien (mengumpulkan data subyektif) pada pasien (orang percobaan):

1. Susun Skenario
2. Konsulkan ke dosen pembimbing
3. Bila disetujui, lakukan anamnesa secara mandiri dan divideokan
4. Batas waktu 1 minggu

Praktikum 2

Tujuan Umum:

Mahasiswa mampu mendemonstrasikan kembali cara melakukan pemeriksaan fisik dari kepala sampai kaki pada pasien/orang percobaan/setelah didemonstrasikan

Tujuan Khusus:

1. Mahasiswa dapat mengobservasi penampilan umum pasien
2. Mahasiswa dapat melakukan inspeksi pada pasien/orang percobaan dari kepala sampai kaki
3. Mahasiswa dapat melakukan palpasi pasien /orang percobaan dari kepala sampai kaki
4. Mahasiswa dapat melakukan auskultasi pada jantung, paru,dan abdomen pasien/orang percobaan.
5. Mahasiswa dapat melakukan perkusi pada pasien/orang percobaan dari kepala sampai kaki

Tugas:

Mahasiswa ditugaskan untuk belajar pemeriksaan fisik secara mandiri setelah didemonstrasikan dosen

KASUS-KASUS PEMICU

1. Ny. M.L (27 thn) dirawat di Ruang Empati sejak 2 hari yang lalu. Pasien masuk RS dengan diagnose medic malaria Falciparum dan pengobatan yang pernah didapat adalah paracetamol 3x500 mg. Pasien masih tampak lemah, aktivitas selama di RS dibantu oleh keluarga dan perawat. Dari hasil pemeriksaan TTV didapatkan Suhu 39⁰ c, TD: 100/70 mmHg, Nadi 110x/menit, RR: 24 x/menit. Pasien punya riwayat penyakit malaria sebelumnya. Saat ini keluhan utama pasien adalah menggigil, dan badan terasa panas. Pasien juga mengeluh mual, muntah dan nafsu makan menurun. Sekali makan hanya

menghabiskan 3-4 sendok makan saja. BB pasien saat ini adalah 46 kg dan sebelum sakit 48 kg. Hasil pemeriksaan fisik didapatkan keadaan kulit kotor, rambut kusam, sclera ikterik, konjungtiva anemic, membrane mukosa kering.

2. Tn. A.N (45 thn) dirawat di Ruang III Laki sejak 3 hari yang lalu. Pasien masuk ke RS dengan diagnose medic TB Paru. Riwayat pengobatan: pasien mendapat terapi Amoxilin, OBH sirup dan Vit.B12. Keluhan yang saat ini dialami pasien adalah batuk, sesak nafas dan mudah lelah. Hasil pemeriksaan TTV didapatkan Suhu $38,4^{\circ} \text{C}$, Nadi: 78x/menit, RR: 28x/menit dan TTD 100/60 mmHg. Riwayat kesehatan yang lalu yaitu pasien sering menderita penyakit batuk pilek (ISPA). Keluhan utama saat dikaji yaitu pasien mengeluh badannya lemah, sesak nafas, batuk berdahak \pm 3 minggu, demam dan nafsu makan menurun, makan 3x/hari dan sekali makan hanya bisa menghabiskan 3-4 sendok makan. Dari hasil pemeriksaan fisik didapatkan kulit nampak pucat, kotor, bau keringat, rambut kusam dan membrane mukosa kering.
3. An.M.S (8 bln) dirawat di Ruang Anak II/III dengan diagnose medik Gastroenteritis Akut (GEA) dengan dehidrasi sedang. Pengobatan yang terakhir didapat: Cotrim Syrup, Parasetamol, Vit. B6, Zinc dan Domperidon. Hasil pemeriksaan TTV didapatkan S: $37,2^{\circ} \text{C}$, Nadi: 120 x/menit. Saat pengkajian, orangtua pasien mengatakan bahwa anaknya muntah 6x/hari, Diare 4x. Hasil pemeriksaan fisik didapatkan pasien nampak lemah, ubun-ubun cekung, mata cekung dan membrane mukosa kering. Berat badan sebelum sakit 8 kg dan saat ini BB pasien 6.5 kg.
4. An.B (4 thn) dirawat di Ruang Mawar dengan diagnose medic Kejang Demam. Hasil pemeriksaan TTV didapatkan data Suhu: $38,8^{\circ} \text{C}$ dan Nadi 118x/menit. Orang tua pasien mengatakan bahwa anaknya demam dan kejang di rumah \pm 5 menit dan sesaat sampai di RS anaknya kejang \pm 2 menit lagi. Orangtua pasien juga mengatakan bahwa anaknya makan 3x sehari namun tidak menghabiskan porsi makan yang dihabiskan (hanya menghabiskan 1/2 piring). Sebelum sakit BB anak 14.5 kg, dan saat ini 14 kg.
5. Tn.Y.T (49 thn) dirawat di Ruang Kelimutu dengan diagnosa medik Sirosis Hepatis dan Asites. Saat ini pasien nampak lemah dan semua aktivitas dibantu oleh keluarga dan perawat. Hasil pemeriksaan TTV didapatkan Suhu 37°C , Nadi 80 x/menit dan TD 110/70 mmHg. Keluhan utama yang dirasakan pasien adalah perutnya membesar \pm 1 bulan sebelum masuk RS, kaki bengkak dan kelelahan. Pasien juga mengatakan bahwa nafsu makannya menurun dan tidak bisa menghabiskan porsi makan yang disediakan. Dari hasil pemeriksaan fisik didapatkan kulit nampak kuning, turgor kulit tidak elastis, rambut kusam, sklera ikterik, bibir pucat dan pada kedua tungkai terdapat edema. Pasien juga mengeluh BAK sekitar 2-3 x/hari tetapi jumlahnya sedikit dan BAB 1x/hari dan warnanya hitam. Pasien

juga mengatakan bahwa ia cemas dengan kondisi penyakitnya karena semakin hari bertambah parah.

6. Tn.Y.S (70 thn) dirawat di Ruang Bogenvile dengan diagnosa medik CHF (Congestive Heart Failure). Pengobatan yang terakhir adalah Ampicilin 3x1 gr, Furosemid 4x1 amp, Spironolakton 2 x 100 mg, Morfin 2,5 mg/IV. Dari pemeriksaan TTV didapatkan Suhu 36° C, N: 90 x/menit, TTD: 110/70 mmHg. Keluhan pasien saat ini adalah sesak nafas sejak 3 minggu yang lalu, nyeri dada, bengkak pada kaki dan kalau berjalan cepat lelah, merasa lemah, letih dan lesu. Pasien juga mengatakan bahwa sudah 3 hari ini belum BAB.
7. An.R (3 thn) dirawat di Ruang Mawar dengan diagnosa medik Broncopneumoni (BP). Hasil pemeriksaan TTV didapatkan S: $38,5^{\circ}$ C N:118x/menit, TD: 80/50 mmHg dan RR: 32x/menit. Saat pengkajian orang tua pasien mengatakan bahwa anaknya batuk pilek selama 3 hari dan disertai sesak nafas. Ibunya mengatakan suaminya menderita Asma dan seorang perokok. Hasil pemeriksaan fisik didapatkan anak nampak sesak, konjungtiva anemik, membran mukosa kering dan pucat. Dari hasil aukultasi paru didapatkan bunyi wheezing.
8. Tn.R.B (29 thn) masuk di Unit Gawat Darurat (UGD) dengan diagnose medic TB Paru.Hasil pemeriksaan TTV didapatkan S: 38° C, N: 98 x/menit, TD: 130/100 mmHg,RR: 24 x/menit. Penyakit yang sering dialami pasien adalah batuk pilek (ISPA). Saat pengkajian, keluhan yang dirasakan pasien adalah batuk yang disertai sesak nafas dan nyeri dada. Karena adanya batuk dan nyeri dada, pasien mengatakan bahwa sehari ia hanya bisa tidur kurang lebih 4-5 jam/hari. Pasien juga mengatakan bahwa sejak sakit nafsu makannya menurun. Sebelum sakit, BB pasien 59 kg dan saat ini BB 47 kg. Dari hasil pemeriksaan fisik didapatkan membran mukosa kering, pucat. Hasil auskultasi paru menunjukkan adanya ronchi pada lobus kanan atas paru.
9. Ny.N (29 thn) dirawat di Puskesmas Sikumana dengan diagnose medic Malaria Vivax. Pengobatan terakhir yang didapat pasien adalah Parasetamol 3x500 mg, Primaquin, Ranitidin 3x25 mg/IV. Pemeriksaan TTV didapatkan S: $38,5^{\circ}$ c, N: 88 x/menit, TD: 110/70 mmHg. Ny.N mengatakan bahwa ia pernah dirawat di RS dengan penyakit malaria juga. Saat pengkajian, keluhan yang dirasakan pasien adalah menggigil, badan panas serta sakit kepala. Pasien juga mengatakan bahwa saat makan ia muntah dan ia tidak bisa menghabiskan porsi makan yang disediakan. BB pasien sebelum sakit adalah 52 kg dan saat sakit ini adalah 49 kg. Hasil pemeriksaan fisik didapatkan kulit pucat, konjungtiva anemis, bibir pucat, membrane mukosa pucat.

10. An.D.R (11 bln) dirawat di Ruang Anak II/III dengan diagnosa medik Gastroenteritis Akut (GEA) dan dehidrasi sedang. Pemeriksaan TTV didapatkan S:39⁰c dan N:110x/menit. Saat pengkajian orangtua anak mengatakan bahwa sejak pagi anaknya sudah BAB encer sebanyak 7 kali dan sehabis makan anaknya langsung muntah. BB sebelum sakit 8 kg dan saat ini BB anak 7,5 kg. Orangtua juga mengatakan sejak pagi anaknya demam dan badan terasa panas. Hasil pemeriksaan fisik didapatkan membrane mukosa kering dan pada peristaltic usus didapatkan hiperperistaltik (50x/menit).
11. Nn. H.S,umur 17 tahun, MRS dengan diagnosa medik Vertigo dan Cephalgia Kronis. Pasien tampak sakit berat. Dari hasil pengukuran TTV : Suhu/axilla 37,2°C, Nadi 88 x/menit dengan irama teratur dan kuat, Tekanan Darah 140/100 mmHg, RR 22 x/menit. Posisi pasien saat dikaji adalah berbaring. Keluhan saat ini adalah pusing berputar terutama saat duduk, sakit kepala, jantung berdebar, leher tegang,sulit tidur, nyeri ulu hati, pusing, nafsu makan berkurang karena mual, muntah. Keadaan kulit pasien bersih,rambut tampak kusam, ada karang gigi dan karies, lidah pucat,kotor dan terasa pahit. Pasien mengeluh frekuensi BABnya tidak menentu sejak sakit. Aktivitas saat ini sepenuhnya dibantu oleh orang tua.
12. Nn. M.A, umur 23 tahun, MRS dengan diagnosa medik Malaria Vivax.Saat ini terpasang infus Ringer Laktat 20 tetes/menit. TTV : Suhu 38,9°C/axilla, Nadi 84x/menit irama teratur dan kuat, Denyut Jantung 64 x/menit, Tekanan Darah 100/60 mmHg, RR 28 x/menit. Saat ini pasien mengeluh demam, menggigil, mual, muntah, nyeri ulu hati, tidak ada nafsu makan (anoreksia). BB sebelum sakit 53 kg, BB saat ini 51 kg. Kulit lembab, turgor tidak elastis. Bibir pucat dan kering, ada karies gigi. Pasien mengeluh sudah 2 hari tidak BAB. Seluruh aktivitas pasien dibantu oleh orang lain.
13. Nn.G.S, Umur 20 Tahun, dirawat dengan diagnosa medik Thypoid. Pasien tampak sakit sedang. Hasil pengukuran TTV : Suhu 38,8°C / axilla, Nadi 84 x/menit,irama teratur dan kuat. Nadi: 92 x/menit, T: 100/60 mmHg, RR 24 x/menit. Keluhan saat ini demam, pusing, mencret 3x di rumah, rasa nyeri di perut. BB sebelum sakit 47kg, BB saat ini 45 kg, turgor tidak elastis,bibir kering, peristaltik usus 40 x/menit. ADL dapat dilakukan sendiri.
14. An. E.M, Umur 14 Bulan, MRS dengan Diagnosa Medis Gastro Enteritis Akut. Pasien tampak sakit sedang. TTV : Suhu 38,8°C, Nadi 132 x/ menit, HR 132 x/menit, RR 30 x/menit. Orang tua mengatakan anaknya muntah 2-3 x/hari, mencret 4-5 x/hari konsistensi cair, susah tidur. Anak demam, mata cekung, mukosa bibir kering, perut kembung, anak rewel, haus, makan sedikit, perut kembung. BB saat ini 7,2 kg. BB sebelum sakit 9 kg. Kulit pucat,elastis,kotor dan bau.

15. An. D.M, Umur 2 Tahun, diagnosa medis Diare Dehidrasi Sedang. Anak tampak sakit sedang. TTV : Suhu 38°C, Nadi 125 x/menit, RR 24 x/menit. Keluhan saat ini muntah 5x/hari, mencret 10x/ hari, demam, sakit perut, tidak ada nafsu makan. BB sebelum sakit 10,2 kg, BB saat ini 9,5 kg. Kulit pucat, turgor elastis, rambut tipis dan bersih, bibir pucat dan kering, ada karies gigi, hati dan limpa teraba. Peristaltik usus 38 x/menit. Saat ini pasien beraktivitas (bermain) di atas tempat tidur. Rentang gerak pasien terbatas karena terpasang infus di tangan kiri dan nyeri perut.
16. Nn. B.K.I, Umur 23 Tahun, MRS dengan Diagnosa Medis Gastro Enteritis Akut. Pasien tampak sakit berat. TTV : Suhu 37°C, Nadi 76 x/menit, HR 90 x/menit, Tekanan Darah 100/60 mmHg, RR 24 x/menit. Keluhan saat ini lemah, muntah 2 x/hari, BAB cair ±10 x/menit, mual, sering haus. Pasien sering makan makanan yang pedas, dingin, menggunakan saos tomat yang berlebihan. BB sebelum sakit 53 kg, BB saat ini 48 kg. Kulit pucat, turgor tidak elastis, kotor dan kering, rambut tebal dan kusam, konjungtiva anemik, lensa mata keruh, kelopak mata edema, bibir pucat dan kering, gusi pucat, ada karies dan karang gigi , lidah pucat, ada nyeri tekan di abdomen, hati dan limpa teraba. Rentang gerak terbatas karena kelemahan fisik. Pada pergerakan rongga dada ada retraksi sternum. Pasien mengatakan tidak dapat beristirahat karena BAB berlebihan.
17. Ny. L.A., Umur 45 Tahun, MRS dengan Diagnosa Medis Gastritis. TTV : Suhu 37°C, Nadi 80 x/menit, HR 76 x/menit, Tekanan Darah 110/70 mmHg, RR 17 x/menit. Keluhan saat ini yang dialami Ny.L.A adalah nyeri ulu hati, mual, rasa asam di mulut dan susah tidur. Pasien juga mengatakan ia merasa mual dan tidak menghabiskan porsi makan yang disediakan. Sekali makan hanya menghabiskan 4-5 sendok makan. Hasil pemeriksaan fisik didapatkan nyeri tekan pada area epigastrium, skala nyeri: 4.
18. Ny. Y.B., Umur 24 Tahun, MRS dengan diagnosa medis Hiperemesis Gravidarum. Pasien tampak sakit sedang. TTV : Suhu 36,5°C, Nadi 88 x/menit, Tekanan Darah 110/60 mmHg, RR 20 x/menit, HR 100 x/menit. Saat ini pasien mengeluh mual, muntah terutama setiap kali makan, tidak ada nafsu makan, lemah, tidak dapat beraktivitas sendiri, susah tidur. Terpasang infus Dextrose 10% drip Neurobion 28 tetes/menit. BB sebelum sakit 47 kg, BB saat ini 45 kg. Kulit pucat,elastis, bau keringat. Bibir kering dan pucat, ada karies gigi, ada nyeri lambung. Pola BAB saat ini 1 x sehari dan kadang tidak BAB.BAK 1-2 x/hari. Peristaltik usus 20 x/menit.
19. Tn. H, Umur 56 Tahun, Diagnosa Medis Hipertensi. TTV : Suhu 36,2°C, Nadi 84 x/menit, Tekanan Darah 160/90 mmHg, HR 84 x/menit. Pasien mengeluh sakit kepala, pusing, tengkuk terasa tegang. Orang tua pasien juga menderita Hipertensi. BB sebelum sakit 85 kg, BB saat ini 83 kg, bibir kering, ada karang gigi dan karies, peristaltik usus 20 x/menit.

20. An. D.F.N, Umur 12 Tahun, diagnosa medis Demam Thypoid. Pasien tampak sakit berat. TTV : Suhu 40,6°C, Nadi 118 x/menit, Tekanan darah 100/60 mmHg, RR 24 x/menit. Orang tua mengatakan anaknya panas, mual, muntah ±10 x/hari terutama setiap kali makan atau minum, anak tidak mau makan. BB sebelum sakit 25 kg, BB saat ini 22 kg. Rambut kusam, bibir merah muda dan kering, seluruh aktivitas pasien dibantu oleh keluarga.

CONTOH KASUS LATIHAN

Ny. S.F umur 23 Tahun, masuk rumah sakit dengan Diagnosa Medis Gastro Enteritis Akut. Pasien tampak sakit berat. TTV : Suhu 37°C, Nadi 76 x/menit, HR 90 x/menit, Tekanan Darah 100/60 mmHg, RR 24 x/menit. Keluhan saat ini lemah, muntah 2 x/hari, BAB cair ±10 x/menit, mual, sering haus. Pasien sering makan makanan yang pedas, dingin, menggunakan saos tomat yang berlebihan. BB sebelum sakit 53 kg, BB saat ini 48 kg. Kulit pucat, turgor tidak elastis, kotor dan kering, rambut tebal dan kusam, konjungtiva anemik, lensa mata keruh, kelopak mata edema, bibir pucat dan kering, gusi pucat, ada karies dan karang gigi , lidah pucat, ada nyeri tekan di abdomen, hati dan limpa teraba. Rentang gerak terbatas karena kelemahan fisik. Pada pergerakan rongga dada ada retraksi sternum. Pasien mengatakan tidak dapat beristirahat karena BAB berlebihan.

FORMAT PENGKAJIAN

Format pengkajian yang digunakan disini adalah format pengkajian berdasarkan 11 pola kesehatan fungsional yang dimodifikasi disesuaikan dengan status pasien yang digunakan oleh lahan praktek dan kondisi yang ada.

Ruangan	: Teratai	Perawat	yg	: Q.S
Kamar	: I	mengkaji		
Tgl Masuk RS	: 23 Oktober 2014	Sumber informasi		: Pasien
		Tgl / Jam anamnese		24-10-2014

I. DATA DEMOGRAFI:

1. Nama pasien : Ny. S.F
2. Umur / tgl lahir : 25 -8-1991.
3. Alamat : Koenino.
4. Status Perkawinan : Kawin.
5. Agama : Protestan.

6. Suku / kebangsaan : Timor
 7. Pendidikan : SMA
 8. Pekerjaan : PNS

B. Data Medik

1. Dikirim oleh : Datang sendiri
 Dokter praktek
 Gawat darurat
 Lain – lain

Cara masuk : Jalan Kursi roda Kereta dorong
 Keadaan sakit: pasien tampak sakit ringan / sedang / berat / tidak sakit.
 Alasan : muntaber

2. Diagnosa medik : Gastro Enteritis Akut
 3. Waktu / tgl pengobatan terakhir : 2 hari yang lalu

PENGUMPULAN DATA

A. Pola 1: Persepsi kesehatan – pola pemeliharaan kesehatan

Data subyektif:

1. Alasan MRS: muntah dan diare
2. Obat yang diminum: Norit
3. Riwayat medic dan social: menderita sakit lambung sejak 2 tahun yang lalu suka makan yang pedis, dingin dan saut tomat berlebihan
4. Harapan terhadap pemberi pelayanan; menolong supaya Diarhenya berhenti, tidak lemas lagi
5. Persepsi tentang status kesehatannya dan kesejahteraannya: sebelum sakit sehat, dan juga senang. Saat sakit tidak sehat dan tidak sejahtera karena semuanya harus ditolong.

Data Obyektif

1. Tampak sakit berat, obat yang diminum Norit tanpa resep dokter
2. Kesadaran kualitatif: komposmentis; pasien mengatakan sering makan makanan pedas dan dingin, Nampak kotor, dan sedikit bau
3. Suhu 37⁰C Mulut Ketiak Rectum
4. Nadi 112 x/mnt teratur tidak teratur
 lemah kuat halus
5. Tekanan darah 90/40 mm HG mmHg MAP 65 mmHg
 Kesimpulan : perfusi menurun
 Posisi pasien : Berbaring

- () Duduk
- () Berdiri

6. Pernapasan

- Frekuensi : 24x/mnt
 - Irama : (v) biasa () cheyne stokes () kusmaul
 - Jenis : () perut () dada
- Ada sedikit retraksi dinding dada

I. Pola nutrisi metabolic

Data subyektif:

1. Kebiasaan sehari – hari :
Sehari-hari makan 3 kali sehari: pagi makan kue pisang dan segelas kopi; siang makan nasi dengan tahu dan tempe (2 potong) atau ikan yang dibumbui pedas satu potong dan sayuran sawi putih 1 centong. Malam makan nasi 1 piring dengan tahu tempe dan sambel tomat
2. Kebiasaan saat ini :
Saat ini sulit makan karena mual, dan muntah serta perut melilit dan diare. Nafsu makan menurun. Tidak biasa minum alcohol tetapi kopi setiap pagi 1 gelas.
3. Rambut dicuci seminggu 2 kali menggunakan sampo clear, kuku digunting bila panjang dan gigi, mulut dibersihkan setiap pagi dan malam sebelum tidur.
4. Tidak alergi terhadap makanan apapun.
5. Berat badan
Sebelum sakit : 53 kg
TB : 167 cm

Data obyektif:

1. Diit yang dianjurkan adalah makan bubur kecap dan telur rebus, atau sup daging tanpa lemak sampai keadaan membaik
2. Pasien belum bisa makan karena mual, mencoba makan hanya menghabiskan 2-3 sendok dari porsi yang disiapkan.
3. Terpasang infus 2 RL dan 2 Dextrose 5 % IW
4. Pasien juga masih muntah sekitar 2 kali jumlah 150 cc cairan
5. Balans cairan masih minus 350 cc
6. Temperature tubuh: S: 37⁰C () Mulut (v) Ketiak () Rectum
7. Saat ini : 48 kg
Sebelum sakit : 53 kg
TB: 167 cm
BB Ideal : 61.7
8. Pemeriksaan fisik
 - a. Kulit
 1. Warna kulit : (v) Pucat () Sianosis
() Kemerahan () Kuning
() Pitechie

2. Turgor : (-) Elastis (v) Tidak
3. Edema : (v)
4. Integritas : (-) Luka () Tidak
5. Keadaan kulit : (v) Kotor () Bersih
 (v) Lembab (v) Kering
 (v) Bau keringat
6. Lain – lain :
- b. Rambut : (-) Kemerahan (-)
 Bersinar (v) Kusam
 (v) Tebal (-) Tipis
- c. Mata :
- ◆ Sklera : (-) Ikterik () Tidak ikterik
 - ◆ Konjungtiva : (v) Anemik () Tidak anemik
 - ◆ Lensa : (-) Keruh () Tidak keruh
 - ◆ Kelopak mata: (v) Edema () Tidak edema
 - ◆ Operasi : (-) Ya () Tidak
- d. Mulut dan tenggorokan
1. Bibir : () Cyanosis (v) Pucat
 (v) Kering () Basah
 () Merah muda () Pecah – pecah
 () Celah / schisis () Luka / radang
2. Mulut / gusi : (v) Pucat () Merah muda
 () bersinar () Luka / radang
3. Gigi : () Tetap (v) Karies
 (v) Karang gigi () Kusam
 () Kusam () Bersinar
 () Prothese () Jumlah gigi
4. Lidah : (v) Pucat () Merah muda
 () Gangguan pengecapn :
5. Tonsil : (-) Membesar (-) Merah
 (-) Pseudomembran

6. Leher : (-) Kaku kuduk : + / -
 () Kelenjar tyroid : membesar tidak
 () Kelenjar limfe tyroid : membesar / tidak
 () Kelenjar parotis : membesar tidak
- e. Abdomen : (v) Nyeri lambung
 : (v) Nyeri tekan di abdomen
 : (-) Perkusi asites
 : () Lingkar perut tidak diukur
- Limpa : (v) Teraba (-) Nyeri tekan
 Hati : (v) Teraba (-) Nyeri tekan
 Umbilicus : (-) Infeksi (-) Perdarahan
 : (-) Hernia (-) Lain - lain

J. Pola Eliminasi

1. Kebiasaan sehari – hari
 : 1 x sehari, lunak, dan berwarna kuning kehijauan tidak ada lendir atau darah
 BAK 4-5 kali perhari: jumlah 1200 cc, kuning, tidak ada endapan, atau nanah atau darah.
2. Keadaan pasien saat ini
 BAB encer sudah 10 x
 BAK baru 2 kali \pm 200 cc
3. Pemeriksaan Fisik
 - a. Abdomen : (v) Supel () Membuncit
 Peristaltik usus : () Normal, frekuensinya :
 : (v) Hiperperistaltik () Tidak ada
 : () Massa : tidak ada.
 - b. Kandung Kemih : () penuh (v) kosong
 () kateter
 - c. Anus : (-) Atresia (-) Luka infeksi
 (-) Fistula

K. Pola Aktivitas dan Latihan

1. Kebiasaan sehari-hari :

Bekerja di kantor dari jam 07.00-14.00 WITA

2. Kebiasaan saat ini :

Tidak dapat berbuat apa-apa karena lemah

3. Pemeriksaan Fisik

a. Aktivitas harian :

Tingkat kemampuan melakukan aktifitas

Makan 2

Mandi 2

Berpakaian 2

Kerapihan 2

BAK/BAB 2

Mobilisasi ditempat tidur 2

Pindah kursi dorong 3

Ambulasi 2

Catatan : 0 : Mandiri

1 : Bantuan dengan alat

2 : Bantuan orang

3 : Bantuan alat dan barang

4 : Bantuan penuh

b. Rentang gerak : Sistem Muskuloskeletal

(v) bebas

(v) terbatas karena kelemahan fisik

(-) Syndactily

(-) Pembengkakan.....

(-) Polidactily

(-) Nyeri

(-) Kontraktur

(-) Kelumpuhan

(v) Kelemahan

Otot : (-) atropi

() tidak

c. Pernapasan

Hidung :

Mucosa () Pucat (v) merah muda () merah

Polip () ada (v) tidak

Perdarahan() ada () tidak

Septum (v) normal () bengkak

Nasal flaring (v) ada () tidak

Lendir () ada (v) tidak

() sedikit () banyak

d. Torax dan paru-paru

1. Bentuk dada : () simetris () asimetris

2. Pergerakan rongga dada : () retraksi sternum () peninggian bahu

3. Paru

◆ Auskultasi : () vesikuler () ronchi () rales
() wheezing () friction rub

◆ Perkusi : () sonor () redup
() pekak () tympani

a. Thoraks dan Paru

1. Bentuk dada : () Simetris () Asimetris

2. Pergerakan Rongga dada : (v) Retraksi Sternum () Peninggian Bahu
() Normal

3. Paru – paru : () Sonor () Redup () Pekak () Tympani

b. Jantung

1. Frekuensi denyut jantung : 112 x/menit

() Kuat (v) Lemah () Teratur () Tidak Teratur

2. Pengisian darah ke kapiler : (v) Lambat () Cepat

3. Tekanan Vena Jugularis : datar

c. Alat bantu yang digunakan : penggaris

L. Pola Tidur

1. Kebiasaan sehari - hari

Tidur 6-8 jam dari jam 22.00-05.00

2. Kebiasaan saat ini

Sulit tidur karena BAB Berlebihan

M. Pola kognitif Perseptual

3. Pemeriksaan fisik

a. Kemampuan Orientasi : () Baik () Disorientasi

b. Kemampuan mendengar :

Bentuk telinga : () Normal () Tuli

Pendengaran : () Tuli kanan () Tuli kiri

Luka :

Cairan :

Bengkak :

Sakit :

N. Pola Persepsi Diri/Konsepdiri.....

.....
.....

O. Pola peran hubungan.....

.....
.....

P. Pola Seksualitas

Reproduksi.....

.....
.....

Q. Pola Koping Toleransi Terhadap Stres.....

.....
.....
.....

R. Pola Sistem Nilai Kepercayaan.....

.....

PENGELOMPOKAN DATA

Praktikum 3:

Tujuan pembelajaran:

1. Mahasiswa dapat mengidentifikasi data subyektif yang dikeluhkan pasien.
2. Mahasiswa dapat mengidentifikasi data obyektif dari hasil observasi atau pemeriksaan fisik
3. Batas waktu 45 menit
4. Mahasiswa diskusi dalam kelompok kerja (5-6 orang) untuk memadukan data yang ada dan satu kelompok yang ditunjuk menyajikan hasil diskusi (15 menit)
5. Kelompok lainnya menyanggah dan memberi masukan selama (15 menit)

Tugas

Lengkapi pengkajian ini dengan menggunakan panduan pada lampiran I dan contoh pada pola 1 yaitu Persepsi kesehatan – pola pemeliharaan kesehatan dan pola 2: Nutrisi/metabolik

VALIDASI DATA

Data yang diperoleh masih merupakan data mentah yang belum diolah. Langkah selanjutnya adalah melakukan validasi data.

Praktikum 4:

Tujuan pembelajaran:

1. Mahasiswa dapat membandingkan data yang dikumpulkan dengan standard dan nilai normal yang biasa digunakan
2. Mahasiswa dapat menetapkan data pasien termasuk dalam nilai normal atau abnormal dalam kelompok kerja (5-6 orang) selama 25 menit
3. Satu kelompok menyajikan yang lainnya menyanggah dan menambahkan hal-hal yang kritis dan perlu diketahui (15 menit)

Tugas:

Mahasiswa ditugaskan untuk melakukan validasi data daricontoh ksus pemicu yang telah dikumpulkan dengan membaca rujukan yang ditunjuk untuk membandingkan data yang diperoleh dengan nilai normalnya.

Data nilai-nilai normal dapat dibaca pada berbagai rujukan yang disediakan di perpustakaan: DeLaune C.S, dan Ladner K.P, 1998, Fundamentals of Nursing : Standard and Practice, Delmar Publisher, Albany; Kozier B, Erb G dan Blais K, 1992, concepts and Issues in Nursing Practice, Second Edition. Addison – Wesley Nursing, Redwood City; dan Kozier B. Erb G, Blais K and

Wilkinson., 199. *Fundamentals of Nursing : Concepts, Process and Practice*, Fifth Edition, Addison – Wesley Nursing, Redwood City.

B. PERUMUSAN DIAGNOSA KEPERAWATAN

Setelah data divalidasi maka seorang perawat dapat memulai dengan perumusan diagnosa dengan menggunakan proses berpikir kritis. Dalam perumusan diagnosa tentu saja perawat harus menjawab banyak pertanyaan yang menuntun perawat untuk berpikir secara kritis. Yang pertama adalah menetapkan apakah ada masalah. Tentukan penyebab timbulnya masalah pada pasien merupakan langkah kedua. Tahap ketiga adalah menetapkan data pendukung timbulnya masalah. Masih banyak pertanyaan selanjutnya silahkan mahasiswa membaca pada buku *Methodology Keperawatan* (Wedho, dkk., 2015)

Praktikum 5:

Tujuan Pembelajaran:

Mahasiswa mampu merumuskan diagnose keperawatan secara tepat dan benar sesuai dengan kasus pemicu yang diberikan

Tujuan Khusus:

1. Mahasiswa dapat menetapkan masalah keperawatan secara tepat
2. Mahasiswa dapat mengidentifikasi penyebab timbulnya masalah
3. Mahasiswa dapat mengidentifikasi data pendukung masalah yaitu data subyektif dan data obyektif

Tugas:

1. Berdasarkan data yang telah divalidasi mahasiswa bekerja secara mandiri untuk menetapkan masalah yang dihadapi pasien, penyebabnya dan tetapkan data pendukung subyektif dan obyektif. Rujuk pada buku nursing diagnosis yang ditunjuk selama 30 menit.
2. Selanjutnya akan disajikan oleh 1- 3 orang dan yang lainnya menyanggah dan memberi masukan, waktu 15-20 menit

Rumusan diagnosa dapat dirujuk pada lampiran II tentang Taksonomi NANDA versi 2015-2017. Dalam buku Herdnan T.H., & Kamitsuru, S., 2014. *Nursing Diagnosis: Definitions and Classification 2015-2017*, Wiley Blackwell, India.

Format Perumusan Diagnosa

Masalah Keperawatan	Penyebab Masalah	Timbulnya	Data subyektif	Data obyektif

C. PERENCANAAN

Tahap ketiga dari proses keperawatan adalah perencanaan. Pada tahap ini mahasiswa sekali lagi diminta untuk berpikir kritis dalam merumuskan rencana perawatan. Ada beberapa kriteria yang harus dilalui dalam rancangan perencanaan keperawatan. yang pertama harus menentukan terlebih dahulu masalah yang diprioritaskan. Tahap selanjutnya adalah menetapkan goal dan obyektif atau kriteria evaluasi. Apabila goal dan kriteria evaluasi telah ditetapkan maka alternatif tindakan dapat dipilih. Dapat rujuk pada buku Taylor, M.C., dan Ralph, S.S., 2011. *Diagnosis Keperawatan: dengan Rencana Asuhan, EGC, Jakarta.*

Praktikum 5:

Tujuan Pembelajaran:

Mahasiswa mampu merancang rencana keperawatan secara tepat dan benar sesuai dengan kasus pemicu yang diberikan

Tujuan Khusus:

1. Mahasiswa dapat menetapkan goal atau sasaran keperawatan
2. Mahasiswa dapat mengidentifikasi kriteria evaluasi atau obyektif
3. Mahasiswa dapat memilih alternative tindakan dengan tepat
4. Mahasiswa dapat menjelaskan alasan tindakan yang dipilih

Tugas:

1. Mahasiswa bekerja secara mandiri untuk merancang perencanaan mulai dari menetapkan prioritas masalah, menentukan goal dan obyektif dari diagnose yang telah dirumuskan dan rencana intervensi beserta rasionalnya (baca rujukan yang ditunjuk) selama 30 menit
2. Masuk dalam kelompok kecil 7-8 orang untuk menyamakan persepsi
3. Satu kelompok menyajikan dan kelompok lain menyanggah dan menambahkan hal-hal yang kritis.

Format Perencanaan

Diagnosa Keperawatan	Goal dan Obyektif	Rencana Intervensi	Alasan Ilmiah

Bagi seorang mahasiswa alasan ilmiah perlu dicantumkan untuk melatih mereka berpikir kritis.

D. PELAKSANAAN

Tahap pelaksanaan merupakan tahapan yang perlu dialami oleh mahasiswa karena kompetensi lulusan diploma III keperawatan adalah mampu melaksanakan berbagai tindakan keperawatan. seorang perawat vocational harus benar-benar kompeten dalam bidang tindakan keperawatan.

Praktikum 6:

Tujuan Pembelajaran

Tujuan Umum:

Mahasiswa mampu melaksanakan tindakan keperawatan sesuai dengan perencanaan yang telah dirumuskan pada kasus pemicu

Tujuan Khusus:

1. Mahasiswa mampu menetapkan kebutuhan bantuan dalam memberikan tindakan secara mandiri
2. Mahasiswa dapat melaksanakan strategi keperawatan secara mandiri
3. Mahasiswa dapat mengkomunikasikan tindakan keperawatan secara mandiri

Tugas:

1. Mahasiswa menyiapkan strategi pelaksanaan tindakan keperawatan, menyiapkan peralatan dan SOP untuk tindakan sesuai rencana yang dirancang
2. Melaksanakan tindakan keperawatan sesuai rencana, waktu 30 menit
3. Kelompok lain mengobservasi atau mengamati dan memberi sanggahan atau masukan selama 15 menit.

Tindakan keperawatan yang dilakukan dapat dikomunikasikan dalam format pelaksanaan berikut:

Diagnosa Keperawatan	Tindakan Keperawatan (meningkatkan kesehatan, mempertahankan, memulihkan, dan merawat orang yang telah mati,	Tanda tangan/paraf petugas

Dalam melakukan tindakan perlu ditulis tanggal, jam, dan jenis tindakan yang dilakukan secara jelas.

E. EVALUASI

Tahap terakhir dari proses keperawatan adalah evaluasi. Pada tahap ini perawat melakukan pengkajian pada pasien untuk memastikan tujuan yang ditetapkan berhasil. Pada tahap ini mahasiswa diajarkan untuk dapat mengevaluasi seluruh rencana keperawatan yang telah dirumuskan. Tahapan evaluasi mencakup mengkaji data subyektif; data obyektif; membuat kesimpulan keberhasilan dari seluruh tindakan keperawatan; bila tidak berhasil maka rencana tindakan dilanjutkan atau dihentikan bila berhasil.

Praktikum 7:

Tujuan pembelajaran Umum:

Mahasiswa mampu melakukan evaluasi pada kasus pemicu sesuai kriteria evaluasi yang telah ditetapkan

Tujuan pembelajaran Khusus:

1. Mahasiswa dapat mengidentifikasi perkembangan pasien dengan mengkaji data subyektif (S) dan obyektif (O)
2. Masiswa dapat menyimpulkan masalah teratasi atau tidak berdasarkan data yang diperoleh (A)
3. Mahasiswa dapat menetapkan rencana tindakan selanjutnya dengan mempertahankan rencana tindakan yang ada, memodifikasi atau menghentikan (P)
4. Melakukan tindakan yang lama atau yang baru (I), lalu mengevaluasi
5. Bila tidak tertolong perlu direvisi) setelah konsultasi atau dirancang kembali

Tugas:

1. Melakukan evaluasi secara mandiri selama 10 menit
2. Diskusikan hasil evaluasi dalam kelompok 10 menit
3. Sajikan 10 menit oleh satu kelompok yang lain menambahkan atau menyanggah

Evaluasi keperawatan dapat dicatat pada format keperawatan sebagai berikut:

Diagnosa keperawatan	Evaluasi (catatan perkembangan pasien) (SOAPIER)	Tanda Tangan Petugas

BAB IV PENUTUP

Penyajian kasus dan penyelesaian masalah pasien dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan dalam buku praktikum ini mengungkapkan secara jelas ciri dari praktek keperawatan. Seorang perawat dalam memberikan asuhan keperawatan kepada pasiennya harus memiliki landasan ilmu pengetahuan tentang proses keperawatan, cara berpikir kritis, ilmu-ilmu tentang diagnosis keperawatan dan intervensi keperawatan, dan ilmu perawatan lainnya seperti keperawatan medikal bedah, keperawatan anak, ibu, dan keperawatan keluarga, komunitas, lansia, dan lainnya. Proses keperawatan menggambarkan aspek legal seorang perawat dalam melakukan tindakan keperawatan karena berdasarkan alasan yang ilmiah, akuntabilitas dan dapat dipertanggung jawabkan.

Buku ini dapat menjadi memberikan panduan kepada mahasiswa untuk belajar merawat pasien secara sistematis, terorganisir mulai dari pengkajian untuk mengumpulkan data sehingga dapat menetapkan masalah keperawatan dalam suatu rumusan diagnosa yang akurat melalui proses berpikir kritis. Dalam pengkajian belajar bagaimana melakukan anamnesa dan pemeriksaan fisik dengan tepat. Berdasarkan data yang ada mahasiswa dituntun untuk menetapkan rencana perawatan dengan menetapkan goal, obyektif, rencana tindakan dan alasan ilmiahnya. Berdasarkan rencana maka mahasiswa dapat melakukan tindakan dengan berbagai macam strategi. Pada akhir dari proses keperawatan mahasiswa belajar melakukan evaluasi untuk menilai apakah tujuan tercapai.

DAFTAR PUSTAKA

Allen, V.C., 1987, Memahami Proses Keperawatan: Dengan Pendekatan Latihan, EGC, Jakarta

DeLaune C.S, dan Ladner K.P, 1998, Fundamentals of Nursing : Standard and Practice, Delmar Publisher, Albany.

Kozier B, Erb G dan Blais K, 1992, concepts and Issues in Nursing Practice, Second Edition. Addison – Wesley Nursing, Redwood City

Kozier B. Erb G, Blais K and Wilkinson., 1995 Fundamentals of Nursing : Concepts, Process and Practice, Fifth Edition, Addison – Wesley Nursing, Redwood City.

Naskah Akademik.....

Taylor, M.C., dan Ralph, S.S., 2011. Diagnosis Keperawatan: dengan Rencana Asuhan, EGC, Jakarta.

LAMPIRAN I

FORMAT PENGKAJIAN

Format pengkajian yang digunakan disini adalah format pengkajian berdasarkan 11 pola kesehatan fungsional yang dimodifikasi disesuaikan dengan status pasien yang digunakan oleh lahan praktek dan kondisi yang ada.

Ruangan : Perawat yg :
..... mengkaji

Kamar : Sumber informasi :
.....
.....

Tgl Masuk RS : Tgl / Jam anamnese :
.....
.....

I. DATA DEMOGRAFI:

- 1. Nama pasien : (Inisial)
- 2. Umur / tgl lahir :
- 3. Alamat :
- 4. Status Perkawinan :
- 5. Agama :
- 6. Suku / kebangsaan :
- 7. Pendidikan :
- 8. Pekerjaan :

B. Data Medik

- 1. Dikirim oleh : () Datang sendiri
() Dokter praktek
() Gawat darurat
() Lain – lain
- 2. Diagnosa medik :
- 3. Waktu / tgl pengobatan terakhir :
- 4. Obat yang terakhir didapat :

II. KEADAAN UMUM

- F. Cara masuk : () Jalan () Kursi roda () Kereta dorong
- G. Keadaan sakit : pasien tampak sakit ringan / sedang / berat / tidak sakit.
Alasan :
- H. Tanda – tanda vital
- 7. Kesadaran : Kulitatif
- 8. Suhu () Mulut () Ketiak () Rectum
- 9. Nadi () teratur () tidak teratur
() lemah () kuat () halus
- 10. Tekanan darah mmHg MAP mmHg

Kesimpulan :
Posisi klien : () Berbaring
 () Duduk
 () Berdiri

11. Pernapasan

- Frekuensi :x/mnt
- Irama : () biasa () cheyne stokes () kusmaul
- Jenis : () perut () dada

i. PENGKAJIAN POLA KESEHATAN

B. Persepsi kesehatan – pola pemeliharaan kesehatan

2. Riwayat kesehatan masa lalu :

.....
.....
.....

3. Riwayat kesehatan saat ini :

.....
.....
.....

4. Riwayat kesehatan keluarga :

.....
.....
.....

C. Pola nutrisi metabolik

1. Kebiasaan sehari – hari :

.....
.....
.....

2. Kebiasaan saat ini :

.....
.....
.....

3. Berat badan

Saat ini :

Sebelum sakit :

BB Ideal :

4. Pemeriksaan fisik

a. Kulit

- 1. Warna kulit : () Pucat () Sianosis
() Kemerahan () Kuning

() Pitechie

- 2. Turgor : () Elastis () Tidak

- 3. Edema : ()

- 4. Integritas : () Luka () Tidak

- 5. Keadaan kulit : () Kotor () Bersih

- () Lembab () Kering
() Bau keringat
6. Lain – lain :
- b. Rambut : () Kemerahan () Bersinar () Kusam
() Tebal () Tipis
- c. Mata :
- ◆ Sklera : () Ikterik () Tidak ikterik
 - ◆ Konjungtiva : () Anemik () Tidak anemik
 - ◆ Lensa : () Keruh () Tidak keruh
 - ◆ Kelopak mata: () Edema () Tidak edema
 - ◆ Operasi : () Ya () Tidak
- d. Mulut dan tenggorokan
1. Bibir : () Cyanosis () Pucat
() Kering () Basah
() Merah muda () Pecah – pecah
() Celah / schisis () Luka / radang
2. Mulut / gusi : () Pucat () Merah muda
() bersinar () Luka / radang
3. Gigi : () Tetap () Karies
() Karang gigi () Kusam
() Kusam () Bersinar
() Prothese () Jumlah gigi
4. Lidah : () Pucat () Merah muda
() Gangguan pengecapn :
5. Tonsil : () Membesar () Merah
() Pseudomembran
6. Leher : () Kaku kuduk : + / -
() Kelenjar tyroid : membesar / tidak
() Kelenjar limfe tyroid : membesar / tidak
() Kelenjar parotis : membesar / tidak

- e. Abdomen : () Nyeri lambung
 : () Nyeri tekan di
- : () Perkusi asites
- : () Lingkar perut
- Limpa : () Teraba () Nyeri tekan
- Hati : () Teraba () Nyeri tekan
- Umbilicus : () Infeksi () Perdarahan
 : () Hernia () Lain - lain

D. Pola Eliminasi

4. Kebiasaan sehari – hari

BAB

.....

.....

BAK

.....

.....

5. Keadaan klien saat ini

BAB

.....

.....

BAK

.....

.....

6. Pemeriksaan Fisik

- a. Abdomen : () Supel () Membuncit
- Peristaltik usus : () Normal, frekuensinya :
- : () Hiperperistaltik () Tidak ada
- : () Massa :
- b. Kandung Kemih : () penuh () kosong
 () kateter
- c. Anus : () Atresia () Luka infeksi

() Fistula

E. Pola Aktivitas dan Latihan

1. Kebiasaan sehari-hari :

.....
.....
.....
.....

2. Kebiasaan saat ini :

.....
.....
.....

3. Pemeriksaan Fisik

a. Aktivitas harian :

Tingkat kemampuan melakukan aktifitas

MakanMandi.....

Berpakaian.....Kerapihan.....

BAK/BAB.....Mobilisasi ditempat tidur.....

Pindah kursi dorong.....

Ambulasi.....

Catatan : 0 : Mandiri

1 : Bantuan dengan alat

2 : Bantuan orang

3 : Bantuan alat dan barang

4 : Bantuan penuh

b. Rentang gerak : Sistik Muskuloskeletal

() bebas () terbatas karena

() Syndactily () Pembengkakan.....

() Polidactily () Nyeri

() Kontraktur () Kelumpuhan

() Kelemahan

Otot : () atropi () tidak

c. Pernapasan

Hidung :

Mucosa () Pucat () merah muda () merah

Polip () ada () tidak

Perdarahan() ada () tidak

Septum () normal () bengkak

Nasal flaring () ada () tidak

Lendir () ada () tidak

() sedikit () banyak

d. Torax dan paru-paru

1. Bentuk dada : () simetris () asimetris

2. Pergerakan rongga dada : () retraksi sternum () peninggian bahu

3. Paru

◆ Auskultasi : () vesikuler () ronchi () rales

() wheezing () friction rub

◆ Perkusi : () sonor () redup

() pekak () tympani

d. Thoraks dan Paru

1. Bentuk dada : () Simetris () Asimetris

2. Pergerakan Rongga dada : () Retraksi Sternum () Peninggian Bahu

() Normal

3. Paru – paru : () Sonor () Redup () Pekak () Tympani

e. Jantung

1. Frekuensi denyut jantung :x/menit

() Kuat () Lemah () Teratur () Tidak Teratur

2. Pengisian darah ke kapiler : () Lambat () Cepat

3. Tekanan Vena Jugularis :

f. Alat bantu yang digunakan :

F. Pola Tidur

1. Kebiasaan sehari - hari

.....
.....
.....
.....

2. Kebiasaan saat ini

.....
.....
.....
.....
.....

G. Pola kognitif Perseptual

1. Kebiasaan sehari - hari

.....
.....
.....
.....
.....

2. Kebiasaan saat ini

.....
.....
.....
.....
.....

3. Pemeriksaan fisik

a. Kemampuan Orientasi : () Baik () Disorientasi

b. Kemampuan mendengar :

Bentuk telinga : () Normal () Tuli

Pendengaran : () Tuli kanan () Tuli kiri

Luka :

Cairan :
Bengkak :
Sakit :

H. Pola Persepsi Diri/Konsep diri.....

I. Pola peran hubungan.....

J. Pola Seksualitas

Reproduksi.....

K. Pola Koping Toleransi Terhadap Stres.....

L. Pola Sistem Nilai Kepercayaan.....

LAMPIRAN II:

Petunjuk Pengisian Pengkajian Pola Kesehatan Fungsional dari Gordon berdasarkan pengelompokan data subyektif dan obyektif.

Pola 1: Persepsi Kesehatan/penganganan kesehatan	
DATA SUBYEKTIF	DATA OBYEKTIF
<ul style="list-style-type: none"> • Alasan masuk rumah sakit • Obat-obatan dengan/tanpa resep • Riwayat medik dan sosial • Harapan terhadap pemberi perawatan kesehatan • Pengobatan saat ini yang tidak berhiningan dengan diagnosa saat masuk rumah sakit • Persepsi pasien tentang status kesehatan dan kesejahteraannya 	<ul style="list-style-type: none"> • Pengamatan umum • Bukti penggunaan pbat/ legal berupa resep • Hasil laboratorium kalau ada • Kemampuan menetapkan tujuan: pengetahuan tentang praktik kesehatan, hygienem berhias, dan lainnya • Umur • Bahaya kerja
Pola 2: Nutrisi/metabolik	
Menggambarkan masukan nutrisi; keseimbangan cairan dan elektrolit; kondisi kulit, rambut, dan kuku	
<ul style="list-style-type: none"> • Proporsi masukan protein, lemak, karbohidrat, dan vitamineral • Frekwensi makan perhari • Jenis makanan yang dimakan • Nafsu makan; konsumsi kafein • Masalah dengan makanan, menelan, dan pencernaan • Mual • Penggunaan alkohol • Perawatan rutin terhadap rambut, kulit, kuku, dan mulut • Jenis makanan yang alergi • Urtikaria • Perubahan berat badan (BB) • Makanan kesukaan 	<ul style="list-style-type: none"> • Diet yang dianjurkan • Persentase makanan yang dimakan • Kemampuan menelan • Ada slang nasogastrik • Cairan intravena • Masukan kalori • Total nutrisi parentral • Keseimbangan nitrogen • Albumin serum • Muntah • Nilai elektrolit • Masukan dan keluaran • Suhu • Tinggi Badan, berat badan, kulit Kepala, leher, rambut, kuku, mulut, bibir, gigi, gigi palsu, gusi • Edema
Pola3: Eliminasi	
Menggambarkan pola fungsi ekskresi usus, kandung kemih, dan kulit	
Kandung kemih <ul style="list-style-type: none"> • Frekwensi, nokturia • Karakteristik keluaran urin yang biasa • Masalah berkemih • Pola masukan cairan 	Kandung kemih <ul style="list-style-type: none"> • Jumlah urin, wrna, bau • Berat jenis urin • Kateter, kondom, ostomi • Kendung kemih teraba

<ul style="list-style-type: none"> • Infeksi saluran kemih <p>Usus</p> <ul style="list-style-type: none"> • Frekuensi dan karakteristik faeces yang biasa • Penggunaan obat-obatan laxatif • Masalah dengan konstipasi atau diare • Penggunaan pelunak faeces seperti gliserin <p>Kulit</p> <ul style="list-style-type: none"> • Perspirasi berlebihan • Masalah bau badan 	<ul style="list-style-type: none"> • Ginjal teraba • Ekskoriasi kulit • Masukan dan keluaran <p>Usus</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jumlah faeces, warna, konsistensi • Abdomen lemas, distensi, nyeri tekan • Bising usus • Fistula, Ostomi • Selang drainase • Ekskoriasis kulit • Diet kasar <p>Kulit</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diaporesis • Bau badan • Selang drainase
---	---

Pola 4: Aktifitas /Latihan
Menggambarkan pola latihan dan aktivitas, fungsi pernapasan dan sirkulasi

<p>Bernapas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Napas pendek atau nyeri saat latihan • Merokok • Riwayat asma, bronchitis atau emfisema • Riwayat penyakit paru dalam keluarga • Bahaya kerja <p>Sirkulasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Riwayat penyakit jantung dalam keluarga • Infark miokard, stroke sebelumnya • Pacu jantung • Klaudikasi intermiten • Obat-obatan <p>Mobilitas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pola latihan yang biasa dilakukan • Aktifitas di waktu luang • Menaiki tangga • Penggunaan tongkat, walker • Keterbatasan aktivitas sehari-hari • Kecukupan energi untuk melakukan aktivitas • Aktvitas selama sakit 	<p>Bernapas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Frekwensi , kedalaman, dan irama pernapasan • Bunyi napas • Diameter anteroposterior (A-P) • Selang dada • Adanya batuk • Penggunaan otot bantu <p>Sirkulasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Frekwensi', irama apikal • Tekanan darah • Nadi perifer • Warna kulit • Suhu ekstermitas bawag dan kehilangan rambut • Kehilangan darah/transfusi darah • Tekanan vena sentral • Faktor pembekuan • Transaminase (SGOT) • Laktat dehidrogenase (LDH) creatinin phosphokinase (CPK) <p>Mobilitas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rentang gerak (<i>range of motion</i>) • Kekuatan, postur • Genggaman tangan, refleks • Kemampuan melakukan aktivitas sehari-hari (ADL); makan, mandi, buang air, tidur, mobilitas, berpakaian, berbelanja • Masalah berjalan • Tidak adanya bagian tubuh • Proteese
---	---

	<ul style="list-style-type: none"> • Keseimbangan berjalan
Pola 5: istirahat tidur Menggambarkan pola tidur, istirahat dan persepsi tentang tingkat energi	
<ul style="list-style-type: none"> • Kebiasaan lama tidur • Istirahat setelah aktivitas sehari-hari • Keluhan mengantuk • Mengeluh letih • Waktu tidur rutin 	<ul style="list-style-type: none"> • Waktu tidur/tidur siang yang diamati, sering menguap • Hipnotik, sedatif • Lingkaran gelap di kelopak bawah mata • Rentang perhatian
Pola 6: Kognitif/perseptual Menggambarkan pola pendengaran, penglihatan, pengecapan, perabaan, penghidu, persepsi nyeri. Bahasa, memori dan pengambilan keputusan	
<ul style="list-style-type: none"> • Masalah sensori dan perseptual: pendengaran, penglihatan, perabaan, penghidu. Dan pengecapan • Bahasa Indonesia sebagai pertama • Tingkat pendidikan • Persepsi nyeri dan penanganan nyeri • Perubahan memori • Menilai nyeri pada skala 0-10 • Pemakaian alat bantu dengar atau kacamata • Kehilangan bagian tubuh atau fungsinya 	<ul style="list-style-type: none"> • Kemampuan melihat, mendengar, menghidu, merasakan • Aktivitas kejang • Bahasa yang diucapkan • Kemampuan untuk mengikuti perintah • Kemampuan mengambil keputusan • Tingkat kesadaran • Pemeriksaan neurologis • Berorientasi terhadap waktu, tempat, dan orang • Memperlihatkan kesadaran bagian-bagian tubuh yang akurat
Pola 7: persepsi diri/konsep diri Menggambarkan sikap tentang diri sendiri dan persepsi terhadap kemampuan	
<ul style="list-style-type: none"> • Sikap tentang diri • Dampak sakit terhadap diri • Keinginan untuk mengubah diri • Gugup atau relaks; nilai 1-5 • Merasa tak berdaya 	<ul style="list-style-type: none"> • Postur tubuh • Kontak mata • Asertif atau pasif; nilai 1-5 • Isyarat-isyarat nonverbal perubahan harga diri • Ekspresi wajah
Pola 8: peran/hubungan Menggambarkan keefektifan peran dan hubungan dengan orang terdekat	
<ul style="list-style-type: none"> • Pekerjaan • Keefektifan hubungan dengan orang terdekat • Efek perubahan peran terhadap hubungan • Tempat tinggal; tidak punya rumah 	<ul style="list-style-type: none"> • Interaksi yang diamati • Tingkah laku yang pasif atau agresif terhadap orang lain • Masalah keuangan
Pola 9: seksualitas/reproduksi Menggambarkan kepuasan atau masalah yang aktual atau dirasakan dengan seksualitas	
<ul style="list-style-type: none"> • Dampak sakit terhadap seksualitas • Riwayat haid; anak-anak • Pemeriksaan payu dara sendiri • Pruritus • Tindakan pengendalian kelahiran/KB • Riwayat penyakit hubungan seksual 	<ul style="list-style-type: none"> • Pemeriksaan payu dara sendiri • Pemeriksaan testis • Pemeriksaan genitalia • Lesi • Drainase • <i>Venereal Disease Research laboratory (VDRL)</i> • <i>Human Immunodeficiency Virus (HIV)</i>

Pola 10: Koping/toleransi stres Menggambarkan kemampuan untuk menangani stres dan penggunaan sistem pendukung	
<ul style="list-style-type: none"> • Stressor pada tahun lalu • Metode koping yang biasa digunakan • Sistem pendukung • Penggunaan alkohol dan obat resep dokter dan obat ilegal untuk mengatasi stres • Nada suara 	<ul style="list-style-type: none"> • Interaksi dengan orang terdekat • Pergerakan kinetik • Berjalan mondar-mandir • Tidak ada kontak mata • Menangis, bersuara • Nilai ansietas skala 1-5 • Ekspresi
Pola 11: nilai/Kepercayaan Menggambarkan sistem spiritual, nilai, dan kepercayaan	
<ul style="list-style-type: none"> • Agama, spiritualitas • Kegiatan keagamaan dan budaya; berbagi dengan orang lain • Sikap terhadap tidak 	<ul style="list-style-type: none"> • Mencari bantuan spiritual • Bukti melaksanakan nilai dan kepercayaan

Diadaptasi dari Gordon, M., (1989). *Manual of Nursing Diagnosis*, New York, McGraw-Hill dalam Allen V.C., 1987.

LAMPIRAN IV

SOP Pemeriksaan Fisik termasuk Pengukuran Tanga Vital.

Pemeriksaan Fisik

No	Komponen Penilaian (aspek-aspek yang dinilai)	Bimbingan/tanggal	
		I/.....	II/.....
1	Persiapan pasien: a. Kontrak pasien b. Menjelaskan tujuan melakukan tindakan c. Beri kesempatan pasien bertanya d. Jaga privacy pasien dengan menutup tirai jendela dan pintu		
2	Persiapan alat: Peralatan perlu disediakan dan diatur di atas sebuah meja. Yang mencakup: - Stetoskop - Thermometer pada tempatnya - Selimut/handuk - Kaca kepala - Senter - <i>Sphygmanometer</i> dan <i>cuff</i> - Kaca laringeal/dental - Spatel lidah - bengkok - Ophthalmoscope - Otoscope - Hamer untuk perkusi - Garpu tala - Sarung tangan - Lubricant/vaselin - Plastik sampah		
3	Dekatkan alat-alat ke pasien		
4	Cuci tangan		
5	Ukur tinggi badan dan berat badan pasien sebelum pasien tidur atau duduk		
6	Kaji status gisi pasien dengan mengukur lingkaran lengan		
7	Tentukan posisi pasien sesuai dengan organ yang akan diperiksa		
8	Bila perlu pasang selimut ekstra atau baju pemeriksaan		
9	Kaji Penampilan umum pasien yang mencakup: - kaji status kesehatan - kaji tingkat kesadaran pasien - kaji status emosi - kaji kegiatan motorik, gaya berjalan dan postur tubuh - kaji cara bicara - kaji bau badan dan bau mulut		
10	Kaji parameter Umum: Kulit: f. warna kulit		

	<ul style="list-style-type: none"> g. elastisitas h. turgor kulit i. kelembaban, j. temperatur dan k. lesi pada kulit 		
11	<p>Pemeriksaan kepala:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. inspeksi: bentuk, kesimetrisan, benjolan, lesi, rambut (warna, distribusi, ketombe, dan kutu) b. palpasi: benjolan, nodul, deformitas (fraktur) 		
12	<p>Pemeriksaan mata:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Inspeksi: kedudukan kelopak mata terhadap bola mata dan adanya odem, warna, luka dan kemampuan menutup mata. Inspeksi adanya bantalan hitam pada kelopak bawah mata. b. Palpasi: tekan kelopak mata bawah untuk periksa konyungtiva, sklera. c. Gunakan senter untuk memeriksa refleks pupil mata, kornea dan iris d. Peiksa visus dengan menggunakan snellen chart 		
13	<p>Pemeriksaan Hidung dan sinus:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Inspeksi: bentuk hidung, kesimetrisan, nares, septum, dan vestibulum terhadap cairan, warna mukosa, polip, dan deviasi septum b. Palpasi: sinus frontalis, etmoidalis, sphenoidalis, dan maksilaris 		
14	<p>Pemeriksaan mulut dan tenggorokan:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Inspeksi: warna mukosa bibir dan mulut (pucat, cyanosis), gigi dan gusi (karang gigi, karies, infeksi; peradangan gusi), palatum, lidah (warna, lesi, papila, tonus, perdarahan), tonsil (warna, ukuran, sekret) dan refleks menelan b. Palpasi: bibir, lidah, nodul dan masa 		
15	<p>Pemeriksaan telinga:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. inspeksi: telinga luar: bentuk telinga, kesejajaran ujung telinga atas dengan sudut mata, bengkak, dan luka b. palpasi: tulang mastoid, daun telinga, tarik daun telinga ke bawah untuk periksa telinga tengah terhadap serumen, bulu, kemerahan, dan luka dan inspeksi membran timpani (warna, tekstur) 		
16	<p>Pemeriksaan leher:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Inspeksi: bentuk leher, lesi , pembengkakan, pelebaran vena-vena di leher. b. Palpasi: kelenjar getah bening (ukuran, dan nyeri), kelenjar thyroid, kedudukan trachea. c. Pengukuran pelebaran atau distensi vena leher untuk menentukan tekanan vena pusat (JVP) 		
17	<p>Pemeriksaan payudara:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Inspeksi: bentuk payudara, kesimetrisan, puting susu, areola, dan pembengkakan serta lesi pada payudara b. Palpasi: masa, sekret, dan pembesaran kelenjar getah bening pada payu dara 		
18	<p>Pemeriksaan dada dan paru-paru</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Inspeksi: bentuk dada, kesimetrisan, ekspansi atau 		

	<p>pengembangan dada saat pasien inspirasi dan ekspirasi, irama pernapasan, garis-garis bayang pada bagian depan dada (midclavicular, midsternal); garis bayang lateral (anterior aksila, posterior dan mid aksila) dan garis bayang belakang (mid spina dan mid skapula)</p> <p>b. Palpasi: temperatur, pengembangan paru, taktil fremitus dan vokal fremitus)</p> <p>c. Perkusi seluruh lapang paru</p> <p>d. Auskultasi paru: lobus kanan dan kiri atas; lobus tengah kanan dan lobus kiri bawah dan kanan bawah secara berurutan</p>		
19	<p>Pemeriksaan jantung:</p> <p>a. Inspeksi: denyut nadi apikal pada sela iga ke 5 parasternal kanan mid-clavicular</p> <p>b. Inspeksi kesimetrisan dada kiri dan kanan</p> <p>c. Auskultasi bunyi jantung: tentukan iramanya, dan bunyinya</p> <p>d. Perkusi: tentukan posisi jantung</p>		
20	<p>Pemeriksaan abdomen(perut)</p> <p>a. Auskultasi: bising usus, bising aorta abdominalis, arteri renalis kiri kanan, dan arteri iliaca kiri dan kanan</p> <p>b. Inspeksi: bentuk abdomen, kesimetrisan, pelebaran vena-vena pada abdomen, warna umbilikus dan pembengkakan abdomen oleh masa atau asites</p> <p>c. Palpasi: palpasi ringan dan berat untuk menentukan adanya masa dan pembesaran organ, turgor kulit.</p> <p>d. Perkusi: ukuran hepar, limpa, ginjal, asites, dan distensi abdomen</p>		
21	<p>Pemeriksaan genitalia:</p> <p>a. Inspeksi: genitalia wanita(kebersihan, klitoris, labia mayora dan minora, cairan yang keluar, nodul, lesi). Pada pria: kebersihan, bentuk testis dan penis, nodul, lesi, cairan yang keluar, peradangan)</p> <p>b. Palpasi masa</p>		
22	<p>Pemeriksaan anus:</p> <p>a. Inspeksi: kulit, pelebaran pembuluh darah atau varices, polip, dan sekresi</p> <p>b. Palpasi: pelebaran vena bagian dalam, sfingter ani, pembesaran kelenjar prostat pada laki-laki.</p>		
23	<p>Pemeriksaan ekstremitas::</p> <p>a. Inspeksi: pergerakan sendi, lesi, masa, tonus otot, dan warna kulit, pembengkakan.</p> <p>b. Palpasi: temperatur dan edema; kaji kekuatan otot sternokleidomastoideus, kekuatan menggenggam dan kekuatan ekstensi lutut dan ekstensi pergelangan kaki</p> <p>c. Kaji rentang gerak persendian dari tulang cervical, scapula, sendi brachioradialis. Sendi pergelangan tangan dan tulang-tulang tangan; sendi paha, lutut, pergelangan kaki, dan metacarpal.</p> <p>d. Kaji refleks biceps, triceps, brachioradialis, patela, achilles, babinsky.</p>		
24	Rapikan pasien		
25	Rapikan alat-alat dan cuci tangan		

26	Catat hasil pada lembar dokumentasi		
----	-------------------------------------	--	--

Catatan Perkembangan Pembelajaran

Tuliskan perkembangan kemampuan mahasiswa selama melakukan prosedur kepeerawatan

Tanggal..... ...	Tanggal
Nama dan tanda tangan observer/pembimbing	Nama dan tanda tangan observer/pembimbing

.....
-------	-------

Prosedur Pengukuran Suhu Oral

No	Komponen Penilaian (aspek-aspek yang dinilai)	Bimbingan/tgl	
		I/.....	II.....
1	Persiapan Alat : <ol style="list-style-type: none"> 1. Termometer air raksa atau digital untuk oral 2. Kertas tissue 3. Sarung tangan 4. Pena, Pensil dan lembar kerja atau rekam medic 5. Cairan untuk mencuci thermometer yang terdiri dari 3 botol : Botol berisi air sabun, desinfektal dan air bersih 		
	Prosedur :		
1	Cuci tangan		
2	Pakai Sarung tangan		
3	Jelaskan prosedur kepada pasien		
	<ol style="list-style-type: none"> a. Untuk thermometer air raksa, bersihkan dan keringkan thermometer dari ujung sampai pangkal. b. Turunkan air raksa sampai 35 C. Untuk thermometer digital, hidupkan thermometer sesuai jenisnya. 		
4	Persiapkan posisi yang nyaman menurut pasien		
5	<ol style="list-style-type: none"> a. Mintalah pasien membuka mulutnya b. Dengan perlahan letakan thermometer dalam kantong sublingual (dibawah lidah) dari arah lateral ke tengah rahang bawah 		
6	Mintalah pasien menahan thermometer dengan mengatupkan bibirnya		
7	Biarkan thermometer dalam mulut pasien selama 2 menit		
8	Lepaskan thermometer dan bersihkan dengan tissue, baca hasilnya		
9	<ol style="list-style-type: none"> a. Untuk thermometer air raksa, turunkan air raksa pada thermometer sampai batas minimal. b. Bersihkan thermometer dengan cairan yang tersedia 		
10	Buka sarung tangan		
11	Cuci tangan		
12	Catat hasil pengukuran pada catatan perawat dan rekam medik		

Prosedur Pengukuran Suhu Rektal

No	Komponen Penilaian (aspek-aspek yang dinilai)	Bimbingan/tgl	
		I/.....	I/.....
1	Persiapan Alat : <ol style="list-style-type: none"> 1. Termometer air raksa atau digital untuk Rektal 2. Kertas tissue 3. Sarung tangan 		

	4. Pelumas 5. Pena, Pensil dan lembar kerja atau rekam medic 6. Cairan untuk mencuci thermometer yang terdiri dari 3 botol : Botol berisi air sabun, desinfektan dan air bersih		
	Prosedur :		
2	Cuci tangan		
3	Pakai Sarung tangan		
4	a. Jelaskan prosedur kepada pasien b. Untuk thermometer air raksa, bersihkan dan keringkan thermometer dari ujung sampai pangkal. c. Turunkan air raksa sampai 35 C. d. Untuk thermometer digital, hidupkan thermometer sesuai jenisnya.		
5	Tutup gorden sekitar sekitar tempat tidur dan atau tutup pintu ruangan, Jaga agar bagian tubuh atas dan ekstremitas bawah pasien tertutup		
6	Bantu pasien melakukan posisi sims dengan kaki sebelah atas fleksi, sebelah bawah lurus. Anak-anak boleh tengkurap		
7	Basahi ujung thermometer dengan pelumas sepanjang 2,5-3,5 cm untuk orang dewasa atau 1-2-2,5 cm untuk bayi atau anak-anak		
8	a. Dengan tangan tidak dominan, tinggikan bokong atas pasien untuk memajukan anus. b. Masukkan termeter secara perlahan ke dalam anus sedalam 3,5 cm untuk dewasa. c. Jangan mendorong termeter dengan paksa. d. Minta pasien melakukan napas dalam dan menghembuskannya. e. Masukkan thermometer saat pasien melakukan napas dalam. f. Bila merasa ada tahanan, tarik thermometer dengan segera.		
9	Pegang thermometer pada tempatnya selama 2 menit.		
10	Lepaskan thermometer dan bersihkan dengan tissue, baca hasilnya		
11	Bersihkan area anal untuk menghilangkan pelumas/feses		
12	Bantu klien dalam posisi semula dan rapikan pakaiannya.		
13	a. Untuk thermometer air raksa, turunkan air raksa pada thermometer sampai batas minimal. b. Bersihkan thermometer dengan cairan yang tersedia		
14	Buka sarung tangan		
15	Cuci tangan		
16	Catat hasil pengukuran pada catatan perawat dan rekam medik		

Prosedur Pengukuran Suhu Axila

No	Komponen Penilaian (aspek-aspek yang dinilai)	Bimbingan/tgl	
		I/.....	I/.....

1	Persiapan Alat : 1. Termometer air raksa atau digital untuk Rektal 2. Kertas tissue 3. Sarung tangan 4. Pena, Pensil dan lembar kerja atau rekam medic 5. Cairan untuk mencuci thermometer yang terdiri dari 3 botol : Botol berisi air sabun, desinfektan dan air bersih		
	Prosedur :		
2	Cuci tangan		
3	Pakai Sarung tangan		
4	a. Jelaskan prosedur kepada pasien b. Untuk thermometer air raksa, bersihkan dan keringkan thermometer dari ujung sampai pangkal. Turunkan air raksa sampai 35 C. c. Untuk thermometer digital, hidupkan thermometer sesuai jenisnya.		
5	Tutup gorden sekitar sekitar tempat tidur dan atau tutup pintu ruangan		
6	a. Persiapkan posisi yang nyaman menurut pasien. b. Lepaskan pakaian atau baju dari bahu dan tangan pasien dan bersihkan daerah axila		
7	a. Masukkan thermometer ke tengah axila pasien b. Turunkan tangan di atas thermometer c. Letakan lengan bawah menyilang di atas dada.		
8	Tahan thermometer pada tempatnya selama 5-10 menit.		
9	Lepaskan thermometer dan bersihkan dengan tissue, baca hasilnya		
10	Bersihkan area anal untuk menghilangkan pelumas/feses		
11	Bantu klien dalam posisi semula dan rapikan pakaiannya.		
12	a. Untuk thermometer air raksa, turunkan air raksa pada thermometer sampai batas minimal. b. Bersihkan thermometer dengan cairan yang tersedia		
13	Buka sarung tangan		
14	Cuci tangan		
15	Catat hasil pengukuran pada catatan perawat dan rekam medik		

Prosedur Pengukuran Denyut Nadi

No	Komponen Penilaian (aspek-aspek yang dinilai)	Bimbingan/tgl	
		I/.....	I/.....
1	Peralatan a. Arloji b. Buku Catatan Nadi		

2	<p>Persiapan Klien :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Atur posisi yang nyaman bagi pasien, duduk atau berbaring 2. Beri Posisi terlentang dengan lengan samping bawah menyilang pada sisi bawah abdomen, dada, tekuk siku 90 ° dan sokong lengan bawah di atas kursi atau pada lengan anda. Perlahan ekstensikan pergelangan dengan telapak tangan ke bawah 3. Bila Klien baru selesai beraktifitas tunggu 5-10 menit sebelum memeriksa denyut 		
	Prosedur Kerja		
3	Cuci tangan		
4	Letakan ujung dua jari pertama atau jari tengah anda menekan sepanjang celah radial		
5	Beri tekanan ringan dan rileks di atas radius sehingga denyutan mudah dipalpasi		
6	<ol style="list-style-type: none"> a. Bila nadi dapat diraba dengan teratur, hitung frekuensi nadi mulai dari nol selama 30 detik dan kalikan hasilnya dengan dua. b. Bila ritme nadi tidak teratur, hitung selama satu menit penuh 		
7	Kaji keteraturan frekuensi disritmia		
8	Tentukan kekuatan nadi		
9	Cuci tangan		
10	<ol style="list-style-type: none"> a. Catat karakteristik nadi dalam lembar kerja atau rekam medic b. Laporkan adanya abnormalitas pada dokter yang bertugas 		

Prosedur Pengukuran Pernapasan

No	Komponen Penilaian (aspek-aspek yang dinilai)	Bimbingan/tgl	
		I/.....	II.....
1	<p>Peralatan</p> <ol style="list-style-type: none"> p. Jam tangan yang berdetik q. Buku Catatan 		
	Prosedur Kerja		
2	Cuci tangan		
3	Jelaskan tujuan dan prosedur kepada pasien		
4	Atur posisi yang nyaman bagi pasien, duduk atau berbaring		
5	Letakan lengan pasien pada posisi rileks menyilang abdomen atau dada bagian bawah		
6	Observasi siklus pernapasan lengkap (sekali inspirasi dan sekali ekspirasi		
7	<ol style="list-style-type: none"> a. Bila pernapasan teratur, hitung frekuensi nadi mulai dari nol selama 30 detik dan kalikan hasilnya dengan dua. b. Bila ritme nadi tidak teratur, hitung selama satu menit penuh 		
8	Selama menghitung, perhatikan apakah irama pernapasan dangkal,		

	normal atau terjadi perubahan pola		
9	Cuci tangan		
10	c. Catat karakteristik nadi dalam lembar kerja atau rekam medic d. Laporkan adanya abnormalitas pada dokter yang bertugas		

Prosedur Pengukuran Tekanan Darah

No	Komponen Penilaian (aspek-aspek yang dinilai)	Bimbingan/tgl	
		I/.....	II.....
1	Peralatan A. Stetoskop B. Sphygnomanometer dengan manset C. Alat tulis		
	Prosedur Kerja		
2	Cuci tangan		
3	Jelaskan tujuan dan prosedur kepada pasien		
4	a. Bantu pasien pada posisi yang nyaman b. Duduk dengan lengan fleksi, lengan bawah disangga setinggi jantung dan telapak tangan menghadap ke atas c. Punggung dan tungkai bawah pasien sebaiknya ditopang, dengan tungkai bawah tidak boleh menyilang dan kaki berada pada permukaan yang datar dan keras d. Manometer juga sebaiknya diposisikan sejajar dengan mata pemeriksa e. Berbaring dengan posisi supine		
5	Gulung lengan baju ke atas		
6	a. Pasang manset Sphygnomanometer : b. Manset dipasang setinggi letak jantung c. Manset diletakan pada pertengahan lengan atas , sekitar 2 cm di atas Fosa Kubiti (siku). Diletakkan dengan rapi dan tidak terlalu ketat (dua jari tangan masih bisa dimasukkan diantaranya)		
7	Pastikan manometer terletak setinggi titik pandangan mata. Pengamat harus berada kurang dari 1 meter		
8	Naikan tekanan dalam manset sambil meraba arteri radialis sampai denyutan hilang		
9	Naikan lagi tekanan sampai 30 mmHg		
10	a. Letakan stetoskop pada arteri brachialis pada fossa kubiti dengan cermat dan b. tentukan tekanan sistoliknya dengan menurunkan tekanan udara pada manset serta Sphygnomanometer dengan kecepatan 4 mmHg/detik, c. Bunyi detak pertama merupakan sistolik dan bunyi detakan terakhir merupakan diastolik d. Lepas manset dari lengan, lipat manset dengan rapi dan		

	kembalikan ke tempatnya		
11	Bantu pasien untuk posisi yang diinginkan		
12	Cuci tangan		
13	Catat hasil pemeriksaan pada lembar kerja		

Catatan Perkembangan Pembelajaran

Tuliskan perkembangan kemampuan mahasiswa selama melakukan prosedur keperawatan

Tanggal.....	Tanggal
Nama dan tanda tangan observer/pembimbing 	Nama dan tanda tangan observer/pembimbing

LAMPIRAN V

FORMAT PENILAIAN RENCANA PERAWATAN

PEDOMAN PRAKTEK METODOLOGY KEPERAWATAN

PENULIS

**M.MARGARETHA ULEMADJA WEDHO
MARGARETHA TELY
YOANI M.V.B ATY
ISRAFIL**

DAFTAR ISI

	Halaman
DAFTAR ISI.....	i
KATA PENGANTAR.....	ii
BAB I. PENDAHULUAN.....	1
A. LATAR BELAKANG.....	1
B. TUJUAN.....	1
BAB II. KOMPETENSI.....	3
A. PENGERTIAN KOMPETENSI.....	3
B. JENIS KOMPETENSI.....	3
BAB III. MEKANISME PELAKSANAAN PRAKTEK.....	5

A. Pengkajian	
Pengumpulan Data.....	6
Pengelompokkan Data	6
Validasi Data	6
B. Pengelompokkan data,.....	19
C. Perumusan Diagniosis.....	20
D. Perencanaan.....	21
E. Pelaksanaan Tindakan Keperawatan.....	22
F. Evaluasi	22
BAB VI. PENUTUP.....	24
DAFTAR PUSTAKA.....	25
LAMPIRAN-LAMPIRAN	26
LAMPIRAN I: Format Pengkajian.....	26
LAMPIRAN II: Petunjuk Pengisian Format Pengkajian.....	35

KATA PENGANTAR

Buku "Pedoman Praktek Methodology Keperawatan" ini disusun sebagai panduan mahasiswa keperawatan dalam melakukan praktek penerapan proses keperawatan. Proses keperawatan merupakan suatu proses yang terorganisir, sistematis, dan terkoordinir dengan baik, dan menggambarkan bahwa seorang perawat melaksanakan tindakan dengan penuh tanggung gugat dan tanggung jawab. Dengan pendekatan ini mahasiswa dapat memberikan tindakan berdasarkan ilmu pengetahuan keperawatan atau ilmu lainnya yang mendukung.

Masyarakat pada era globalisasi saat ini mengharapkan penyedia pelayanan kesehatan adalah mereka yang berkualitas dan berkompeten dalam bidang ilmunya termasuk keperawatan. Oleh

karenanya buku ini disusun untuk memenuhi tuntutan kebutuhan masyarakat. Dalam buku ini disajikan latihan-latihan pada setiap tahap proses keperawatan. Walaupun lulusan Diploma III keperawatan memiliki wewenang hanya pada pengkajian, pelaksanaan dan evaluasi asuhan pasien, namun sangat penting bagi mereka untuk memahami setiap tahap dari proses keperawatan sehingga ada kesinambungan dalam proses berpikir kritis.

Kami mengucapkan limpah terima kasih dan Pujian serta syukur yang mendalam pada Tuhan Yang Maha Esa karena hanya dengan BimbingaNya maka buku pedoman praktek methodology keperawatan ini dapat tersusun. Ucapan terima kasih juga kepada teman sejawat yang telah memberikan sumbangan pemikiran untuk menghasilkan buku ini. Buku ini tetap akan direvisi sesuai dengan tuntutan kebutuhan dan perkembangan IPTEK saat ini. Dan akhir kata kami menyampaikan mohon maaf bila selama penyusunan buku ini banyak pihak yang terluka.

Kupang September 2015

Tim

Penulis