

**MODUL PRAKTIKUM**

**METODOLOGI KEPERAWATAN**

**PENYUSUN:**

Tri Arini, S.Kep., Ns., M.Kep

Dewi Murdiyanti PP, M.Kep,. Ns., Sp. MB

**YAYASAN KEPERAWATAN YOGYAKARTA**

**AKADEMI KEPERAWATAN “YKY”**

**YOGYAKARTA**

**2017**

**VISI DAN MISI AKPER YKY**

1. **Visi**

Menjadi Institusi Pendidikan Keperawatan yang mampu bersaing di era global tahun 2019.

1. **Misi**
2. Meningkatkan kegiatan pendidikan, penelitian dan pengabdian kepada masyarakat yang berwawasan global dan berlandaskan kearifan lokal.
3. Mengembangkan manajemen instutusi yang mandiri dan mempunyai tata kelola yang baik (*Good Academic Governance*) serta sumber daya berdasarkan IPTEK Keperawatan atau Kesehatan
4. Meningkatkan kesejahteraan segenap sivitas akademika berdasarkan kinerja profesional

**VISI PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN**

**AKPER YKY YOGYAKARTA**

Menjadi Program Studi DIII Keperawatan yang menghasilkan lulusan perawat vokasional yang mampu bersaing di era global pada Tahun 2019.

**MISI PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN   
AKPER YKY YOGYAKARTA**

1. Meningkatkan kegiatan pendidikan dengan penuh kedisiplinan berkualitas sesuai tuntutan konsumen pelayanan keperawatan
2. Meningkatkan kegiatan penelitian yang berwawasan global
3. Meningkatkan kegiatan pengabdian kepada masyarakat yang berlandaskan kearifan lokal
4. Menciptakan suasana akademik yang kondusif
5. Mewujudkan lulusan perawat yang mandiri dan etis
6. Melaksanakan asuhan keperawatan keluarga secara holistik

**KATA SAMBUTAN**

Penyusunan buku modul Metodologi Keperawatan Akademi Keperawatan “YKY” Yogyakarta tahun 2017 ini, didasarkan atas ketentuan bahwa; pendidikan profesi termasuk tenaga perawat diwajibkan memenuhi Capaian pembelajaranyang dipersyarakatkan. Dalam pemenuhan Capaian pembelajarantersebut dapat ditempuh melalui pembelajaran teori, pembelajaran praktika dan pembelajaran klinik atau lapangan. Untuk itu Akademi Keperawatan “YKY” menyusun buku modul Metodologi Keperawatan Akademi Keperawatan “YKY” Yogyakarta tahun 2017 untuk memenuhi pembelajaran praktika di laboratorium.

Buku modul Metodologi Keperawatan Akademi Keperawatan “YKY” Yogyakarta tahun 2017 ini disusun dengan tujuan agar tercapainya pemahaman yang sama antara dosen dan mahasiswa tentang kompetensi-kompetensi yang harus dicapai oleh mahasiswa Akademi Keperawatan “YKY” Yogyakarta dalam pelaksanaan pembelajaran praktika yang sesuai dengan Capaian pembelajaranyang dipersyaratkan. Untuk itu semua dosen dan mahasiswa Akademi Keperawatan “YKY” wajib memahami buku modul Metodologi Keperawatan Akademi Keperawatan “YKY” Yogyakarta tahun 2017 ini, dengan harapan pelaksanaan pembelajaran praktika dapat berjalan dengan lancar dan baik.

Kami mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada penyusun / tim penyusun yang telah berupaya dengan sungguh-sungguh untuk dapat tersusunnya buku modul ini, dan kepada semua pihak yang telah membantu dalam proses penyusunan buku ini.

Buku ini perlu terus dilakukan penyempurnaan untuk memenuhi kebutuhan yang terus berkembang dengan cara dilakukan evaluasi secara periodik / tahun yang disesuaikan dengan perkembangan IPTEK Keperawatan / Kesehatan. Diharapkan buku Modul Metodologi Keperawatan Akademi Keperawatan “YKY” Yogyakarta tahun 2017 ini dapat dimanfaatkan oleh dosen dan mahasiswa dengan sebaik-baiknya, untuk dapat menghasilkan lulusan tenaga perawat berkualitas tinggi yang siap memasuki dunia kerja dan dapat bersaing di era global.

Yogyakarta, 23 Agustus 2017

Direktur,

Tri Arini, S.Kep.Ns.M.Kep.

NIK 1141 03 052

**KATA PENGANTAR**

Puji syukur, penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena atas rahmat dan karunia-Nyalah penulis mampu menyusun modul praktikum Metodologi Keperawatan. Modul ini disusun sebagai salah satu media pembelajaran mata ajar Modul Metodologi Keperawatan.

Penyusunan modul ini mendapat dukungan dari berbagai pihak, oleh karena itu pada kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih sebesar-besarnya kepada semua pihak yang telah membantu dan memberikan dukungan. Semoga segala bantuan dan kebaikan, menjadi amal sholeh yang akan mendapat balasan yang lebih baik dari Tuhan Yang Maha Esa.

Penulis juga menyadari modul ini masih belum sempurna, dengan kerendahan hati penulis sangat mengharapkan masukan, saran dan kritik yang membangun dari berbagai pihak terutama dari Senior dan sejawat keperawatan demi perbaikan modul ini. Penulis berharap semoga modul ini dapat memberikan manfaat positif demi perkembangan keperawatan. Akhir kata penulis memohon kepada Tuhan Yang Maha Esa agar selalu mendapatkan petunjuk dan ridloNya, serta selalu berada di jalanNya.

Yogyakarta, Agustus 2017

Penulis

**DAFTAR ISI**

|  |  |
| --- | --- |
|  | HAL |
| Visi dan Misi …………………………………………………………………………... | i |
| Kata Sambutan …………………………………………………………………………. | ii |
| Kata Pengantar …………………………………………………………………………. | iii |
| Daftar Isi ……………………………………………………………………………….. | iv |
| Deskripsi Modul Metodologi Keperawatan....………......……………………………... | 1 |
| Praktikum 1: Pengkajian Keperawatan ... ………………………………………...…… | 3 |
| Praktikum 2: Rumusan Diagnosis Keperawatan ……………………………………… | 17 |
| Praktikum 3: Perencanaan Keperawatan……….............................................................. | 24 |
| Praktikum 4: Pelaksanaan Keperawatan............………………………………..……... | 33 |
| Praktikum 5: Evaluasi Keperawatan….……................................................................... | 39 |
| Praktikum 7: Aplikasi NANDA, *Nursing Outcome Classification* (NOC)  Dan *Nursing Intervention Classification* (NIC) ............ ………………………………. | 49 |



**MODUL**

**METODOLOGI KEPERAWATAN**

1. **DISKRIPSI MODUL**

Mata Ajaran ini membahas tentang konsep proses keperawatan yang mencakup pengkajian, perumusan diagnosa keperawatan, perencanaan tindakan keperawatan, evaluasi, dan dokumentasi asuhan keperawatan dengan menerapkan prinsip berfikir kritis dalam pengambilan keputusan. Kegiatan belajar dilakukan melalui kuliah, diskusi, dan praktika. Proses pembelajaran praktikum ini melaui ceramah, demonstrsi, diskusi, dan penugasan.

Mahasiswa akan didorong untuk mendemonstrasikan, menyusun proses keperawatan yang mencakup pengkajian, perumusan diagnosa keperawatan, perencanaan tindakan keperawatan, evaluasi, dan dokumentasi. Selain itu diharapkan mahasiswa mampu menguasai konsep keperawatan sebagai landasan dalam memberikan asuhan keperawatan secara holistik dan komprehensif melalui asuhan keperawatan dan sesuai dengan etika keperawatan

Adapun hal – hal yang mahasiswa persiapkan sebelum melakukan praktikum, yaitu :

* + - 1. Pahami tujuan pembelajaran sebagai target yang akan dicapai
      2. Pelajari kasus / materi yang tersedia dan pastikan untuk memahaminya
      3. Baca petunjuk praktikum dengan teliti
      4. Baca setiap langkah yang tercantum dalam LO (Lembar Observasi)
      5. Siapkan peralatan dan bahan sesuai kebutuhan untuk setiap tindakan / keterampilan yang akan dipraktikan
      6. Perhatikan demonstrasi dari dosen dengan baik
      7. Demonstrasikan setiap tindakan sesuai dengan prosedur
      8. Catat kesulitan yang anda alami dan diskusikan dengan teman atau dosen

1. **TATA TERTIB PRAKTIKUM**
   * + 1. Kehadiran praktikum 100%
       2. Berpakaian rapih dan sopan sesuai dengan seragam yang telah ditentukan (menggunakan jas lab ketika di laboratorium).
       3. Mengganti alat laboratorium, apabila menghilangkan atau merusakkan.
       4. Mahasiswa menyiapkan alat satu hari sebelum pelaksanaan praktikum.
       5. Merapikan kembali alat yang digunakan.
2. **PENILAIAN**
   * 1. Pretest : 10%
     2. Postest : 10%
     3. Tugas : 25%
     4. Evaluasi : 25%
     5. Sikap : 15%
     6. Kehadiran : 15%

**Nilai Batas Lulus (NBL) Praktikum: 76**

1. **AKTIVITAS PEMBELAJARAN**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Metode** | **Dosen** | **Mahasiswa** |
| **Demonstrasi** | 1. Melakukan apersepsi. 2. Menjelaskan tujuan dan persiapan. 3. Mendemonstrasikan | Memperhatikan dan mencatat. |
| **Simulasi** | Memberi kesempatan pada semua mahasiswa untuk melakukan simulasi secara bergantian. | Mahasiswa melakukan simulasi secara bergantian. |
| **Evaluasi** | Melakukan observasi dan memberikan evaluasi pada semua mahasiswa tentang simulasi yang dilakukan.  Memberi kesempatan pada mahasiswa untuk bertanya apabila mengalami kesulitan. | Memperhatikan uraian hasil observasi dosen dan evaluasinya.  Mengajukan pertanyaan apabila mengalami kesulitan. |

1. REFERENSI

Bulechek, GM, et al.,(2013), Nursing Interventions Classification (NIC) edisi 6 . Elseiver Global Right; United Kingdom

PPNI (2016), Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan,Edisi 1, Jakarta: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia

Hidayat, A.A. (2010), Pengantar Konsep Dasar Keperawatan, Salemba Medika, Jakarta.

Kozier, (2010), Fundamentals of Nursing; Concepts, Process and Practice. Edisi 4, Penerbit Buku Kedokteran, EGC Jakarta

Moorhead Sue., et al (2013), Nursing Outcomes Classification (NOC) edisi 5, Elseiver Global Right; United Kingdom

NANDA, (2015), Nursing Diagnoses: Definition and Classification (2015-2017), Philadelphia

Nursalam (2008), Proses Keperawatan dan pendokumentasian, Salemba, Jakarta

Potter & Perry, (2006), Buku Ajar Fundamental Keperawatan ; Konsep, Proses dan Praktik, Penerbit Buku Kedokteran EGC Jakarta.

Sebelum mengikuti kegiatan praktikum ini, pastikan bahwa anda telah memahami konsep proses keperawatan pada tahap pengkajian keperawatan. Mahasiswa juga diharapkan mampu untuk melakukan pengkajian keperawatan dengan tehnik wawancara, observasi, pemeriksaan fisik dan studi dokumentasi

Kegiatan praktikum 1 ini akan memberikan pengalaman kepada mahasiswa Melakukan pengkajian keperawatan dengan tehnik wawancara, observasi, pemeriksaan fisik dan studi dokumentasi pada pasien.

Setelah mempelajari kegiatan praktikum 1 (unit ) ini diharapkan mahasiswa dapat :

1. Melakukan pengkajian keperawatan dengan tehnik wawancara, observasi, pemeriksaan fisik dan studi dokumentasi.

**URAIAN MATERI**

* + - 1. Pengertian pengkajian:

Pengkajian adalah tahap pertamadalam proses keperawatan yang merupakan suatu proses yang sistematisdalam pengumpulan data dari berbagaisumber data untuk mengevaluasi danmengidentifikasi status kesehatan klien.

* + - 1. Komponen pengkajian keperawatan meliputi :
      2. Pengumpulan data dengan kriteria : menggunakan format yang baku, sistematis, diisi sesuai item yang tersedia, aktual (baru), absah (valid).
      3. Pengelompokan data dengan kriteria : data biologis, data psikologis, data sosial, data spiritual.
      4. Perumusan masalah dengan kriteria : kesenjangan antara status kesehatan dengan norma dan pola fungsi kehidupan, perumusan masalah ditunjang oleh data yang telah dikumpulkan
      5. Teknik pengumpulan data yang dapat Anda lakukan dengan cara melakukan:

1. Tahap pertama melakukan anamnesis adalah suatu proses tanya jawab atau komunikasi untuk mengajak klien dan keluarga bertukar fikiran dan perasaan, mencakup keterampilan secara verbal dan non verbal, empati dan rasa kepedulian yg tinggi.
2. Tahap kedua adalah observasi, yaitu: pengamatan prilaku dan keadaan klien untuk memperoleh data tentang masalah kesehatan dan keperawatan klien.Kegiatan Observasi, meliputi *2S HFT*: *Sight* yaitu seperti kelainan fisik, perdarahan, terbakar, menangis; *Smell* yaitu seperti Alkohol, darah, feces, medicine, urine; *Hearing* yaitu seperti Tekanan darah, batuk, menangis, ekspresi nyeri, heart rate dan ritme.
3. Tahap ketiga adalah pemeriksaan fisik yang Anda lakukan dengan menggunakan metode atau teknik *P.E. (Physical Examination)* yang terdiri dari:
4. Inspeksi, yaitu: teknik yang dapat Anda lakukan dengan proses observasi yang dilaksanakan secara sistematik
5. Palpasi, yaitu: suatu teknik yang dapat Anda lakukan dengan menggunakan indera peraba. Langkah-langkah yg Anda perlu diperhatikan adalah:
6. Perkusi, adalah: pemeriksaan yang dapat Anda lakukan dengan mengetuk, dengan tujuan untuk membandingkan kiri-kanan pada setiap daerah permukaan tubuh dengan menghasilkan suara. Perkusi bertujuan untuk: mengidentifikasi lokasi, ukuran, bentuk dan konsistensi jaringan. Contoh suara-suara yg dihasilkan: sonor, redup, pekak, hipersonor/timpani.
7. Auskultasi, adalah merupakan pemeriksaan yang dapat Anda lakukan dengan mendengarkan suara yg dihasilkan oleh tubuh dengan menggunakan stetoskop.
   * + 1. Pengkajian dengan pendekatan 11 Pola kesehatan fungsional menurut Gordon meliputi:
8. Pola persepsi-manajemen kesehatan

Persepsi klien tentang status kesehatan umum. Ketaatan pada tindakan kesehatan preventif

1. Pola nutrisi-metabolik

Pola intake makanan dan cairan, keseimbangan cairan dan elektrolit, kemampuan umum utk penyembuhan

1. Pola eleminasi

Pola fungsi pembuangan (usus, kandung kemih)

1. Pola latihan-aktivitas

Pola latihan, aktivitas, bersenang-senang, rekreasi, dan kegiatan sehari-hari, faktor yg mempengaruhi pola inidividu yg diharapkan

1. Pola kognitif perceptual

Keadequatan alat sensori, seperti penglihatan, pendengaran, pengecapan, sentuhasn, penghidu, persepsi nyeri, kemampuan fungsional kognitif

1. Pola Istirahat-tidur

Pola tidur dan periode istirahat-relaksasi selama 24 jam , secara kualitas dan kuantitas

1. Pola konsep diri-persepsi diri

Sikap individu mengenai dirinya, persepsi terhadap kemampuan, citra tubuh, perasaan senang dan pola emosi

1. Pola peran dan hubungan

Persepsi klien tentan gperan yang utama dan tanggungjawab dalam situasi kehidupan sekarang

1. Pola reproduksi/seksual

Kemampuan/ketidakpuasan seksualitan yang dirasakan klien. Tahapan dan pola reproduksi.

1. Pola pertahanan diri(koping-torelansi stress)

Pola koping yang umum, toleransi stress, system pendukung & kemampuan yang dirasakan utk mengendalikan dan menangani situasi

1. Pola keyakinan/nilai

Nilai-nilai, tujuan, atau keyakinan yang mengarahkan pilihan atau keputusan

**LATIHAN**

*Latihan 1 : Praktik melakukan pengkajian keperawatan dengan cara wawancara, pemeriksaan fisik, observasi dan studi dokumentasi.*

**Ilustrasi Kasus :**

Seorang mahasiswa mengatakan belum memahami bagaimana melakukan pengkajian keperawatan!

Tugas :

1. Buatlah kelompok berpasangan 2 orang yang berperan sebagai pemeriksa dan observer secara bergantian
2. Lakukan praktikum dengan menunjukkan studi kasus yang diberikan dosen
3. Lakukan pemeriksaan / pengkajian keperawatan dengan tehnik wawancara, observasi, studi dokumentasi dan pemeriksaan fisik
4. Gunakan SOP / format penilaian pengkajian keperawatan
5. **Persiapan**

**Alat :**

1. Buku tulis
2. Bolpoint
3. Alat pengkajian keperawatan
4. Lembar SOP / format penilaian

**Persiapan Lingkungan :**

1. Buatlah lingkungan seperti di dalam ruang perawatan
2. Atur lingkungan aman dan nyaman serta libatkan pasien atau keluarga

**Pembagian Peran**

1. Bentuk kelompok menjadi 5-6 kelompok (setiap kelompok 9-10 orang)
2. Masing-masing kelompok diberi kasus untuk stimulasi melaksanakan pengkajian keperawatan
3. Tulislah hasil dari pengkajian keperawatan
4. **Prosedur**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Akademi Keperawatan “YKY” | | **MELAKSANAAN PENGKAJIAN KEPERAWATAN**  **(WAWANCARA)** | |
| NO. DOKUMEN:  2.5.2012 | REVISI KE :  3 |
| DIBERLAKUKAN:  13 Desember 2013 | Halaman:  1 / 2 |
| **STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL**  **(SPO)** | | | Disahkan: 10 September 2016  Direktur Akper YKY  Tri Arini, S.Kep.Ns., M.Kep  NIK: 1141 03 052 |
| PENGERTIAN | Melakukan pengumpulan data klien melalui teknik wawancara | | |
| TUJUAN | Mendapatkan data-data klien secara tepat dan akurat | | |
| KEBIJAKAN | Menerapkan pendekatan proses keperawatan dalam Melaksanakan asuhan keperawatan dengan berpikir kritis | | |
| PROSEDUR | 1. Tahap Pra interaksi :    * + 1. Perawat mempersiapkan diri untuk melakukan pengkajian pada pasien 2. Melakukan cuci tangan sebelum pengkajian 3. Tahap Orientasi    1. Menyampaikan salam terapeutik pada pasien    2. Memperkenalkan diri dengan ramah pada pasien    3. Melakukan klarifikasi identitas pasien seperti nama dan alamat    4. Menyampaika tujuan wawancara pada pasien bahwa akan dilakukan wawancara pengkajian keperawatandengan tujuan mengidentifikasi masalah yang dialami pasien    5. Menyampaikan prosedur dengan jelaspada pasien    6. Menyampaikan kontrak dan kerahasiaan disampaikan dengan jelas, hal ini penting disampaikan ketika perawat akan melakukan pengkajian wawancara supaya terjalin hubungan saling percaya antara perawat-pasien sehingga perawat mampu menggali data atau informasi dari pasien    7. Perawat menyiapkan lingkungan dengan seksama    8. Perawat menyiapkan format pengkajian yang akan digunakan untuk melakukan pengkajian 4. Tahap Kerja    1. Perawat mulai melakukan wawancara dengan tehnik yang benar seperti pada penjabaran pengkajian keperawatan yaitu menggunakan pertanyaan terbuka, pertanyaan hipotesis, pertanyaan menggali dan sebaginya.   **G:\FOTO AKER YKY BARU\Foto pengkajian\DSCN0107.JPG**  Gambar 1. Perawat melakukan wawancara   * 1. Mengamati perilaku/respon verbal dan non verbal pasien saat wawancara   2. Melakukan validasi hasil wawancara pada pasien  1. Tahap Terminasi 2. Perawat mengakhiri kegiatan dengan baik 3. Menyampaikan salam terapeutik dengan ramah setelah selesai melakukan pengkajian 4. Mencuci tangan dilakukan dengan benar 5. Perawat mendokumentasikan hasil wawancara meliputi hasil pengkajian baik data objektif atau data subjektif, hari/tanggal/jam dan tanda tangan perawat | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Akademi Keperawatan “YKY” | **MELAKSANAAN PENGKAJIAN KEPERAWATAN**  **(OBSERVASI)** | |
| NO. DOKUMEN:  2.5.2013 | REVISI KE :  3 |
| DIBERLAKUKAN:  13 Desember 2013 | Halaman:  ½ |
| **STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL**  **(SPO)** | | Disahkan:10 September 2016  Direktur Akper YKY  Tri Arini, S.Kep.Ns., M.Kep  NIK: 1141 03 052 |
| |  |  | | --- | --- | | PENGERTIAN | Melakukan pengumpulan data klien melalui teknik observasi | | TUJUAN | Mendapatkan data-data klien secara tepat dan akurat | | KEBIJAKAN | Capaian pembelajaran : Menerapkan pendekatan proses keperawatan dalam Melaksanakan asuhan keperawatan dengan berpikir kritis | | PROSEDUR | |  | | --- | | 1. **Tahap Pra interaksi :**    * + 1. Tahap pra interaksi dikerjakan bersama-sama dengan melakukan pengkajian dengan metode observasi 2. **Tahap Kerja** 3. Perawat mulai melakukan observasi bersamaan dengan pada saat perawat melakukan pengkajian wawancara. 4. Observasi dilakukan dengan cermat dan sistematis. 5. Observasi dimulai dengan tehnik yang benar **2S-HFT :** *Sight, Smell, Hearing, Feeling, Taste*   **G:\FOTO AKER YKY BARU\Foto pengkajian\DSCN0180.JPG**  Gambar 1. Perawat melakukan observasi | | 1. **Tahap Terminasi** 2. Perawat mengakhiri kegiatan observasi bersamaan dengan pengkajian wawancara. 3. Perawat mendokumentasikan hasil observasi meliputi hasil pengkajian baik data objektif, hari/tanggal/jam dan tanda tangan perawat. | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Akademi Keperawatan “YKY” | **MELAKSANAAN PENGKAJIAN KEPERAWATAN**  **(PEMERIKSAAN FISIK)** | | |
| NO. DOKUMEN:  2.5.2012 | | REVISI KE :  2 |
| DIBERLAKUKAN:  13 Desember 2013 | | Halaman:  ½ |
| **STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL**  **(SPO)** | | | Disahkan:10 September 2016  Direktur Akper YKY  Tri Arini, S.Kep.Ns., M.Kep  NIK: 1141 03 052 |
| PENGERTIAN | | Melakukan pengumpulan data klien melalui teknik pemeriksaan fisik | |
| TUJUAN | | Mendapatkan data-data klien secara tepat dan akurat | |
| KEBIJAKAN | | Menerapkan pendekatan proses keperawatan dalam Melaksanakan asuhan keperawatan dengan berpikir kritis | |
| PROSEDUR | | 1. **Tahap Pra interaksi :** 2. Perawat mempersiapkan diri untuk melakukan pemeriksaan fisik pada pasien 3. Menyiapkan peralatan untuk pemeriksaan fisik seperti stetoskop, termometer, jam berdetik, tensimeter, dll 4. Melakukan cuci tangan sebelum pemeriksaan fisik 5. **Tahap Orientasi** 6. Menyampaikan salam terapeutik pada pasien 7. Memperkenalkan diri dengan ramah pada pasien 8. Melakukan klarifikasi identitas pasien seperti nama dan alamat 9. Menyampaika tujuan pemeriksaan fisik pada pasien bahwa akan dilakukan wawancara pengkajian keperawatandengan tujuan mengidentifikasi masalah yang dialami pasien 10. Menyampaikan prosedur pemeriksaan fisik dengan jelas pada pasien 11. Menyampaikan kontrak dan kerahasiaan disampaikan dengan jelas, hal ini penting disampaikan ketika perawat akan melakukan pengkajian fisik supaya terjalin hubungan saling percaya antara perawat-pasien 12. Perawat menyiapkan lingkungan dengan seksama, perawat menjaga privacy pasien mengatur penerangan. Perawat menyiapkan format pengkajian yang akan digunakan untuk melakukan pengkajian 13. **Tahap Kerja** 14. Perawat mendekatkan peralatan untuk pemeriksaan fisik 15. Mengatur posisi pasien untuk pemeriksaan fisik baik supinasi (telentang), pronasi (tengkurap) atau duduk (seseuai kebutuhan pemeriksaan)   E:\IBU\posisi.png  Gambar 1. Posisi pasien untuk pemeriksaan fisik   1. Perawat mulai melakukan pemeriksaan fisik dengan tehnik yang benar menggunakan metode inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi   E:\IBU\Palpasi ringan dalam.jpg  E:\IBU\Perkusi.jpgGambar. 2 Melakukan palpasi ringan dan palpasi dalam  Gambar 3. Melakukan perkusi  E:\IBU\auskultasi-toraks-posterior.jpg  Gambar 4. Melakukan askultasi   1. Mengamati respon verbal dan non verbal pasien dengan seksama 2. Melakukan validasi hasil pemeriksaan fisik pada pasien 3. **Tahap Terminasi** 4. Perawat mengakhiri kegiatan dengan baik 5. Mengembalikan pasien pada posisi semula supaya pasien menjadi merasa nyaman kembali setelah dilakukan pemeriksaan fisik 6. Menyampaikan rencana keperawatanya selajutnya pada pasien 7. Menyampaikan salam terapeutik dengan ramah setelah selesai melakukan pengkajianMembereskan peralatan yang digunakan selama pemeriksaan fisik 8. Mencuci tangan dilakukan dengan benar 9. Perawat mendokumentasikan hasil pemeriksaan fisik secara sistematis meliputi hasil inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi serta mencantumkan hari/tanggal/jam dan tanda tangan perawat | |

**LEMBAR OBSERVASI PENGKAJIAN KEPERAWATAN**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Capaian Pembelajaran** | | **:** | Menerapkan pendekatan proses keperawatan dengan melaksanakan asuhan keperawatan dengan berpikir kritis | | | | |
|  | | **:** | Melaksanaan Pengkajian Keperawatan  (Wawancara) | | | | |
| **Nama Mahasiswa** | | **:** | ............................................./NIM:................................ | | | | |
| **NO** | **KRITERIA PENCAPAIAN KOMPETENSI** | | | **PENCAPAIAN** | | **PENILAIAN** | |
| **YA** | **TDK** | **K** | **BK** |
|  | **Tahap Pra Interaksi** | | |  |  |  |  |
| 1 | Kaji kebutuhan pasien | | |  |  |  |  |
| 2 | Siapkan alat dan ruang periksa | | |  |  |  |  |
| 3 | Cuci tangan | | |  |  |  |  |
|  | **Tahap Orientasi** | | |  |  |  |  |
| 4 | Salam teraupetik dilakukan dengan benar | | |  |  |  |  |
| 5 | Tujuan disampaikan dengan benar | | |  |  |  |  |
| 6 | Prosedur disampaikan dengan jelas | | |  |  |  |  |
| 7 | Kontrak waktu disampaikan dengan jelas | | |  |  |  |  |
| 8 | Siapkan lingkungan dengan seksama | | |  |  |  |  |
| 9 | For mat pengkajian disiapkan dengan seksama | | |  |  |  |  |
|  | **Tahap Kerja** | | |  |  |  |  |
| 10 | Wawancara dimulai dengan tehnik yang benar \* | | |  |  |  |  |
| 11 | Isi wawancara sesuai dengan masalah pasien \* | | |  |  |  |  |
| 12 | Validasi hasil wawancara kepada pasien dengan ramah | | |  |  |  |  |
|  | **Tahap Terminasi** | | |  |  |  |  |
| 13 | Kegiatan diakhiri dengan baik | | |  |  |  |  |
| 14 | Salam terapeutik disampaikan dengan ramah | | |  |  |  |  |
| 15 | Cuci tangan dilakukan dengan benar | | |  |  |  |  |
| 16 | Hasil wawancara didokumentasi dilakukan dengan benar \* | | |  |  |  |  |

Keterangan :

\*) critikal point yang harus dilakukan

**LEMBAR OBSERVASI**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Capaian Pembelajaran** | **:** | Menerapkan pendekatan proses keperawatan dengan melaksanakan asuhan keperawatan dengan berpikir Kritis |
|  | **:** | Melaksanaan Pengkajian Keperawatan  (Observasi) |
| **Nama Mahasiswa** | : | .........................................../NIM:...................... |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NO** | **KRITERIA PENCAPAIAN KOMPETENSI** | **PENCAPAIAN** | | **PENILAIAN** | |
| **YA** | **TDK** | **K** | **BK** |
| 1 | For mat pengkajian disiapkan dengan seksama |  |  |  |  |
| 2 | Observasi dimulai dengan tehnik yang benar **2S-HFT**  *Sight, Smell, Hearing, Feeling, Taste*  \* |  |  |  |  |
| 3 | Validasi hasil observasi kepada pasien dengan ramah |  |  |  |  |
| 4 | Hasil observasi didokumentasi dilakukan dengan benar \* |  |  |  |  |
| Jumlah | |  |  |  |  |

Keterangan :

\*) critikal point yang harus dilakukan

**LEMBAR OBSERVASI**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Capaian Pembelajaran** | **:** | Menerapkan pendekatan proses keperawatan dengan melaksanakan asuhan keperawatan dengan berpikir kritis |
|  | **:** | Melaksanaan Pengkajian Keperawatan  (Pemeriksaan Fisik) |
| **Nama Mahasiswa** | : | .............................................../NIM:.......................... |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NO** | **KRITERIA PENCAPAIAN KOMPETENSI** | **PENCAPAIAN** | | **PENILAIAN** | |
| **YA** | **TDK** | **K** | **BK** |
| 1 | Peralatan disiapkan dengan benar |  |  |  |  |
| 2 | Cuci tangan dilakukan dengan benar |  |  |  |  |
| 3 | Salam terapeutik disampaikan dengan ramah |  |  |  |  |
| 4 | Perkenalkan diri dengan ramah |  |  |  |  |
| 5 | Klarifikasi identitas pasien dengan ramah \* |  |  |  |  |
| 6 | Tujuan disampaikan dengan benar |  |  |  |  |
| 7 | Prosedur disampaikan dengan jelas |  |  |  |  |
| 8 | Kontrak dan kerahasiaan disampaikan dengan jelas |  |  |  |  |
| 9 | Siapkan lingkungan dengan seksama |  |  |  |  |
| 10 | For mat pengkajian disiapkan dengan seksama |  |  |  |  |
| 11 | Atur posisi pasien dengan tepat |  |  |  |  |
| 12 | Pemeriksaan fisik dilakukan dengan teliti\* |  |  |  |  |
| 13 | Validasi hasil pemeriksaan fisik kepada pasien dengan ramah |  |  |  |  |
| 14 | Atur kembali posisi pasien dengan tepat |  |  |  |  |
| 15 | Kegiatan diakhiri dengan baik |  |  |  |  |
| 16 | Tindak lanjut keperawatan berikutnya disampaikan dengan baik |  |  |  |  |
| 17 | Salam terapeutik disampaikan dengan ramah |  |  |  |  |
| 18 | Alat dibereskan dengan rapi |  |  |  |  |
| 19 | Cuci tangan dilakukan dengan benar |  |  |  |  |
| 20 | Pemeriksaan fisiik didokumentasi dilakukan dengan benar \* |  |  |  |  |
| Jumlah | |  |  |  |  |

Keterangan :

\*) critikal point yang harus dilakukan

**Petunjuk Evaluasi Latihan**

1. Untuk melakukan evaluasi dari praktikum menyusun perencanaan keperawatan, gunakan penilaian yang telah disediakan.
2. Tanda (\*) merupakan *critical point* yang harus dilakukan
3. Hitung skor yang diperoleh, apakah anda puas dengan hasil yang dicapai? Ulangi jika penilaian jika anda masih kurang.

Nilai = Jumlah kompeten X 100 % = %

Jumlah item

Rekomendasi :Kompeten/Belum Kompeten

**Soal Uji Keterampilan**

Tn Y usia 34 tahun dirawat dengan diagnosis medis Demam Berdarah. Pasien mengeluh badan demam.

Lakukan pengkajian keperawatan pada kasus diatas!

**Pretest dan Postest**

1. Seorang perawat melakukan pengkajian kepada pasien. Data yang diperoleh perawat berupa identitas pasien. Manakah teknik pengumpulan data yang tepat untuk mendapatkan data tersebut?
2. Wawancara/anamnesa
3. Observasi
4. Pemeriksaan fisik
5. Studi dokumentasi
6. Studi literatur
7. Seorang perawat melakukan pengkajian dan didapatkan data tampak adanya benjolan di leher sebelah kanan. Manakah teknik pengumpulan data yang tepat untuk mendapat data tersebut?
8. Wawancara/anamnesa
9. Observasi
10. Pemeriksaan fisik
11. Studi dokumentasi
12. Studi literatur
13. Seorang perempuan usia 40 tahun memeriksakan diri ke rumah sakit. Perawat melakukan pemeriksaan fisik pada pasien tersebut. Pada pemeriksaan fisik didapatkan data turgor kulit baik (elastis). Manakah teknik pemeriksaan fisik yang tepat dengan data yang dihasilkan tersebut?
14. Inspkesi
15. Palpasi
16. Perkusi
17. Auskultasi
18. Dokumentasi
19. Seorang laki-laki usia 30 tahun memeriksakan diri ke rumah sakit. Perawat melakukan pemeriksaan fisik pada pasien tersebut. Pada pemeriksaan paru terdengar suara nafas vesikuler. Manakah teknik pemeriksaan fisik yang tepat dengan data yang dihasilkan tersebut?
20. Inspkesi
21. Palpasi
22. Perkusi
23. Auskultasi
24. Dokumentasi
25. Seorang perawat melakukan pengkajian melakukan pemeriksaan fisik pada daerah abdomen kepada pasien. Manakah urutan teknik pemeriksaan fisik pada pasien tersebut?
26. Inspeksi – Palpasi – Perkusi – Auskultasi
27. Palpasi – Perkusi – Inspeksi – Auskultasi
28. Auskultasi – Inspeksi – Paslpasi – Perkusi
29. Inspeksi – Auskultasi – Perkusi – Palpasi
30. Palpasi – Inspeksi – Auskultasi – Perkusi



**PRAKTIKUM II**

**DIAGNOSA KEPERAWATAN**

Sebelum mengikuti kegiatan praktikum ini, pastikan bahwa anda telah memahami konsep proses keperawatan pada tahap pengkajian keperawatan. Mahasiswa juga diharapkan mampu untuk melakukan pengkajian keperawatan dengan tehnik wawancara, observasi, pemeriksaan fisik dan studi dokumentasi

Kegiatan praktikum 1 ini akan memberikan pengalaman kepada mahasiswa dalam menegakan diagnosis keperawatan.

Setelah mempelajari kegiatan praktikum 1 (unit ) ini diharapkan mahasiswa dapat :

Menegakan diagnosis keperawatan.

**URAIAN MATERI**

Pengertian diagnosis keperawatan

Diagnosis Keperawatan merupakan keputusan klinik tentang respon individu, keluarga dan masyarakat tentang masalah kesehatan aktual atau potensial, dimana berdasarkan pendidikan dan pengalamannya, perawat secara akontabilitas dapat mengidentifikasi dan memberikan intervensi secara pasti untuk menjaga, menurunkan, membatasi, mencegah dan merubah status kesehatan klien. Diagnosis keperawatan ditetapkan berdasarkan analisis dan interpretasi data yang diperoleh dari pengkajian keperawatan klien. Diagnosis keperawatan memberikan gambaran tentang masalah atau status kesehatan klien yang nyata (aktual) dan kemungkinan akan terjadi, dimana pemecahannya dapat dilakukan dalam batas wewenang perawat.

Diagnosis dapat dibedakan menjadi lima kategori: Aktual, risiko, sindrom, *wellnes*, promosi kesehatan NANDA, (2015-2017)

* + 1. Aktual. Terdapat dalam fakta atau realitas, terjadi pada saat ini.
    2. Risiko Kerentanan khususnya sebagai akibat pemajanan terhadap faktor yang meningkaan peluang cedera atau kehilangan.
    3. Sindrom Penilaian klinis menjelaskan kelompok khusus diagnosis keperawatan yang terjadi bersama, dan paling tepat dihadapi secara bersama-sama dan melalui intervensi yang serupa.
    4. *Wellnes*

NANDA Internasional tidak lagi mendefinisikan kategori diagnosis keperawatan sebagai “diagnosis kesejahteraan”. Hal ini disepakati pada pertemuan NANDA–I Think Thank (2009) yang menyimpulkan bahwa bagian masalah ini telah tercakup dalam kategori diagnosis keperawatan promosi kesehatan. Jenis dan definisi diagnosis kesejahteraan ini dihilangkan dari taksonomi NANDA Internasional dan semua diagnosis kesejahteraan diubah menjadi diagnosis promosi kesehatan.

* + 1. Promosi kesehatan Perilaku yang dimotivasi oleh keinginan untuk meningkatkan kesejahteraan dan mewujudkan potensi kesehatan. keperawatan dapat dituliskan dalam dua daftar pernyataan (masalah penyebab) atau tiga daftar pernyataan (masalah-penyebab-tanda dan gejala).

1. Rumusan diagnosis keperawatan mengandung tiga komponen utama, yaitu:
   1. *Problem,* Tujuan menuliskan masalah pada diagnosis keperawatan adalah untuk menjelaskan status kesehatan klien dengan jelas dan singkat. karena bagian ini mengidentifikasi hal yang tidak sehat dan hal yang harus diubah mengenai status kesehatan klien dan juga memberikan pedoman terhadap tujuan dan asuhan keperawatan.
   2. *Etiologi* Identifikasi faktor-faktor yang mendukung masalah atau respon klien.
   3. *Sign/Symtom* Identifikasi data subyektif dan obyektif sebagai tanda dari masalah keperawatan

Nyeri akut *sehubungan dengan* luka post operasi apendictomy *ditandai dengan*:

*Problem* *Etiologi*

*Data objektif:*

* + - * 1. Pasien tampak meringis dan tangannya memegangi daerah perut
        2. Terdapat luka post operasi apendictomy hari ke-1 didaerah *Sign &*

perut kanan bawah tertutup verban. *symptom*

* + - * 1. Skala nyeri 3 (untuk skala nyeri 1-5)

*Data subjektif:*

* 1. Pasien mengeluh nyeri pada daerah luka operasi

1. Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam menentukan diagnosis keperawatan
2. Berorientasi kepada klien, keluarga dan masyarakat.
3. Bersifat aktual atau potensial.
4. Dapat diatasi dengan intervensi keperawatan.
5. Menyatakan masalah kesehatan individu, keluarga dan masyarakat, serta faktor-faktor penyebab timbulnya masalah tersebut.

Contoh **diagnosis keperawatan aktual** (PES) atau diagnosis berfokus masalah menurut NANDA 2015-2017:

**Nyeri akut** *berhubungan dengan* **agen injury fisik** *ditandai dengan* :

**DO** : Pasien tampak meringis pada wajah, Skala nyeri 7, Nadi 100 xmnt, pasien sering mengelus daerah perut.

**DS**: Pasien mengatakan nyeri timbul saat melakukan aktivitas seperti miring kanan miring kiri, nyeri seperti tertusuk-tusuk, didaerah perut kanan bawah, pasien mengatakan nyeri sampai 20 menit dan bias terus menerus.

Contoh **diagnosis keperawatan risiko** menurut NANDA 2015-2017:

**Risiko infeksi** yang dibuktikan oleh prosesur invasive **(factor risiko)**

Contoh **diagnosis keperawatan promosi kesehatan** menurut NANDA 2015-2017:

**Kesiapan meningkatkan perawatan diri** yang dibuktikan oleh keinginan meningkatkan perawatan diri **(batasan karakteristik)**

**LATIHAN**

*Latihan 1 : Praktik menegakan diagnosis keperawatan.*

**Ilustrasi Kasus :**

Seorang mahasiswa mengatakan belum memahami cara menegakan diagnosis keperawatan!

Tugas :

1. Buatlah kelompok berpasangan 4 orang
2. Lakukan praktikum dengan menunjukkan studi kasus yang diberikan dosen
3. Lakukan penyusunan menegakan diagnosis keperawatan!
   * 1. **Persiapan**

**Alat :**

1. Buku tulis
2. Bolpoint
3. Buku referensi

**Persiapan Lingkungan :**

1. Buatlah lingkungan nyaman untuk diskusi

**Pembagian Peran**

1. Bentuk kelompok menjadi 10-14 kelompok (setiap kelompok 4 orang)
2. Masing-masing kelompok diberi kasus untuk melakukan menegakan diagnosis keperawatan
   * 1. **Prosedur**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Akademi Keperawatan “YKY” | | **MERUMUSKAN DIAGNOSIS KEPERAWATAN** | | |
| NO. DOKUMEN:  2.5.2012 | REVISI KE :  3 | |
| DIBERLAKUKAN:  13 Desember 2013 | Halaman:  ½ | |
| **STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL**  **(SPO)** | | | Disahkan: 10 September 2016  Direktur Akper YKY  Tri Arini, S.Kep.Ns., M.Kep  NIK: 1141 03 052 | |
| |  |  | | --- | --- | | PENGERTIAN | Merumuskan keputusan klinik tentang respon individu, keluarga dan masyarakat tentang masalah kesehatan actual atau potensial, sebagai dasar seleksi intervensi keperawatan untuk mencapai tujuan asuhan keperawatan sesuai dengan kewenangan perawat | | TUJUAN | Mendapatkan keputusan klinik untuk merencanakan asuhan keperawatan yang tepat | | KEBIJAKAN | Capaian pembelajaran : Menerapkan pendekatan proses keperawatan dalam Melaksanakan asuhan keperawatan dengan berpikir kritis | | PROSEDUR | |  | | --- | | 1. Perawat menganilis data hasilpengkajian yang diperoleh kemudian dikelompokan menjadi data objektif dan data subjektif 2. Perawat menentukan masalah keperawatan yang muncul sesuai dengan data dari hasil pengkajian keperawatan dengan merujuk pada diagnosa keperawatan NANDA 3. Menuliskan masalah keperawatan pada kolom masalah pada analisasi data 4. Menentukan penyebab yang mucul pada setiap masalah keperawatan dan menuliskannya pada kolom penyebab pada analisasi data 5. Menuliskan rumusan diagnosa keperawatan yang muncul 6. Urutan prioritas diagnosis dibuat dengan tepat 7. Mendokumentasikan diagnosa keperawatan serta mencantumkan hari/tanggal/jam dan tanda tangan/inisial perawat | | | | | | |
|  | |  | | |

**LEMBAR OBSERVASI**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CAPAIAN PEMBELAJARAN** | **:** | Menerapkan pendekatan proses keperawatan dengan melaksanakan asuhan keperawatan dengan berpikir kritis |
| **KEGIATAN** | **:** | Merumuskan diagnosis keperawatan |
| **Nama Mahasiswa** | : | ........................................./NIM:............................ |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NO** | **KRITERIA PENCAPAIAN KOMPETENSI** | **PENCAPAIAN** | | **PENILAIAN** | |
| **YA** | **TDK** | **K** | **BK** |
| 1 | Data objektif dituliskan dengan benar |  |  |  |  |
| 2 | Data subjektif dituliskan dengan benar |  |  |  |  |
| 3 | Rumusan masalah dalam analisa data dibuat dengan benar \* |  |  |  |  |
| 4 | Rumusan penyebab dalam analisa data dibuat dengan benar |  |  |  |  |
| 5 | Rumusan diagnosa keperawatan dibuat tepat |  |  |  |  |
| 6 | Urutan prioritas diagnosis dibuat dengan tepat |  |  |  |  |
| 7 | Diagnosa keperawatan didokumentasikan dengan benar\* |  |  |  |  |
| Jumlah | |  |  |  |  |

Keterangan :

\*) critikal point yang harus dilakukan

**Petunjuk Evaluasi Latihan**

1. Untuk melakukan evaluasi dari praktikum menyusun perencanaan keperawatan, gunakan penilaian yang telah disediakan.
2. Tanda (\*) merupakan *critical point* yang harus dilakukan
3. Hitung skor yang diperoleh, apakah anda puas dengan hasil yang dicapai? Ulangi jika penilaian jika anda masih kurang.

Nilai = Jumlah kompeten X 100 % = %

7

Rekomendasi :Kompeten/Belum Kompeten

**Soal Uji Keterampilan**

Tn Y usia 34 tahun dirawat dengan diagnosis medis Demam Berdarah. Hasil pengkajian didapat data pasien mengeluh badan terasa demam dan mengigil. Tampak keringat di badan pasien. Perabaan badan terasa hangat, pasien tampak lemas dan suhu 390C, tekanan darah 120/80 mmHg. Nadi 99x/mnt, Respirasi 20x/mnt.

Lakukan penegakan disgnosis keperawatan pada kasus diatas!

**Pretest dan Postest**

* + - 1. Seorang perempuan usia 20 tahun mengeluh nyeri di abdomen bagian kanan bawah, skala nyeri 7. Setelah dilakukan pemeriksaan fisik terdapat luka post operasi apendik sepanjang 6 cm. wajah pasien tampak pucat dan meringis menahan nyeri. Berdasarkan analisa kasus diatas manakah prioritas diagnosa yang tepat?

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen injuri biologis
2. Nyeri akut berhubungan dengan agen injuri fisik
3. Resiko infeksi berhubungan dengan tindakan invasif
4. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan post operasi
5. Gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri pada abdomen

2. Seorang laki-laki usia 70 tahun di rawat di rumah sakit sejak 5 hari yang lalu. Pasien mengalami penurunan berat badan dalam waktu 3 bulan terakhir dengan IMT = 16, pasien mengeluh tidak nafsu makan, makan habis 4 sendok saja setiap kali makan, badan tampak kurus dan lemah. Semua aktifitas harian dibantu perawat dan keluarga.

Manakah diagnosa keperawatan yang tepat sesuai prioritas utama?

1. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan kelemahan
2. Defisit perawatan diri berhubungan dengan keterbatasan gerak
3. Ketidakseibangan nutrisi ; kurang dari kebutuhan berhubungan dengan kurang asupan makanan
4. Gangguan menelan berhubungan dengan trauma
5. Resiko berat badan berlebih dengan faktor resiko persepsi makan terganggu
6. Seorang laki-laki usia 56 tahun dirawat di rumah sakit karena mengalami diare. Setelah dilakukan pemeriksaan didapatkan data pasien tampak lemah, BAB 10x sehari, mukosa bibir kering, kulit tampak kering dan bersisik, turgor kulit jelek, mata cekung, terpasang infus RL 60 tpm. Pasien dianjurkan minum air putih yang banyak.

Manakah diagnosa keperawatan yang tepat sesuai prioritas utama?

1. Kesiapan meningkatkan keseimbangan elektrolit
2. Kurang volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif
3. Resiko kekurangan volume cairan dengan faktor resiko kehilangan volume cairan aktif
4. Kelebihan volume cairan berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi
5. Resiko ketidakseimbangan volume cairan dengan faktor resiko berkeringat
6. Seorang laki-laki usia 45 tahun dirawat di rumah sakit. Setelah perawat melakukan pengkajian dan menganalisa data diagnosa keperawatan yang muncul adalah defisit perawatan diri. Manakah dibawah ini yang merupakan data penunjang dari diagnosa keperawatan tersebut?
7. Pasien makan habis 1 porsi setiap hari
8. Pasien terpasang oksigen 3 l/menit
9. Pasien mandi dan toileting dibantu perawat dan keluarga
10. Pasien duduk dibantu perawat dan keluarga
11. Pasien mampu ke kamar mandi sendiri
12. Seorang laki-laki usia 58 tahun mengeluh nyeri dada sebelah kiri dengan skala 5. Pasien mengeluh sesak nafas (RR = 28x/menit) dan tampak lemah. Wajah pucat keluar keringat dingin. Setelah dilakukan rekam jantung didapatkan data adanya kelainan pada irama jantungnya dan pasien harus bed rest. Manakah diagnosa keperawatan yang tepat sesuai dengan prioritas?
13. Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan sesak nafas
14. Nyeri akut berhubungan dengan agen injuri fisik
15. Penurunan curah jantung berhubungan dengan kelainan irama jantung
16. Resiko ketidakseimbangan volume cairan dengan faktor resiko berkeringat
17. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan kelemahan





**PRAKTIKUM III**

**PERENCANAN KEPERAWATAN**

**PRAKTIKUM I**

**PENGKAJIAN KEPERAWATAN**

Sebelum mengikuti kegiatan praktikum ini, pastikan bahwa anda telah memahami konsep proses keperawatan pada tahap perencanaan keperawatan. Mahasiswa juga diharapkan menyusun perencanaan keperawatan dengan tahapan mempriorotas diagnosis keperawatan, menentukan tujuan dan kritria hasil serta menetapka rencana tindakan/intervensi.

Kegiatan praktikum 1 ini akan memberikan pengalaman kepada mahasiswa dalam menegakan diagnosis keperawatan.

Setelah mempelajari kegiatan praktikum 1 (unit ) ini diharapkan mahasiswa dapat :

Menyusun perencanaan keperawatan dengan tahapan mempriorotas diagnosis keperawatan, menentukan tujuan dan kritria hasil serta menetapka rencana tindakan/intervensi..

**URAIAN MATERI**

Perencanaan adalah sesuatu yang telah dipertimbangkan secara mendalam, meliputi kegiatan pembuatan keputusan dan pemecahan masalah.

**Langkah Perencanaan:**

* + - 1. **P**rioritas masalah
  1. **Tingkat kegawatan (mengancam jiwa)**

1. **Prioritas tinggi** : mencerminkan situasi yang mengancam kehidupan (nyawa seseorang) sehingga perlu dilakukan tindakan terlebih dahulu seperti masalah bersihan jalan nafas.
2. **Prioritas sedang** : menggambarkan situasi yang tidak gawat dan tidak mengancam hidup klien seperti masalah higiene perseorangan.
3. **Prioritas rendah** : menggambarkan situasi yang tidak berhubungan langsung prognosis dari suatu penyakit yang secara spesifik seperti masalah keuangan atau lainnya.
   1. Berdasar Hirarki Maslow
4. **Kebutuhan fisiologis**, meliputi masalah respirasi, sirkulasi, suhu, nutrisi, nyeri, cairan, perawatan kulit, mobilitas, eliminasi.
5. **Kebutuhan keamanan dan keselamatan**, meliputi masalah lingkungan, kondisi tempat tinggal, perlindungan, pakaian, bebas dari infeksi dan rasa takut
6. **Kebutuhan mencintai dan dicintai**, meliputi masalah kasih sayang, seksualitas, afiliasi dalam kelompok, hubungan antar manusia.
7. **Kebutuhan harga diri**, meliputi masalah respect dari keluarga, perasaan menghargai diri sendiri.
8. **Kebutuhan masalah aktualisasi diri**, meliputi kepuasan terhadap lingkungan
   * + 1. **T**ujuan

**Tujuan merupakan hasil yang ingin dicapai untuk mengatasi masalah diagnosis keperawatan**

S (subjek) : perilaku pasien yang diamati

P (Predikat) : kondisi yang melengkapi pasien

K (kriteria) : kata kerja yg dapat diukur/menentukan tercapainya tujuan

K (Kondisi) : sesuatu yang menyebabkan asuhan diberikan

W (waktu) : waktu yang ingin dicapai

**Contoh menyususnan Tujuan :**

Pasien mampu mengontrol nyeri tanpa bantuan

*Subjek kata kerja yg dpt diukur kriteria*

pada tanggal 5 Oktober 2016

target waktu

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 kali 24 jam (3-5 Okt 2017) diharapkan Pasien mampu mengontrol nyeri dengan kriteria hasil:

* + Mengontrol nyeri tanpa bantuan
  + Nyeri hilang (skala 0)
    - 1. Kriteria hasil

***S****pecific* –rumusan jelas/tidak arti ganda

***M****easurable-*dapat diukur (perilaku, dapat dilihat, didengar, diraba, dirasakan, di bau.

***A****cepable-*dapat dicapai

***R****easonable*-nyata, dapat dipertngjwbkan ilmiah

***T****ime*-ada waktu

* + - 1. **I**ntervensi/rencana tindakan

Langkah ini dilaksanakan setelah menentukan tujuan dan kriteria hasil yang diharapkan dengan menentukan rencana tindakan apa yang akan dilaksanakan dalam mengatasi masalah pasien

Tetapkan rencana tindakan meliputi rencana:

1. **Observasi** atau diagnostic: pemantauan kemampuan-Biasa menggunakan kata Kaji-observasi-identifikasi.

Contoh : Kaji nyeri pasien dengan komprehensif

Observasi area luka di abdomen

1. **Nursing treatment** atau teurapeutik: tindakan oleh perawat langsung- biasa menggunakan kata Lakukan

Contoh : Lakukan relaksasi nafas dalam

Berikan cairan per oral 250 cc

1. **Education** atau penyuluhan: meningkatkan perawatan/kemampuan pasien- biasa menggunakan kata Ajarkan.

Contoh : Ajarkan pasien cara relaksasi dengan benar.

Anjurkan pasien melakukan relaksasi

1. **Colllaboration** atau rujukan : Biasa menggunkan Kolaborasi-kelola hasil kolaborasi-konsultasi,

Contoh : Konsultasi dengan dokter untuk pemberian obat anti nyeri

Kelola pemberian Paracetomal syrup 5 mg/oral

**Penentuan intervensi keperawatan:**

Karakteristik diagnosis keperawatan

Intervensi keperawatan diharapkam dapat mengatasi etiologi atau tanda/gejala dari diagnosis keperawatan. Jika etiologi tidak dapat secara ;langsung dibatasi, maka intervensi keperawatan diarahkan untuk menangani tanda gejala. Untuk diagnosis risiko, intervensi keperawatan diarahkan untuk mengeleminisasi faktie risiko.

Luaran (hasil) yang diharapkan

Akan membantu dalam memberikan arahan yang jelas dalam penentuan intervensi keperawatan.

Kemampuan pelaksanaan intervensi keperawatan

Perawat perlu mempertimbangkan waktu, tenaga/staf dan sumber daya yang tersedia sebelum merencanakan dan mengimplementasikan intervensi keperawatan.

Kemampuan perawat

Perawat diharapkan mengetahui rasionalisasi ilmiah terkait intervensi keperawatan yang akan dilakukan dan memiliki keterampilan psikomotor yang diperlukan untuk megimplementasikan intervensi tersebut.

Penerimaan pasien

Intervensi keperawtan harus dapatditerima oleh pasien dan sesuaidengan nilai-nilai dan budaya yang dianut pasien

Hasil penelitian

Bukti penelitian akan menunjukan efektivitas intervensi keperawatanpada pasien tertentu. Jika penelitian belum tersedia, maka perawat dapatmenggunakan prinsip ilmiah atau berkonsultasi dengan ahli (spesialis) dalam menentukan intervensi keperawatan.

**Contoh penyusunan perencanaan keperawatan.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Diagnosa Keperawatan** | **Perencanaan** | |
| **Tujuan** | **Intervensi** |
| 1 | Nyeri akut berhubungan dengan agen cidera fisik; prosedur bedah, ditandai dengan :  DS :   1. Pasien mengeluh nyeri dengan skala 6   P : luka post pembedahan hari 1  Q : nyeri seperti diiris-iris  R: di perut kuadran kanan bawah  S : skala 7  T : nyeri terasa terus menerus  dan bertambah saat bergerak   1. Pasien mengatakan takut bergerak karena nyeri   DO :   1. Pasien tampak pucat dan   meringis menahan nyeri   1. Pasien tampak lemah 2. Terdapat luka post pembedahan di perut kuadran kanan bawah   Arini | Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan menunjukan ***Pain Leve*** dengan kriteria hasil :   1. Pasien mengatakan nyeri berkurang menjadi skala 0 2. Pasien mampu bergerak dengan bebas 3. Pasien tampak rileks dan tenang. 4. Pasien tampak lebih kuat | **Manajemen Nyeri (*Pain Management) :***   1. Kaji nyeri secara komprehensif. 2. Observasi adanya petunjuk nonverbal maupun verbal tentang ketidaknyamanan. 3. Lakukan teknik relaksasi dan distraksi pada pasien. 4. Ajarkan kepada pasien teknik relaksasi dan distraksi kepada pasien 5. Anjurkan kepada pasien untuk melakukan teknik relaksasi dan distraksi saat nyeri dirasakan.   **Manajemen Obat :**   1. Berikan obat analgetik (obat anti nyeri) kepada pasien sesuai program. 2. Berikan Tramadol 50 mg/8 jam IV pada jam 08.00, 16.00, 24.00 WIB.   Arini |

**LATIHAN**

*Latihan 1 : Praktik melakukan penyusunan perencanaan keperawatan .*

**Ilustrasi Kasus :**

Seorang mahasiswa mengatakan belum memahami bagaimana *melakukan penyusunan perencanaan keperawatan*

Tugas :

1. Buatlah kelompok berpasangan 4 orang
2. Lakukan praktikum dengan menunjukkan studi kasus yang diberikan dosen
3. Lakukan penyusunan *melakukan penyusunan perencanaan keperawatan*
   * 1. **Persiapan**

**Alat :**

1. Buku tulis
2. Bolpoint
3. Buku referensi

**Persiapan Lingkungan :**

1. Buatlah lingkungan nyaman untuk diskusi

**Pembagian Peran**

1. Bentuk kelompok menjadi 10-14 kelompok (setiap kelompok 4 orang)
2. Masing-masing kelompok diberi kasus untuk melakukan *melakukan penyusunan perencanaan keperawatan*
   * 1. **Prosedur**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Akademi Keperawatan “YKY” | **MENYUSUN PERENCANAAN KEPERAWATAN** | |
| NO. DOKUMEN:  2.5.2012 | REVISI KE :  3 |
| DIBERLAKUKAN:  13 Desember 2013 | Halaman:  ½ |
| **STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL**  **(SPO)** | | Disahkan:10 September 2016  Direktur Akper YKY  Tri Arini, S.Kep.Ns., M.Kep  NIK: 1141 03 052 |
| |  |  | | --- | --- | | PENGERTIAN | Perawat melaksanaan rencana keperawatan yang telah disususn pada pasien. Tujuan dari pelaksanaan adalah membantu klien dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan, yang mencakup peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pemulihan kesehatan dan memfasilitasi koping | | TUJUAN | Mendapatkan keputusan klinik untuk merencanakan asuhan keperawatan yang tepat | | KEBIJAKAN | Capaian pembelajaran : Menerapkan pendekatan proses keperawatan dalam Melaksanakan asuhan keperawatan dengan berpikir kritis | | PROSEDUR | |  | | --- | | * + - 1. Perawat memprioritaskan diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien       2. Perawata merumusan diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien       3. Membuat tujuan dengan tepat sesuai dengan diagnosis keperawatan yang muncul       4. Menentukan kriteria hasil/indikator sesuai dengan kondisi dan diagnosisi keperawatan yang muncul       5. Menyusun intervensi keperawatan sesuai dengan diagnosis keperawatan yang muncul  1. 6. Intervensi didokumentasikan dengan benar, mencatumkan hari/tgl/jam dan tangga tangan/inisial perawat. | | | | |

**LEMBAR OBSERVASI**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CAPAIAN PEMBELAJARAN** | **:** | Menerapkan pendekatan proses keperawatan dengan melaksanakan asuhan keperawatan dengan berpikir kritis |
| **KEGIATAN** | **:** | Perencanaan keperawatan |
| **Nama Mahasiswa** | **:** | .........................................../NIM:........................... |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | |  |  | | | | | |
| **NO** | **KRITERIA PENCAPAIAN KOMPETENSI** | | | **PENCAPAIAN** | | **PENILAIAN** | |
| **YA** | **TDK** | **K** | **BK** |
| 1 | Perencanaan keperawatan dibuat berdasarkan prioritas diagnosis keperawatan | | |  |  |  |  |
| 2 | Tujuan dibuat dengan tepat | | |  |  |  |  |
| 3 | Kriteria hasil dibuat dengan tepat \* | | |  |  |  |  |
| 4 | Intervensi dibuat dengan tepat | | |  |  |  |  |
| 5 | Perencanaan didokumentasikan dengan benar \* | | |  |  |  |  |
| Jumlah | | | |  |  |  |  |

Keterangan :

\*) critikal point yang harus dilakukan

**Petunjuk Evaluasi Latihan**

1. Untuk melakukan evaluasi dari praktikum menyusun perencanaan keperawatan, gunakan penilaian yang telah disediakan.
2. Tanda (\*) merupakan *critical point* yang harus dilakukan
3. Hitung skor yang diperoleh, apakah anda puas dengan hasil yang dicapai? Ulangi jika penilaian jika anda masih kurang.

Nilai = Jumlah kompeten X 100 % = %

5

Rekomendasi :Kompeten/Belum Kompeten

**Soal Uji Keterampilan**

Tn Y usia 34 tahun dirawat dengan diagnosis medis Demam Berdarah. Hasil pengkajian didapat data pasien mengeluh badan terasa demam dan mengigil. Tampak keringat di badan pasien. Perabaan badan terasa hangat, pasien tampak lemas dan suhu 390C, tekanan darah 120/80 mmHg. Nadi 99x/mnt, Respirasi 20x/mnt.

Lakukan penyususnan perencanaan pada kasus diatas!

**Pretest dan Postest**

1. Seorang perawat menegakkan diagnosis keperawatan hipertermi pada anak A yang mengalami demam dengan suhu 390 C. Selain hipertermi, An A juga mengalami masalah keperawatan pernafasan dengan diagnosis keperawatan pola nafas tidak efektif. Perawat akan menyelesaikan masalah pada An. A. Manakah langkah perencanaan pertama yang dilakukan pada kasus tersebut?
   1. Menyusun tujuan
   2. Menentukan kriteria hasil
   3. Menegakkan diagnosis keperawatan
   4. Menyusun rencana tindakan/intervensi
   5. Menentukan prioritas diagnosis keperawatan
2. Perawat Gita menyusun perencanaan keperawatan pasien umur 58 tahun dengan diagnosa keperwatan : nyeri akut. Perawat menyusun tujuan: Pada tanggal 1 November 2017 klien mampu mengontrol nyeri tanpa analgesic dengan kriteria hasil dapat menggunakan tehnik relaksasi, skala nyeri menurun menjadi 2 dari 5, ekspresi wajah relak, memverbalisasi nyeri berkurang. Mana yang dimaksudkan dengan perumusan tujuan ada kata kerja yang dapat diukur ?
3. Klien mampu
4. Tanpa analgesik
5. Mampu mengontrol nyeri
6. Pada tanggal 1 November 2017
7. Dapat menggunakan tehnik relaksasi
8. Seorang perawat menentukan tujuan pada pasien usia 25 tahun dengan Diare. Kriteria hasil memenuhi unsur SMART. Manakah maksud Kriteria hasil harus dapat di ukur ?
9. *Time*
10. *Specifik*
11. *Acipeable*
12. *Measurable*
13. *Reasonable*
14. Perawat Fita menyusun rencana tindakan meliputi unsur Observasi, Nursing treatment, Edukasi dan Colaborasi pada paien laki-laki usia 38 tahun dengan diagnosis keperawatan hipertemi. Manakah yang merupakan rencana tindakan *edukasi* ?
    1. Observasi suhu pasien
    2. Identifikasi warna kulit
    3. Lakukan kompres hangat
    4. Berikan paracetamol 500 mg/oral
    5. Anjurkan minum banyak pada pasien
15. Perawat Rian menyusun rencana tindakan meliputi unsur Observasi, Nursing treatment, Edukasi dan Colaborasi pada paien laki-laki usia 38 tahun dengan diagnosis keperawatan hipertemi. Manakah yang merupakan rencana tindakan *nursing treatment* ?
    1. Observasi suhu pasien
    2. Identifikasi warna kulit
    3. Lakukan kompres hangat
    4. Berikan paracetamol 500 mg/oral
    5. Anjurkan minum banyak pada pasien

**Umpan Balik Dan Tindak Lanjut**

Cocokan jabawan saudara dengan kunci jawaban pada bagian akhir modul ini. Hiting jawaban benar dengan rumus

Jumlah benar

Kemampuan pengetahuan x100%

Jumlah soal



**PRAKTIKUM IV**

**PELAKSANAAN KEPERAWATAN**

Sebelum mengikuti kegiatan praktikum ini, pastikan bahwa anda telah memahami konsep proses keperawatan pada tahap perencanaan keperawatan. Mahasiswa juga diharapkan melakukan pelaksanaan keperawatan.

Kegiatan praktikum 1 ini akan memberikan pengalaman kepada mahasiswa dalam melakukan pelaksanaan keperawatan.

Setelah mempelajari kegiatan praktikum 1 (unit ) ini diharapkan mahasiswa dapat :

1. Melakukan pelaksanaan keperawatan..

**URAIAN MATERI**

Tahap ini biasa disebut dengan tahap implementasi. Tahap perawat melaksanaan rencana keperawatan yang telah disususun pada pasien. Tujuan pelaksanaan keperawatan adalah membantu klien dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan, yang mencakup peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pemulihan kesehatan dan memfasilitasi koping. Fokus tahap pelaksanaan tindakan perawatan adalah kegiatan pelaksanaan tindakan dari perencanaan untuk memenuhi kebutuhan fisik dan emosional.

Pedoman dalam implementasi:

1. Berdasar respon klien
2. Berdasar ilmu pengetahuan, professional dan etik keperawatan
3. Mengerti dengan jelas rencana keperawatan
4. Sesuai tanggung jawab dan tanggung gugat perawat
5. Menekankan aspek pencehana
6. Bersifat holistic
7. Memberikan pendidikan, bantuan
8. Kerjasama dengan profesi lain
9. Melakukan dokumentasi

Jenis tindakan/ pelaksanaan keperawatan:

* 1. **Dependen**

Tindakan dependen berhubungan dengan pelaksanaan rencana tindakan medis. Tindakan tersebut menandakan suatu cara dimana tindakan medis dilaksanakan. Misal dokter menuliskan pada catatan pasien : lakukan perawatan luka post operasi, maka perawat melakukan tindakan tersebut

* 1. **Independen**

1. Tindakan keperawatan independen adalah suatu kegiatan yang dilaksanakan oleh perawat tanpa petunjuk dan perintah dari dokter atau tenaga kesehatan lainnya.
2. ipe dari aktivitas yang dilaksanakan perawat secara independen didefinisikan berdasarkan diagnosa keperawatan
3. Melaksanakan rencana pengukuran untuk memotivasi, menunjukkan, mendukung, dan mengajarkan kepada klien atau keluarga.
4. Merujuk kepada tenaga kesehatan lain jika ada indikasi dan diijinkan oleh tenaga keperawatan lain
   1. **Interdependen**

Interdependen tindakan keperawatan menjelaskan suatu kegiatan yang memerlukan suatu kerjasama dengan tenaga kesehatan lainnya, misalnya tenaga sosial, ahli gizi, fisioterapi dan dokter

**Contoh penyusunan perencanaan dan pelaksanaan keperawatan.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Hr/tgl jam** | **Diagnosa Keperawatan** | **Perencanaan** | | **Pelaksanaan** |
| **Tujuan** | **Intervensi** |
| Jumat, 14 Desember 2017 | Nyeri akut berhubungan dengan agen cidera fisik; prosedur bedah, ditandai dengan :  DS :   1. Pasien mengeluh nyeri dengan skala 6   P : luka post pembedahan hari 1  Q : nyeri seperti diiris-iris  R: di perut kuadran kanan bawah  S : skala 7  T : nyeri terasa terus menerus  dan bertambah saat bergerak   1. Pasien mengatakan takut bergerak karena nyeri   DO :   1. Pasien tampak pucat dan   meringis menahan nyeri   1. Pasien tampak lemah 2. Terdapat luka post pembedahan di perut kuadran kanan bawah | Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan Nyeri pasien berkurang (***Pain Level*)** dengan kriteria hasil :   1. Pasien mengatakan nyeri berkurang menjadi skala 0 2. Pasien mampu bergerak dengan bebas 3. Pasien tampak rileks dan tenang. 4. Pasien tampak lebih kuat 5. L**uka post pembedahan sembuh (kering)** | **Manajemen Nyeri (*Pain Management) :***   1. Kaji nyeri secara komprehensif. 2. Observasi adanya petunjuk nonverbal maupun verbal tentang ketidaknyamanan. 3. Lakukan teknik relaksasi dan distraksi pada pasien. 4. Ajarkan kepada pasien teknik relaksasi dan distraksi kepada pasien 5. Anjurkan kepada pasien untuk melakukan teknik relaksasi dan distraksi saat nyeri dirasakan.   **Manajemen Obat :**   1. Berikan obat analgetik (obat anti nyeri) kepada pasien sesuai program. 2. Berikan Tramadol 50 mg/8 jam IV pada jam 08.00, 16.00, 24.00 WIB.   paraf dewi  Dewi | Jumat, 14 Desember 2017  Jam 08.00 WIB  Mengkaji nyeri pasien secara komprehensif.  S :  P: luka post pembedahan hari 1  Q: nyeri seperti diiris-iris  R: di perut kuadran kanan bawah  S: skala 7  T: nyeri terasa terus menerus  dan bertambah saat bergerak  O :   1. Pasien tampak pucat dan   meringis menahan nyeri   1. Pasien tampak lemah 2. paraf dewiTerdapat luka post pembedahan di perut kuadran kanan bawah   Dewi  Jam 08.05 WIB  Memberikan injeksi Tramadol 50 mg IV.  S : -  paraf dewiO : Obat Tramadol 50 mg IV masuk melalui selang infus  Dewi  Jam 8.30 WIB  Melakukan teknik relaksasi kepada pasien.  S : Pasien mengatakan nyeri berkurang setelah relaksasi  O : Pasien melakukan relaksasi  Arini  Jam 08.45 WIB  Mengajarkan teknik relaksasi kepada pasien dan keluarga.  S : Pasien mengatakan sudah bisa teknik relaksasi  paraf dewiO: Pasien tampak melakukan teknik relaksasi dengan benar  Dewi  Jam 09.00 WIB  Menganjurkan kepada pasien untuk melakukan teknik relaksasi saat merasakan nyeri.  S : Pasein mengatakan mau melakukan relaksasi jika nyeri muncul  O : -  Arini  Jam 13.00 WIB  Mengkaji nyeri pasien secara komprehensif.  S :  P: luka post pembedahan hari 1  Q: nyeri seperti diiris-iris  R: di perut kuadran kanan bawah  S: skala 5  T: nyeri terasa terus menerus  dan bertambah saat bergerak  Pasien mengatakan masih takut bergerak karena nyeri  O :  Pasien tampak pucat dan  meringis menahan nyeri  Pasien tampak lemah  Terdapat luka post pembedahan di perut kuadran kanan bawah  Arini |

**LATIHAN**

*Latihan 1 : Praktik melakukan pelaksanaan keperawatan .*

**Ilustrasi Kasus :**

Seorang mahasiswa mengatakan belum memahami bagaimana *melakukan pelaksanaan keperawatan keperawatan*

Tugas :

1. Buatlah kelompok berpasangan 4 orang
2. Lakukan praktikum dengan menunjukkan studi kasus yang diberikan dosen
3. Lakukan penyusunan *melakukan pelaksanaan keperawatan*
   * + 1. **Persiapan**

**Alat :**

1. Buku tulis
2. Bolpoint
3. Buku referensi

**Persiapan Lingkungan :**

1. Buatlah lingkungan nyaman untuk diskusi

**Pembagian Peran**

1. Bentuk kelompok menjadi 10-14 kelompok (setiap kelompok 4 orang)
2. Masing-masing kelompok diberi kasus untuk melakukan *pelaksanaan keperawatan*
   * + 1. **Prosedur**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Akademi Keperawatan “YKY” | **PELAKSANAAN KEPERAWATAN** | |
| NO. DOKUMEN:  2.5.2012 | REVISI KE :  3 |
| DIBERLAKUKAN:  13 Desember 2013 | Halaman:  ½ |
| **STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL**  **(SPO)** | | Disahkan:10 September 2016  Direktur Akper YKY  Tri Arini, S.Kep.Ns., M.Kep  NIK: 1141 03 052 |
| |  |  | | --- | --- | | PENGERTIAN | Perawat melaksanaan rencana keperawatan yang telah disususn pada pasien. Tujuan dari pelaksanaan adalah membantu klien dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan, yang mencakup peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pemulihan kesehatan dan memfasilitasi koping | | TUJUAN | Mendapatkan keputusan klinik untuk merencanakan asuhan keperawatan yang tepat | | KEBIJAKAN | Capaian pembelajaran : Menerapkan pendekatan proses keperawatan dalam Melaksanakan asuhan keperawatan dengan berpikir kritis | | PROSEDUR | 1. Cek dan validasi kembali rencana keperawatan yang akan dilaksanakan dengan benar 2. Lakukan perencanan yang sudah ditetapkan pada perencanaan 3. Lakukan pelaksanaan pada pasien meliputi tindakan independen, dependen dan interdepen 4. Pastikan setiap pelaksanaan yang dilakukan di nilai hasil tindakan yang diperoleh dari respon pasien 5. Menilai hasil tindakan dengan holistic pada setiap pelaksaan 6. Pelaksaan didokumentasikan dengan benar, mencatumkan hari/tgl/jam dan tangga tangan/inisial perawat.  |  | | --- | |  | | | | |

**LEMBAR OBSERVASI**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CAPAIAN PEMBELAJARAN** | **:** | Menerapkan pendekatan proses keperawatan dengan melaksanakan asuhan keperawatan dengan berpikir kritis |
| **KEGIATAN** | **:** | Pelaksanaan keperawatan |
| **Nama Mahasiswa** | **:** | .........................................../NIM:........................... |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | |  |  | | | | | |
| **NO** | **KRITERIA PENCAPAIAN KOMPETENSI** | | | **PENCAPAIAN** | | **PENILAIAN** | |
| **YA** | **TDK** | **K** | **BK** |
| 1 | Cek dan validasi kembali rencana keperawatan yang akan dilaksanakan dengan benar | | |  |  |  |  |
| 2 | Lakukan perencanan yang sudah ditetapkan | | |  |  |  |  |
| 3 | Lakukan pelaksanaan pada pasien meliputi tindakan independen, dependen dan interdepen | | |  |  |  |  |
| 4 | Pastikan setiap pelaksanaan yang dilakukan di nilai hasil tindakan yang diperoleh dari respon pasien | | |  |  |  |  |
| 5 | Menilai hasil tindakan dengan holistic pada setiap pelaksaan dengan benar \* | | |  |  |  |  |
| 6 | Pelaksaan didokumentasikan dengan benar\* | | |  |  |  |  |
| **Jumlah** | | | |  |  |  |  |

**Keterangan :**

**\*) critikal point yang harus dilakukan**

**Petunjuk Evaluasi Latihan**

1. Untuk melakukan evaluasi dari praktikum pelaksanaa keperawatan, gunakan penilaian yang telah disediakan.
2. Tanda (\*) merupakan *critical point* yang harus dilakukan
3. Hitung skor yang diperoleh, apakah anda puas dengan hasil yang dicapai? Ulangi jika penilaian jika anda masih kurang.

Nilai = Jumlah kompeten X 100 % = %

6

Rekomendasi :Kompeten/Belum Kompeten

**Soal Uji Keterampilan**

Tn Y usia 34 tahun dirawat dengan diagnosis medis Demam Berdarah. Hasil pengkajian didapat data pasien mengeluh badan terasa demam dan mengigil. Tampak keringat di badan pasien. Perabaan badan terasa hangat, pasien tampak lemas dan suhu 390C, tekanan darah 120/80 mmHg. Nadi 99x/mnt, Respirasi 20x/mnt.

Lakukan pelaksaan pada kasus diatas dengan merujuk pada perencanaan yang sudah disusun pada soal uji keterampilan perencaan keperawata!

**Pretest dan Postest**

1. Perawat Tiita melaksanakan tindakan independen pada paien laki-laki usia 38 tahun dengan diagnosis keperawatan hipertemi. Manakah yang merupakan tindakan independen pada kasus diatas?
   1. Melakukan observasi suhu pasien
   2. Mengidentifikasi warna kulit
   3. Melakukan kompres hangat
   4. Memberikan paracetamol 500 mg/oral
   5. menganjurkan minum banyak pada pasien
2. Perawat Arin melaksanakan tindakan dependen pada paien laki-laki usia 54 tahun dengan diagnosis keperawatan hipertemi. Manakah yang merupakan tindakan dependen pada kasus diatas?
   1. Melakukan observasi suhu pasien
   2. Mengidentifikasi warna kulit
   3. Melakukan kompres hangat
   4. Memberikan paracetamol 500 mg/oral
   5. Menganjurkan minum banyak pada pasien
3. Perawat Arin melaksanakan tindakan interdependen pada paien laki-laki usia 54 tahun dengan diagnosis keperawatan gangguan mobolitas fisik. Manakah yang merupakan tindakan interdependen pada kasus diatas?
   1. Melakukan observasi kondisi pasien
   2. Melakukan latihan aktif/pasif dengan fisioterafi
   3. Membantu aktivitas pasien sehari=hari
   4. Memberikan antalgin 500 mg/oral
   5. Menganjurkan pasien istirahat

**Umpan Balik Dan Tindak Lanjut**

Cocokan jabawan saudara dengan kunci jawaban pada bagian akhir modul ini. Hiting jawaban benar dengan rumus

Jumlah benar

Kemampuan pengetahuan x100%

Jumlah soal



**PRAKTIKUM V**

**EVALUASI KEPERAWATAN**

Sebelum mengikuti kegiatan praktikum ini, pastikan bahwa anda telah memahami konsep proses keperawatan pada tahap evaluasi keperawatan. Mahasiswa juga diharapkan mampu untuk melakukan evaluasi keperawatan.

Kegiatan praktikum 1 ini akan memberikan pengalaman kepada mahasiswa dalam melakukan evaluasi keperawatan.

Setelah mempelajari kegiatan praktikum 1 (unit ) ini diharapkan mahasiswa dapat :

1. Melakukan evaluasi keperawatan.

**URAIAN MATERI**

Evaluasi keperawatan adalah penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan kriteria hasil yang di buat pada tahap perencanaan. Evaluasi ini juga dapat mengukur sejauh mana respon pasien terhadap tindakan yang dilakukan perawat dan melihat kemajuan pasien kearah pencapaian tujuan keperawatan. Pada saat mengevaluasi pasien, perawat menerapkan pengatahuan tentang keadaan pasien, dan berpikir kritis akan membantu perawat dalam menganalisis evaluasi hal-hal yang ditemukan pada saat evaluasi.

Evaluasi terbagi atas dua jenis yaitu:

* + - 1. Evaluasi formatif

Berfokus pada aktifitas proses keperawatan dan hasil tindakan kepearawatan. Evaluasi formatif ini dilakukan segera setelah perawat mengimplementasikan rencana keperawatan guna menilai keefektifan tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan. Perumusan evaluasi formatif ini meliputi empat komponen yang dikenal dengan istilah SOAP yakni subjektif (data berupa keluhan klien), objektif (data hasil pemeriksaan), analisis data (pembandingan data dengan teori) dan perencanaan.

* + - 1. Evaluasi sumatif

Evaluasi yang dilakukan setelah semua aktivitas proses keperawatan selesai dilakukan. Evaluasi sumatif ini bertujuan menilai dan memonitor kualitas asuhan keperawatan yang telah diberikan. Metode yang dapat digunakan pada evaluasi jenis ini adalah melakukan wawancara pada akhir layanan, menanyakan respon klien dan keluarga terkait layanan keperawatan mengadakan pertemuan pada akhir layanan .

Ada tiga kemungkinan hasil evaluasi sebagai **ukuran pencapaian tujuan:**

1. **Masalah teratasi:** jika klien menunjukan perubahan sesuai dengan tujuan dan kriteria hasil yang ditetapkan.
2. **Masalah teratasi sebagian:** jika klien menunjukan perubahan sebagian dari kriteria hasil yang ditetapkan.
3. **Masalah belum teratasi:** jika klien tidak menunjukan perubahan dengan tujuan dan kriteria hasil yang ditetapkan dan timbul masalah/diagnosis baru

Evaluasi pada dasarnya dilakukan untuk mengetahui apakah tujuan yang ditetapkan sudah dicapai atau belum. Oleh karena itu, evaluasi dilakukan sesuai dengan kerangka waktu penetapan tujuan (evaluasi hasil), tetapi selama proses pencapaian terjadi pada klien juga harus selalu harus dipantau (evaluasi proeses). Dari pernyataan diatas, dapat diketahui bahwa evaluasi proses itu dapat dilakukan sewaktu-waktu sesuai dengan perubahan klien dan evaluasi klien dan evaluasi hasil dilakukan pada akhir pencapaian tujuan, beberapa rumah sakit menetapkan kebijakan yang berbeda, evaluasi hasil diukur tiap *shift* jaga, sedangkan rumah sakit lain evaluasi proses ditetapkan tiap 24 jam sekali, kecuali untuk kasus gawat darurat dan *intensive care*, pada prinsipnya, semakin cepat perubahan yang terjadi pada klien baik ke arah perbaikan atau penurunan, semakin sering evaluasi proses itu dilakukan.

Konponen format atau formula yang sering digunakan oleh perawat dalam proses evaluasi asuhan keperawatan adalahpenggunaan formula SOAP atau SOAPIER. *SOAP atau SOAPIER dilakukan u*ntuk memudahkan Anda mengevaluasi atau memantau perkembangan klien, digunakan komponen SOAP/SOAPIE/SOAPIER, penggunaannya tergantung dari kebijakan setempat.

|  |  |
| --- | --- |
| **Komponen** | **Deskripsi** |
| S: Subjektif | Data berdasarkan keluhan yang diucapkan atau disampaika oleh pasien yang masih dirasakan setelah dilakukan tindakan keperawatan |
| O: Objektif | Data objkektif adalah data berdasarkan hasil pengukuran atau hasil observasi Anda secara langsung kepada klien, dan yang dirasakan klien setelah dilakukan tindakan keperawatan. |
| A: Analisis | Interpretasi dari data subjektif dan data objektif.Analisis merupakan suatu masalah atau diagnosis keperawatan yang masih terjadi atau juga dapat dituliskan masalah/diagnosis baru yang terjadi akibat perubahan status kesehatan klien yang telah teridentifiksasi datanya dalam data subjektif dan objektif |
| P: Planning | * 1. Perencanaan keperawatan yang akan Anda lanjutkan, Anda hentikan, Anda modifikasi, atau Anda tambahkan dari rencana tindakan keperawatan yang telah ditentukan sebelumnya.   2. Tindakan yang telah menunjukan hasil yang memuaskan dan tidak memerlukan tindakan ulang pada umumnya dihentikan.   3. Tindakan yang perlu dilakukan adalah tindakan kompeten untuk menyelesaikan masalah klien dan membutuhkan waktu untuk mencapai keberhasilannya.   4. Tindakan yang perlu dimodifikasi adalah tindakan yang dirasa dapat membantu menyelesaikan masalah klien.Tetapi perlu ditingkatkan kualitasnya atau mempunyai akternatif pilihan yang lain yang diduga dapat membantu mempercepat proses penyembuhan |
| I: Implementasi | Implementasi adalah tindakan keperawatan yang dilakukan sesuatu dengan instruksi yang telah teridentifikasi dalam komponen P (perencanaan). Jangan lupa menuliskan tanggal dan jam pelaksanakan |
| E: Evaluasi | Evaluasi adalah respon klien setelah dilakukan tindakan keperawatan |
| R: Reassesment | Reassesment adalah pengkajian ulang yang dilakukan terhadap perencanaan setelah diketahui hasil evaluasi, apakah dari rencana tindakan perlu dilanjutkan, dimodifikasi, atau dihentikan. |

**Contoh penyusunan evaluasi keperawatan dan catatan perkembangan SOAP**

|  |  |
| --- | --- |
| **Pelaksanaan** | **Evaluasi** |
|
| Jumat, 14 Desember 2017  Jam 08.00 WIB  Mengkaji nyeri pasien secara komprehensif.  S :  P: luka post pembedahan hari 1  Q: nyeri seperti diiris-iris  R: di perut kuadran kanan bawah  S: skala 7  T: nyeri terasa terus menerus  dan bertambah saat bergerak  O :   1. Pasien tampak pucat dan   meringis menahan nyeri   1. Pasien tampak lemah 2. paraf dewiTerdapat luka post pembedahan di perut kuadran kanan bawah   Dewi  Jam 08.05 WIB  Memberikan injeksi Tramadol 50 mg IV.  S : -  paraf dewiO : Obat Tramadol 50 mg IV masuk melalui selang infus  Dewi  Jam 8.30 WIB  Melakukan teknik relaksasi kepada pasien.  S : Pasien mengatakan nyeri berkurang setelah relaksasi  O : Pasien melakukan relaksasi  Arini  Jam 08.45 WIB  CONTOH PENDOKUMENTASIAN ASKEP KELOMPOK DENGAN CATATAN PERKEMBANGAN SOAP  Mengajarkan teknik relaksasi kepada pasien dan keluarga.  S : Pasien mengatakan sudah bisa teknik relaksasi  paraf dewiO: Pasien tampak melakukan teknik relaksasi dengan benar  Dewi  Jam 09.00 WIB  Menganjurkan kepada pasien untuk melakukan teknik relaksasi saat merasakan nyeri.  S : Pasein mengatakan mau melakukan relaksasi jika nyeri muncul  O : -  Arini  Jam 13.00 WIB  Mengkaji nyeri pasien secara komprehensif.  S :  P: luka post pembedahan hari 1  Q: nyeri seperti diiris-iris  R: di perut kuadran kanan bawah  S: skala 5  T: nyeri terasa terus menerus  dan bertambah saat bergerak  Pasien mengatakan masih takut bergerak karena nyeri  O :  Pasien tampak pucat dan  meringis menahan nyeri  Pasien tampak lemah  Terdapat luka post pembedahan di perut kuadran kanan bawah  Arini | Jumat, 14 Desember 2017  Jam 14.00 WIB  S :  Pasien mengatakan sakal nyeri : 5  Pasien masih takut untuk bergerak.  O :  Pasien masih tampak pucat  Pasien masih tampak lemah  Terdapat luka post pembedahan di perut kuadran kanan bawah.  A : Masalah nyeri akut teratasi sebagian  P : **Lanjutkan intervensi**   1. Kaji nyeri secara komprehensif. 2. Observasi adanya petunjuk nonverbal maupun verbal tentang ketidaknyamanan. 3. Lakukan teknik relaksasi dan distraksi pada pasien. 4. Anjurkan kepada pasien untuk melakukan teknik relaksasi dan distraksi saat nyeri dirasakan. 5. Berikan Tramadol 50 mg/8 jam IV pada jam 16.00 WIB.   paraf dewi  Dewi |

**CATATAN PERKEMBANGAN**

Nama Pasien/No. C.M :…………………/…..................…..Ruang :……….

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **HR/**  **TGL/**  **SHIF** | **Dx.Kep** | **JAM**  **(WIB)** | **IMPLEMENTASI** | EVALUASI(S O A P ) |
| Jumat 14 Des 2017  Shif Siang | Nyeri akut berhubungan dengan agen cidera fisik; prosedur bedah, ditandai dengan :  DS :  Pasien mengeluh nyeri dengan skala 6  P : luka post pembedahan hari 1  Q : nyeri seperti diiris-iris  R: di perut kuadran kanan bawah  S : skala 7  T : nyeri terasa terus menerus dan bertambah saat bergerak  Pasien mengatakan takut bergerak karena nyeri  DO :  Pasien tampak pucat dan  meringis menahan nyeri  Pasien tampak lemah  Terdapat luka post pembedahan di perut kuadran kanan bawah | 14.30  16.00  1615 | Evaluasi teknik relaksasi dan distraksi pada pasien  paraf dewiS : Pasien mengatakan sudah bisa teknik relaksasi  O:-  Dewi  Berikan Tramadol 50 mg/ IV  S : -  paraf dewiO : Obat Tramadol 50 mg IV masuk melalui selang infus  dewi  Anjurkan kepada pasien untuk melakukan teknik relaksasi dan distraksi saat nyeri dirasakan  paraf dewiS : Pasein mengatakan melakukan relaksasi jika nyeri muncul  O : -  Dewii  Kaji nyeri secara komprehensif dan Observasi adanya petunjuk nonverbal maupun verbal tentang ketidaknyamanan  S :  P: luka post pembedahan hari 1 hari ke 2  Q: nyeri seperti diiris-iris  R: di perut kuadran kanan bawah  S: skala 3  T: nyeri hilang timbul saat bergerak  O :  Pasien tampak sedikit tenang  paraf dewiTerdapat luka post pembedahan di perut kuadran kanan bawah  dewi | **Jumat, 14 Des 2017**  **Jam 21.00 WIB**  **S** :  Pasien mengatakan skala nyeri : 4  Pasien mengatakan sudah bias bergerak perlahan-lahan  **O** :  Pasien masih tampak tidak meringis  Terdapat luka post pembedahan di perut kuadran kanan bawah tertutup verban.  **A** : Masalah nyeri akut teratasi sebagian  **P** : Lanjutkan intervensi:   1. Kaji nyeri secara komprehensif. 2. Observasi adanya petunjuk nonverbal maupun verbal tentang ketidaknyamanan. 3. Evaluasi teknik relaksasi dan distraksi pada pasien. 4. Anjurkan kepada pasien untuk melakukan teknik relaksasi dan distraksi saat nyeri dirasakan. 5. paraf dewiBerikan Tramadol 50 mg/8 jam IV pada jam 16.00 WIB  paraf dewidewi |

**Contoh penyusunan evaluasi keperawatan dan catatan perkembangan SOAPIER**

**CATATAN PERKEMBANGAN**

Nama Pasien/No. C.M :…………………/…..................…..Ruang :……….

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **HR/**  **TGL/**  **SHIF** | **Dx.Kep** | **JAM**  **(WIB)** | EVALUASI **(S O A P I E R)** |
| Sabtu, 15 Des 2017  Siang | Nyeri akut berhubungan dengan agen cidera fisik; prosedur bedah, ditandai dengan :  DS :  Pasien mengeluh nyeri dengan skala 6  P : luka post pembedahan hari 1  Q : nyeri seperti diiris-iris  R: di perut kuadran kanan bawah  S : skala 7  T : nyeri terasa terus menerus dan bertambah saat bergerak  Pasien mengatakan takut bergerak karena nyeri  DO :  Pasien tampak pucat dan  meringis menahan nyeri  Pasien tampak lemah  Terdapat luka post pembedahan di perut kuadran kanan bawah | 14.15  15.00  15.10  16.00  20.00  20.30 | **S** :  Pasien mengatakan skala nyeri : 4  Pasien mengatakan sudah bisa bergerak perlahan-lahan  **O** :  Pasien masih tampak tidak meringis  Terdapat luka post pembedahan di perut kuadran kanan bawah tertutup verban.  **A** : Masalah nyeri akut teratasi sebagian  **P** : Lanjutkan intervensi:   1. Kaji nyeri secara komprehensif. 2. Observasi adanya petunjuk nonverbal maupun verbal tentang ketidaknyamanan. 3. Evaluasi teknik relaksasi dan distraksi pada pasien. 4. Anjurkan kepada pasien untuk melakukan teknik relaksasi dan distraksi saat nyeri dirasakan. 5. Berikan Tramadol 50 mg/8 jam IV pada jam 16.00 WIB.   **I:**  Evaluasi teknik relaksasi dan distraksi pada pasien  S : Pasien mengatakan sudah bisa teknik relaksasi  O:-  arini  Anjurkan kepada pasien untuk melakukan teknik relaksasi dan distraksi saat nyeri dirasakan  S : Pasein mengatakan melakukan relaksasi jika nyeri muncul  O : -  arini  Berikan Tramadol 50 mg/ IV  S : -  O : Obat Tramadol 50 mg IV masuk melalui selang infus  arini  Kaji nyeri secara komprehensif dan Observasi adanya petunjuk nonverbal maupun verbal tentang ketidaknyamanan  S :  paraf dewiP: luka post pembedahan hari 1 hari ke 2  Q: nyeri seperti diiris-iris  R: di perut kuadran kanan bawah  S: skala 3  T: nyeri hilang timbul saat bergerak  O :  Pasien tampak sedikit tenang  Terdapat luka post pembedahan di perut kuadran kanan bawah  arini  **E:**  **S** :  Pasien mengatakan skala nyeri : 4  Pasien mengatakan sudah bias bergerak perlahan-lahan  **O** :  Pasien masih tampak tidak meringis  Terdapat luka post pembedahan di perut kuadran kanan bawah tertutup verban.  **A** : Masalah nyeri akut teratasi sebagian  **P** : Lanjutkan intervensi:   1. Kaji nyeri secara komprehensif. 2. Observasi adanya petunjuk nonverbal maupun verbal tentang ketidaknyamanan. 3. Evaluasi teknik relaksasi dan distraksi pada pasien. 4. Anjurkan kepada pasien untuk melakukan teknik relaksasi dan distraksi saat nyeri dirasakan. 5. Berikan Tramadol 50 mg/8 jam IV pada jam 24.00 WIB   **R:-**  Arini |

**LATIHAN**

*Latihan 1 : Praktik melakukan evaluasi keperawatan .*

**Ilustrasi Kasus :**

Seorang mahasiswa mengatakan belum memahami bagaimana *melakukan evaluasi keperawatan*

Tugas :

1. Buatlah kelompok berpasangan 4 orang
2. Lakukan praktikum dengan menunjukkan studi kasus yang diberikan dosen
3. Lakukan penyusunan *melakukan evaluasi keperawatan*
4. **Persiapan**

**Alat :**

1. Buku tulis
2. Bolpoint
3. Buku referensi

**Persiapan Lingkungan :**

1. Buatlah lingkungan nyaman untuk diskusi

**Pembagian Peran**

1. Bentuk kelompok menjadi 10-14 kelompok (setiap kelompok 4 orang)
2. Masing-masing kelompok diberi kasus untuk melakukan *melakukan evaluasi keperawatan*
3. **Prosedur**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Akademi Keperawatan “YKY” | **MELAKSANAKAN EVALUASI KEPERAWATAN** | |
| NO. DOKUMEN:  2.5.2012 | REVISI KE :  2 |
| DIBERLAKUKAN:  13 Desember 2013 | Halaman:  ½ |
| **STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL**  **(SPO)** | | Disahkan: 10 September 2016  Direktur Akper YKY  Tri Arini, S.Kep.Ns., M.Kep  NIK: 1141 03 052 |
| |  |  | | --- | --- | | PENGERTIAN | Mengukur sejauh mana respon pasien terhadap tindakan yang dilakukan perawat dan melihat kemajuan pasien kearah pencapaian tujuan keperawatan. | | TUJUAN | Melihat sejauh mana pasien mampu mencapai tujuan keperawatan yang telah ditetapkan perawat pada tahap perencanaan keperawatan | | KEBIJAKAN | Capaian pembelajaran : Menerapkan pendekatan proses keperawatan dalam Melaksanakan asuhan keperawatan dengan berpikir kritis | | PROSEDUR | |  | | --- | | 1. Perawat melakukan validasi tindakan keperawatan yang dilakukan pada pasien | | 1. Mencantumkan respon subjektif pasien selama dan setelah tindakan keperawatan yang dilakukan | | 1. Mencantumkan respon objektif pasien selama dan setelah tindakan keperawatan yang dilakukan | | 1. Mencantumkan hasil tindakan yang dilakukan pada pasien | | 1. Perawat membandingkan hasil tindakan dengan tujuan yang telah ditentukan | | 1. Perawat menyampaikan rencanakan tindakan selanjutnya pada pasien | | 1. Perawat mendokumentasikan evaluasi dan mencantumkan hari/tanggal | | | | |

**LEMBAR OBSERVASI**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CAPAIAN PEMBELAJARAN** | **:** | Menerapkan pendekatan proses keperawatan dengan melaksanakan asuhan keperawatan dengan berpikir kritis |
| **KEGIATAN** | **:** | Melaksanakan evaluasi keperawatan |
| **Nama Mahasiswa** | : | ................................................NIM:............................ |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NO** | **KRITERIA PENCAPAIAN KOMPETENSI** | **PENCAPAIAN** | | **PENILAIAN** | |
| **YA** | **TDK** | **K** | **BK** |
| 1 | Tindakan keperawatan ditulis dengan benar\* |  |  |  |  |
| 2 | Respon subjektif pasien selama dan setelah tindakan keperawatan dicantumkan dengan tepat |  |  |  |  |
| 3 | Respon objektif pasien selama dan setelah tindakan keperawatan |  |  |  |  |
| 4 | Mencantumkan hasil tindakan yang dilakukan dengan benar |  |  |  |  |
| 5 | Bandingkan dengan tujuan yang telah ditentukan \* |  |  |  |  |
| 6 | Rencanakan tindakan selanjutnya disampaikan dengan tepat |  |  |  |  |
| 7 | Evaluasi didokumentasikan dengan benar\* |  |  |  |  |
| Jumlah | |  |  |  |  |

Keterangan :

\* critikal point yang harus dilakukan

**Petunjuk Evaluasi Latihan**

1. Untuk melakukan evaluasi dari praktikum menyusun perencanaan keperawatan, gunakan penilaian yang telah disediakan.
2. Tanda (\*) merupakan *critical point* yang harus dilakukan
3. Hitung skor yang diperoleh, apakah anda puas dengan hasil yang dicapai? Ulangi jika penilaian jika anda masih kurang.

Nilai = Jumlah kompeten X 100 % = %

7

Rekomendasi :Kompeten/Belum Kompeten

**Soal Uji Keterampilan**

Tn Y usia 34 tahun dirawat dengan diagnosis medis Demam Berdarah. Hasil pengkajian didapat data pasien mengeluh badan terasa demam dan mengigil. Tampak keringat di badan pasien. Perabaan badan terasa hangat, pasien tampak lemas dan suhu 390C, tekanan darah 120/80 mmHg. Nadi 99x/mnt, Respirasi 20x/mnt.

Lakukan evaluasi proses dan hasil serta catatan perkembangan pada kasus diatas dengan merujuk pada pelaksanaan yang sudah disusun pada soal uji keterampilan pelaksanaan keperawatan!

**Pretest dan Postest**

1. Seorang pasien laki-laki usia 35 tahun dirawat dengan diagnosis keperawatan Hiperterrmi. Perawat melaksanakan tindakan mengukur suhu tubuh pasien. Manakah evaluasi proses (evaluasi hasil tindakan) dari kasus diatas?
   1. Suhu 380 C
   2. Pasien masih demam
   3. Suhu tubuh 360 C- 370 C
   4. Suhu tubuh pasien normal
   5. Perabaan badan pasien hangat
2. Seorang pasien laki-laki usia 35 tahun dirawat dengan diagnosis keperawatan Hiperterrmi. Perawat melaksanakan tindakan mengukur suhu tubuh pasien dengan hasil pengukuran suhu 380 C . Kriteria hasil ditetapkan (1) suhu pasien 36,5 – 37,50 C , (2) pasien mengatakan tidak demam. Manakah evaluasi Hasil dari kasus diatas?
   1. Hipertermsi teratasi
   2. Masalah belum teratasi
   3. Lanjutkan perencanaan
   4. Hipertermi belum teratasi
   5. Tujuan tercabai sebagian
3. Seorang perawat Candra melaksanakan evaluasi hasil pada pasien X dengan diagnosis nyeri akut yaitu masalah nyeri akut belum teratasi. Apakah langkah yang dilakukan pada kasus diatas?
   1. Prioritaskan masalah
   2. Hentikan perencanaan
   3. Lanjutkan perencanaan
   4. Lakukan pengkajian ulang
   5. Pedokumentasian pada status
4. Perawat Rara melaksanakan pemberian kompres hangat pada pasien demam. Apa tahap selanjutnya yang dilakukan perawat tersebut?
   1. Menyusun tujuan
   2. Menentukan kriteria hasil
   3. Menegakkan diagnosis keperawatan
   4. Menyusun rencana tindakan/intervensi
   5. Mengevaluasi tindakan yang dilakukan
5. Seorang perawat telah melaksanakan pengukuran suhu tubuh pada pasien perempuan 50 tahun dengan post op. apendictomy. Suhu tubuh pasien didapat 38,50 C. Manakah yang dimaksud tahap evaluasi keperawatan pada kasus tersebut?
   1. Seorang perawat
   2. Suhu tubuh pasien didapat 38,50 C
   3. Suhu tubuh pada pasien perempuan 50 tahun
   4. Perawat telah melaksanakan pengukuran suhu tubuh
   5. Pasien perempuan 50 tahun dengan post op. apendictomy

**Umpan Balik Dan Tindak Lanjut**

Cocokan jabawan saudara dengan kunci jawaban pada bagian akhir modul ini. Hiting jawaban benar dengan rumus

Jumlah benar

Kemampuan pengetahuan x100%

Jumlah soal



**PRAKTIKUM VI**

**APLIKASI NANDA NURSING OUTCOME CLASSIFICATION (NOC) DAN NURSING INTERVENTION CLASSIFICATION(NIC)**

Sebelum mengikuti kegiatan praktikum ini, pastikan bahwa anda telah memahami konsep proses keperawatan.

Kegiatan praktikum 1 ini akan memberikan pengalaman kepada mahasiswa dalam melakukan penyusunan proses keperawatan dengan mengaplikasikan NANDA NOC DAN NIC..

Setelah mempelajari kegiatan praktikum 1 (unit ) ini diharapkan mahasiswa dapat :

1. Melakukan penyusunan proses keperawatan dengan mengaplikasikan NANDA NOC DAN NIC

**URAIAN MATERI**

*Diagnosis keperawatan adalah penilaian klinis tentang* ***respon manusia*** *terhadap gangguan kesehatan/proses kehidupan atau kerentanan respons dari seorang individu, keluarga, kelompok atau komunitas (NANDA)*

|  |  |
| --- | --- |
| **Istilah** | **Penjelasan Singkat** |
| Diagnosis keperawatan | Masalah, kekuatan atau risiko yang diidentifikasi pada klien, keluarga, kelompok atau komunitas |
| Batasan karakteristik | Tanda gejala (isyarat objektif atau subjektif) |
| Faktor yang berhubungan | Penyebab atau faktor yang berkontribusi (faktor etiologi) |
| Faktor risiko | Faktor yang menentukan/determinan (peningkat risiko) |

**Format dokumentasi NANDA 2017:**

**Diagnosis berfokus masalah**

[diagnosis keperawatan-**P**] berhubungan dengan [factor penyebab-**E**] ditandai /dibuktikan dengan [gejala/batasan karateristik-**S**]

\*Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik operasi (factor berhubungan ditandai dengan pasien mengeluh nyeri pada luka operasi, skala 8, tampak wajah meringis (gejala/batasan karateristik)

**Diagnosis risiko**

[diagnosis keperawatan-**P**] dibuktikan oleh [factor risiko-**E**]

\*Risiko infeksi dibuktikan oleh vaksinasi yang tidak memadai dan imunosupresi (factor risiko)

**Diagnosis promosi**

[diagnosis keperawatan-**P**] dibuktikan oleh [gejala/batasan karateristik-**S**]

\*Kesiapan peningkatan perawatan diri yang dibuktikan oleh pernyataan keinginan meningkatkan perawatan diri (batasan karakteristik)

*Nursing Outcome Classification(NOC* )adalah mendefinisikan status klien setelah dilakukan intervensi keperawatan. Tujuan NOC Menyajikan standar terminologi pada *nursing -sensitive patient outcomes* untuk digunakan perawat di semua tatanan praktik yang menggambar perubahan status pasien setelah diberikan intervensi

Outcome adalah kondisi individu/ keluarga/masyarakat, perilaku atau persepsi yang diukur sepanjang rentang dalam berespon terhadap intervensi keperawatan melaluiLima point skala likert. Dengan mengukur outcome sebelum intervensi, perawat menetapkan nilai dasar outcome kmdn dapat menentukan peringkat outcome setelah intervensi. Perawat dapat mengikuti perubahan status pasien dengan mengacu pada skala tersebut

Mengidentifikasi outcome bisa dengan beberapa cara, antara lain:

* 1. Meninjau taksonomi NOC dimana outcome serupa dikelompokan dalam konsep-konsep kunci di keperawatan
  2. Meninjau daftar outcome yang diidentifikasi oleh spesialisasi keperawatan
  3. **Melihat tautan NOC dengan diagnosis NANDA-I dan pola kesehatan Gordon**

*Nursing intervention Classification(NIC)* adalah Standart bahasa intervensi yang dapat digunakan di semua area keperawatan dan spesialis. Intervensi keperawatan merupakan tindakan yang berdasarkan kondisi klinik dan pengetahuan yang dilakukan perawat untuk membantu pasien memcapai hasil yang diharapkan.

*Nursing intervention Classification(NIC*) mempunyai klasifikasi tindakan keperawatan yang terstandar dan komprehensif. Standar intervensi yang komprehensif berdasarkan riset yang mempunyai label NIC, definisi label NIC dan aktivitas keperawatan. Sistem klasifiksi intervensi yang terdiri dari 3 komponen yaitu domain, kelas dan intervensi dan mempunyai lebih dari 550 intervensi yang meliputi domain praktik seluruh perawat.

Memilih intervensi antara lain:

* 1. Meninjau kelas dalam taksonomi NIC
  2. Meninjau daftar intervensi dasar dengan peminataan khusus
  3. **Dikaitkan dengan diagosis NANDA-I**

**LATIHAN**

*Latihan 1 : Praktik melakukan penyusunan proses keperawatan dengan mengaplikasikan NANDA NOC dan NIC. .*

**Ilustrasi Kasus :**

Seorang mahasiswa mengatakan belum memahami bagaimana *proses keperawatan dengan mengaplikasikan NANDA NOC dan NIC*!

Tugas :

* + - 1. Buatlah kelompok berpasangan 4 orang

1. Lakukan praktikum dengan menunjukkan studi kasus yang diberikan dosen
2. Lakukan penyusunan proses keperawatan dengan mengacu pada NANDA NOC dan NIC
   1. **Persiapan**

**Alat :**

1. Buku tulis
2. Bolpoint
3. Buku referensi

**Persiapan Lingkungan :**

* + - 1. Buatlah lingkungan nyaman untuk diskusi

**Pembagian Peran**

1. Bentuk kelompok menjadi 10-14 kelompok (setiap kelompok 4 orang)
2. Masing-masing kelompok diberi kasus untuk melakukan *proses keperawatan dengan mengaplikasikan NANDA NOC dan NIC* Tulislah hasil dari diskusi

**APLIKASI NANDA NOC DAN NIC DALAM PROSES KEPERAWATAN**

**Kasus:**

Anak Raisa (15 th) dirawat di rumah sakit dengan diagnosa medis dispepsia. Hasil pengkajian didapatkan data: Anak mengeluh nyeri di perut bagian atas sampai ulu hati dan merasa mual ketika sampai mau muntah, nafsu makan juga menurun. Hasil pemeriksaan tanda-tanda vital didapatkan data : suhu 36,7 0 C, Respirasi Rate : 20 x/mnt. Tekanan Darah 100/70 mmHg, Nadi 80x/mnt .

Anak tampak tidur ditempat tidur, terpasang infus RL 20 tpm/makro.

Anak mendapat terapi Antasida 3x500 mg dan injeksi ketorolac 60 mg.

**Langkah-langkah aplikasi proses keperawatan :**

1. **Melakukan Pengkajian dan menganalisis hasil pengkajian keperawatan**

Bp. D (36 th) terdiagnosis Demam berdarah hari ke 3. Hasil pengkajian didapatkan data: Bp. D mengeluh badannya panas.

Buat dan lengkapi pengkajian pada pasien diatas menggunakan tehnik wawancara.!

Buat dan lengkapi pengkajian pada pasien diatas menggunakan tehnik pemeriksaan fisik.!

Dengan menggunakan pengkajian keperawatan Functinal health patern, diagnosa keperawatan menurut NANDA pada Anak Shofa yang sesuai dengan data diatas, berada pada domain dan klas:

1. Domain : 11. Keselamatan/perlindungan

Kelas 6. Thermoregulasi

Kelas 1. Infeksi

1. **Menentukan diagnosis keperawatan**

Pada Domain :

11. Keselamatan/perlindungan

Kelas 6. Thermoregulasi , diagnosa keperawatan yang muncul:

* 1. Resiko ketidakseimbangan suhu tubuh
  2. Thermoregulasi tak efektif
  3. Hipotermia
  4. Hipertermia

Sedangkan pada Domain :

11. Keselamatan/perlindungan

Kelas 1. Infeksi diagnosa keperawatan yang muncul::

1. Resiko infeksi

Dari data kasus diatas, maka diagnosis keperawatan yang cocok adalah:

1. Hipertermi sehubungan dengan proses penyakit
2. Resiko infeksi sehubungan dengan prosedur invasif pemasangan infus,pertahanan sekunder menurun

*(bisa ditambahkan diagnosa keperawatan lain sesuai hasil pengkajian. Keperawatan yang didapat)*

1. **Memilih Nursing Outcome Clasifficatioin (NOC)**

Setelah menetapkan diagnosa keperawatan yang tepat pada pasien, langkah selanjutnya adalah memilih *NOC* yang paling sesuai ddengan kondisi pasien.

Pada diagnosa keperawatan **Hipertermi, NOCs** yang muncul adalah:

* 1. NOC yang dianjurkan :
  2. **Thermoregulation (pengaturan suhu tubuh)**
  3. Thermoregulation: neonate (termoregulasi: neonatus)
  4. Vital sign status (status vital sign)
  5. Tambahan NOC yang berhubungan ;

1. Blood tranfusion reaction control (Control reaksi tranfusi darah)
2. Hydration (Hidrasi)
3. Immune status (Status immune)
4. Infection status (status infeksi)
5. Neurogical status (Status neurologi)
6. Safety behavior personal (Pengamanan perilaku personal)

*Dari semua NOCs diatas, maka NOCs yang tepat untuk kasus diatas adalah:*

1. *Termoregulasi*

Adapun indikator dan skala pengukuran untu NOC tersebut adalah:

**Termoregulasi:**

* Temperatur kulit sesuai yang diharapkan
* **Temperatur tubuh sesuai yang diharapkan**
* Tidak ada sakit kepala
* Tidak ada nyeri otot
* **Tidak ada perubahan warna kulit**
* Tidak ada tremor/gemetar
* **Nadi dalam batas normal**
* **Respirasi Rate dalam batas normal**
* Tidak ada irritability
* Berkeringat ketika panas
* Menggigil ketika dingin
* Hidrasi cukup
* Tidak mengantuk
* **Melaporkan kenyamanan suhu**
* dll

Skala:

*1. Sangat bermasalah*

*2. Bermasalah*

*3. Masalah Sedang*

*4. Masalah Ringan*

*5. Tidak Bermasalah*

Ket : NOCs yang cocok dan sesuai dengan kasus diatas adalah yang dicetak tebal.

Pada diagnosa keperawatan **Resiko infeksi, NOCs** yang muncul adalah:

* 1. NOC yang dianjurkan :

1. Dialysis access integrity
2. Immobility consequences: physiological
3. **Immune status**
4. Immunization behavior
5. Knowledge: infection control
6. Status nutrisi
7. **Risk control (kontrol resiko)**
8. Risk control: sexually transmitted diseases (STD)
9. Risk detection
10. Tissue integrity: skin&mucous membranes
11. treatment behavior: illnes or injury
12. Wound healing : primary intention
13. Wound healing ; secondary intention

Dari semua NOCs diatas, maka NOCs yang tepat untuk kasus diatas adalah:

* 1. Status imun
  2. Kontrol resiko

Adapun indikator dan skala pengukuran untu NOC tersebut adalah:

* 1. Status imun:

1. Tidak didapatkan infeksi berulang
2. Suhu tubuh dalam batas normal
3. WBC dalam batas normal
4. Berat badan sesuai yang diharapkan
5. Temperatur badan sesuai yang diharapkan
6. **Menentukan Nursing Intervention (NIC)**

Setelah menetapkan NOCs yang tepat, langkah selanjutnya adalah memilih *NIC* yang paling tepat sesuai kondisi pasien.

Diagnosis keperawatan **Hipertermi, NICs** yang dianjurkan adalah:

* + - **Fever treatment (penanganan demam)**
    - Malignant hypertermia precaution
    - Newborn care (perawatan bayi baru lahir)
    - **Temperature regulation (pengaturan suhu)**
    - Temperature regulation:intraoperative
    - **Vital sign monitoring**
    - Enviroment management (managemen lingkungan)
    - Fluid management (manajemen cairan)
    - Heat cold aplication (aplikasi panas dingin)
    - Skin monitoring (monitoring kulit)
    - Manajemen pengobatan
    - Kontrol infeksi
    - Pencegahan infeksi

Ket : NIC yang cocok dan sesuai dengan kasus diatas adalah yang dicetak tebal.

Adapun rincian aktivitas dari NICs label diatas yang sesuai dengan kasus diatas untuk ***Fever Treatment* (Penanganan Demam)**

**Definisi:** Pengelolaan pasien dengan hiperpireksia yang disebabkan oleh faktor non lingkungan.

**Aktifitas:**

1. **Monitor suhu tiap 6 jam atau sesuai indikasi**
2. Monitor intake dan output cairan
3. **Monitor warna dan suhu kulit**
4. **Monitor tekanan darah , nadi, dan RR**
5. Monitor aktivitas kejang
6. **Monitor WBC, Hb, Hmt.**
7. Monitor abnormalitas elektrolit, keseimbangan asam basa.
8. **Kolaborasi pemberian antipiretik**
9. Berikan *water tapid sponge*

***Temperature Regulation (pengaturan suhu):***

**Definisi:** Mencapai dan atau mengatur temperatur tubuhpada rentang normal.

**Aktifitas:**

1. **Monitor suhu minimal tiap 2 jam atau sesuai indikasi**
2. Rencanakan monitoring suhu secara kontinyu
3. **Monitor TD, nadi, RR**
4. **Monitor warna dan suhu kulit**
5. **Monitor tanda-tanda hipertermi dan hipotermi**
6. **Tingkatkan intake cairan dan nutrisi**
7. Ajarkan pada klien cara mencegah keletihan akibat panas
8. Beritahukan tentang indikasi terjadinya keletihan dan penanganan kedaruratan yang diperlukan
9. **Kelola pemberian anti piretik jika perlu**
10. Dll

Diagnosis keperawatan **Resiko infeksi, NICs** yang dianjurkan adalah:

* + Circulatory care : arterial insufficiency
  + Helath screening
  + Immunication/vaccination management
  + **Infection control**
  + **Infection protection**
  + Incision site care : cleansing
  + Teaching : safe sex
  + Teaching : sexuality
  + Wound care

*Ket : NIC yang cocok dan sesuai dengan kasus diatas adalah yang dicetak tebal.*

Adapun rincian aktivitas dari NICs label diatas yang sesuai dengan kasus diatas adalah **Infection Control (Kontrol Infeksi)**

**Definisi** : Meminimalkan mendapatkan infeksi dan transmisi agen infeksi

**Aktivitas :**

1. **Bersihkan lingkungan**
2. **Batasi pengunjung bila perlu**
3. **Instruksikan pada pengunjung untuk mencuci tangan saat berkunjung dan setelah berkunjung meninggalkan pasien**
4. **Gunakan sabun antimikrobia untuk cuci tangan**
5. **Cuci tangan setiap sebelum dan sesudah tindakan keperawatan**
6. **Gunakan alat perlindungan diri sesuai protap.**
7. **Pertahankan lingkungan aseptik selama pemasangan alat**
8. **Ganti letak IV perifer dan *line central* dan dressing sesuai dengan petunjuk umum**
9. Gunakan kateter intermitten untuk menurunkan infeksi kandung kencing
10. **Tingkatkan intake nutrisi**
11. **Kelola terapi antibiotik bila perlu**
12. dll

*Ket : Aktivitas untuk NIC yang cocok dan sesuai dengan kasus diatas adalah yang dicetak tebal.*

Adapun rincian aktivitas dari NICs label diatas yang sesuai dengan kasus diatas adalah **Infection Protection (Proteksi Infeksi)**

**Definisi** :Pencegahan dan deteksi dini infeksi pada pasien yang beresiko

**Aktivitas** :

1. **Monitor tanda dan gejala infeksi sistemik dan lokal**
2. **Monitor hasil laboratorium seperti: hitung granulosit, WBC**
3. Monitor kerentanan terhadap infeksi
4. **Batasi pengunjung**
5. Hindari pengunjung yang berpenyakit menular
6. Partahankan teknik asepsis pada pasien yang beresiko
7. **Pertahankan teknik universal precaution**
8. Berikan perawatan kulit pada area epidema
9. **Inspeksi kulit dan membran mukosa terhadap kemerahan, panas, drainase**
10. Diskusikan pengambil kultur (usap nasofaring, darah, sensitivitas kuman).
11. **Dorong masukkan nutrisi, cairan, dan istirahat yang cukup**
12. Monitor perubahan tingkat energi
13. **Dorong peningkatan mobilitas dan latihan**
14. **Kelola minum antibiotik sesuai program medik**
15. **Ajarkan pasien dan keluarga tanda dan gejala infeksi**
16. **Laporkan kecurigaan infeksi**
17. Laporkan kultur positif
18. dll

Ket : Aktivitas untuk NIC yang cocok dan sesuai dengan kasus diatas adalah yang dicetak tebal.

1. **Melaksanakan Nursing Intervention (NIC)**

Lakukan sesuai standar operasional prosedur (SOP)

Sesuai dengan perencenaan yang telah ditentukan

1. **Melakukan Evaluasi Keperawatan**

**NOC : Termoregulasi**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Skala:  *1. Sangat bermasalah*  *2. Bermasalah*  *3. Masalah Sedang*  *4. Masalah Ringan*  *5. Tidak Bermasalah* | Date/time | | | | |
| **Kriteria hasil/indikator** | 12-9-18 | 13-9-18 | 14-9-18 | 15-9-18 | 16-9-18 |
| Temperatur tubuh sesuai yang diharapkan | 2 | 2 | 3 | 2 |  |
| Melaporkan kenyamanan suhu | 1 | 2 | 3 | 2 |  |
| Nadi dalam batas normal | 5 | 5 | 5 | 5 |  |
| Respirasi Rate dalam batas normal | 4 | 5 | 5 | 5 |  |
| Paraf/initial | arini | arini | arini | arini |  |

Contoh pendokumentasian NANDA NOC dan NIC (dari Greiner,J., Shelsky, C Stenger, K&Crom, 2002)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Date/time/initial** | **Date/time/initial** | | **Diagnosa Keperawatan (NANDA):**  ( ) | | | | | | | |
| **Tanda gejala yang muncul** | | | | | **Faktor penyebab** | | | | | |
| -  - | | | | | -  - | | | | | |
| **Date/time/initial** | **Nursing Interventions (NIC)** | | | **Aktivitas** | | | | | | |
|  | 1. | | | 1.  2.  Dst | | | | | | |
|  | 2. | | | 1.  2.  Dst | | | | | | |
| **Outcome/Hasil yang diharapkan pasien** | | | | | | | **Hari/Tgl (skala/inisial perawat)** | | | |
| **-** | | | | | | | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Definisi skala : | 1 | 2 | | 3 | 4 | 5 |
| Indikator:  -  - |  |  | |  |  |  | 5 | 6 | 7 | 8 |

**Lembar jawaban pretest posttest**

1. **Bagian Pengkajian**

ABCDD

1. **Bagian diagnosis keperawatan**
2. B C B C
3. **Bagian Perencanaan**

ECDEC

1. **Bagian Pelaksanaan**

CDB

1. **Bagian Evaluasi**

ADCEB

### \*\*\*\*\*