

BLOK NURSING PROCESS (NS 113)

Koordinator:

Rahmah., M.Kep., Ns, Sp.Kep.,An

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KEDOKTERAN DAN ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH YOGYAKARTA
2013/2014**

GAMBARAN BLOK

Blok *Nursing Process* merupakan blok ketiga di tahun pertama dari kurikulum blok PBL Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan UMY. Bahan kajian utama dalam blok ini tentang proses asuhan keperawatan.

Pembahasan utama dalam blok ini mengenai proses keperawatan mulai dari tahap pengkajian, rencana keperawatan sampai dokumentasi keperawatan, perspektif, falsafah keperawatan, ruang lingkup dan trend issue pada keperawatan komunitas, maternitas, anak, dewasa, pendidikan kesehatan yang dapat diaplikasikan pada pelayanan keperawatan. Beberapa kegiatan pembelajaran yang dilakukan adalah kuliah, diskusi tutorial, dan praktikum, field trip

DAFTAR ISI

1.	Halaman judul	.....	1
2.	Gambaran Blok	.....	2
3.	Daftar Isi	.....	3
4.	Area Kompetensi	.....	4
5.	Kompetensi Blok	.....	4
6.	Kegiatan Pembelajaran	.....	5
7.	Metode Evaluasi	.....	6
8.	Nilai Blok	.....	6
9.	Cetak biru penilaian	.....	7
10.	Fasilitas	.....	7
11.	Daftar Pustaka	.....	8
12.	Suplemen	.....	9

AREA KOMPETENSI
BLOK NURSING PROCESS (4 SKS ; 2 SKS Kuliah, 1 SKS tutorial, 1 SKS praktikum)

Kompetensi Utama:

- a. Mampu merumuskan asuhan keperawatan
- b. Mampu merumuskan pendidikan kesehatan pada klien
- c. Mampu menganalisa dan berfikir kritis dan mengambil keputusan
- d. Mampu melakukan komunikasi terapeutik

Kompetensi Pendukung:

Mampu menerapkan teknologi informasi dalam menunjang profesionalisme
Mampu melakukan komunikasi terapeutik, **Islamic**

Kompetensi lainnya:

Mampu menganalisa dan berfikir kritis

KOMPETENSI BLOK

Setelah mengikuti Blok *Nursing Process*, diharapkan mahasiswa mampu:

1. Mendemonstrasikan pengkajian keperawatan.
2. Merumuskan diagnosa keperawatan.
3. Merumuskan tujuan keperawatan.
4. Merumuskan intervensi keperawatan.
5. Merumuskan evaluasi keperawatan.
6. Melakukan dokumentasi keperawatan.
7. Mengetahui perspektif dan falsafah proses keperawatan.
8. Mengetahui ruang lingkup keperawatan.
9. Mengetahui trend dan isu keperawatan.
10. Membuat rancangan pembelajaran kesehatan bagi klien.

KEGIATAN PEMBELAJARAN

A. TOPIK KULIAH

No	Tgl	Topik	Sub Topik	Dosen
1		Over view blok /kontrak belajar		Rahmah
		Proses keperawatan	Proses pengkajian – dokumentasi	Rahmah
2		Pengkajian keperawatan	<ul style="list-style-type: none"> a. Overview proses pengkajian keperawatan b. Langkah-langkah pengkajian keperawatan. c. Hubungan antara perfikir kritis dengan pengkajian d. Membedakan antara data subjektif dan data objektif e. Tujuan dari wawancara klien f. Penggunaan tehnik wawancara untuk membantu klien menceritakan penyakitnya g. Komponen riwayat keperawatan h. Hubungan antara pengumpulan data dan analisis data i. Perbedaan antara pengkajian secara fokus, komprehensif dan berdasarkan masalah j. Hubungan antara interpretasi data, validasi dan pengelompokan data 	Nurul hidayah,M.Nurs
3		Diagnosis keperawatan	<ul style="list-style-type: none"> a. Membedakan antara diagnosis keperawatan, medis dan masalah kolaborasi b. Hubungan cara berpikir kritis terhadap proses diagnosis keperawatan c. Langkah-langkah proses diagnosis keperawatan d. Menjelaskan manfaat penggunaan diagnosis keperawatan dalam praktik e. Sumber-sumber kesalahan dalam diagnosis f. Diagnosis keperawatan dari pengkajian keperawatan 	Erfin firmawati,MNS

4		Perencanaan asuhan Keperawatan	<ul style="list-style-type: none"> a. Hubungan antara perencanaan, dengan pengkajian dan diagnosis keperawatan b. Kriteria yang digunakan pada penetapan prioritas. c. Penetapan tujuan d. Perbedaan antara tujuan dan hasil yang diharapkan e. Tujuh pedoman dalam menuliskan pernyataan hasil f. Rencana pelayanan berdasarkan pengkajian keperawatan g. Perbedaan antara tindakan perawat, dokter dan kolaborasi h. Proses pemilihan intervensi keperawatan i. Tujuan dari rencana asuhan keperawatan tertulis 	Erfin firmawati,MNS
5		Implementasi keperawatan	<ul style="list-style-type: none"> a. Hubungan antara implementasi dengan proses diagnostik keperawatan b. Perbedaan antara protokol dan peraturan tetap c. Hubungan antara berpikir kritis dan pemilihan intervensi keperawatan d. Persiapan yang dilakukan sebelum implementasi e. Langkah revisi rencana perawatan sebelum melaksanakan implementasi f. Tiga keterampilan implementasi g. Perbedaan antara tindakan keperawatan langsung dan tidak langsung h. Memilih intervensi yang sesuai untuk klien 	
6		Evaluasi keperawatan	<ul style="list-style-type: none"> a. Hubungan antara berpikir kritis dan evaluasi b. Lima unsur proses evaluasi c. Hubungan antara tujuan pelayanan, hasil yang diharapkan dan kriteria evaluasi saat melakukan evaluasi asuhan keperawatan d. Contoh tindakan evaluasi untuk menentukan kemajuan klien e. Evaluasi kumpulan tindakan keperawatan yang dipilih untuk klien f. Bagaimana evaluasi dapat menghentikan, merevisi atau memodifikasi rencana pelayanan. g. Hubungan antara evaluasi dan peningkatan kualitas 	

		Dokumentasi dan informasi keperawatan	<ul style="list-style-type: none"> a. Komunikasi multi disiplin dalam timpelayanan kesehatan b. Tujuan rekaman pelayanan kesehatan c. Pedoman hukum untuk dokumentasi d. Memelihara kerahasiaan rekaman dan laporan e. Lima pedoman kualitas untuk dokumentasi dan pelaporan f. Hubungan antara dokumentasi dan penggantian biaya pelayanan kesehatan g. Metode penyimpanan rekaman h. Keuntungan dokumentasi terstandarisasi i. Unsur yang harus disertakan dalam dokumentasi pemulangan klien j. Aspek penting dalam dokumentasi perawatan rumah dan jangka panjang k. Tujuan dan isi dari laporan pergantian giliran jaga l. Cara melakukan verifikasi instruksi telepon 	Novita kurnia sari.M. Kep
9		Konsep keperawatan, falsafah dan tren issue keperawatan	Falsafah dan perspektif keperawatan serta ruang lingkup keperawatan komunitas	Nurul hidayah.MNurs
10			Falsafah dan perspektif keperawatan serta ruang lingkup keperawatan anak	Ferika Indarwati, M.Ng
11			Falsafah dan perspektif keperawatan serta ruang lingkup keperawatan dewasa	Erfin firmawati, MNS
			Falsafah dan perspektif keperawatan serta ruang lingkup keperawatan maternitas	NurAzizah I
12			Tren issue dalam keperawatan komunitas(presentasi)	Nurul hidayah.MNurse
13			Tren issue dalam keperawatan anak (presentasi)	Ferika Indarwati, M.Ng
14			Tren issue dalam keperawatan dewasa (presentasi)	Erfin firmawati.MNS
			Tren issue dalam keperawatan maternitas (presentasi)	NurAzizah
16		Pendidikan kesehatan klien	<ul style="list-style-type: none"> a. Identifikasi Topik yang tepat bagi kebutuhan edukasi kesehatan klien b. Persamaan dan perbedaan 	Lisa Musharyanti,M.Med.ED

			<p>antara pengajaran dan pembelajaran</p> <p>c. Peran perawat dalam edukasi klien</p> <p>d. Tujuan edukasi klien</p> <p>e. Prinsip komunikasi saat melakukan edukasi klien</p> <p>f. Deskripsi dan identifikasi area pembelajaran dan prinsip belajar dasar</p> <p>g. Perbedaan antara Faktor penentu kesiapan belajar dengan kemampuan belajar</p> <p>h. Perbedaan proses keperawatan dan pengajaran</p> <p>i. Tujuan pembelajaran pada rencana pengajaran</p> <p>j. Lingkungan yang mendukung pembelajaran</p> <p>k. Menyertakan klien dalam pembelajaran saat melakukan tindakan keperawatan rutin</p> <p>l. Metode evaluasi pembelajaran yang tepat</p>	
		Presentasi Media		

B. TOPIK TUTORIAL

No	Topik	Durasi
1	Pengkajian – diagnosis keperawatan	2 x 120 menit
2	Perencanaan keperawatan	2 x 120 menit
3	Pendidikan kesehatan	2 x 120 menit

C. TOPIK PRAKTIKUM

No	Topik	Tempat	Durasi
1	Pengkajian fisik head to toe pada dewasa	Skill Lab	120 menit
2	Pengkajian fisik tanda-tanda vital	Skill Lab	120 menit
3	Pengkajian : wawancara/pola Gordon	Skill Lab	120 menit
4	Analisa data dan menetapkan diagnose keperawatan (petunjuk penggunaan NANDA)	Skill Lab	120 menit
5	Petunjuk penggunaan NOC NIC	Skill Lab	120 menit
6	Aplikasi NOC NIC	Skill Lab	120 menit

7	Presentasi media	R.tutorial	120 menit
8	Field trip proses keperawatan	PKU 2	120 menit
9	Field trip trend issue		

METODE EVALUASI

Evaluasi yang digunakan adalah evaluasi proses (formatif) dan evaluasi akhir (sumatif) terdiri dari ujian blok, , tutorial, dan nilai praktikum. Syarat untuk dapat mengikuti ujian praktikum maupun ujian blok adalah dengan kehadiran minimal sebagai berikut:

- a. Kuliah : 75%
- b. Tutorial : 75 %
- c. Skill Lab : 100 %

NILAI BLOK

Nilai Blok terdiri dari beberapa komponen yaitu:

- 40% MCQ
- 30% Tutorial
- 30% praktikum

FASILITAS

Prodi Ilmu Keperawatan FKIK UMY telah dilengkapi fasilitas pendukung pembelajaran yang terdiri dari :

- a. Amphiteater untuk perkuliahan yang dilengkapi dengan komputer, LCD projector, audio recorder, internet
- b. Ruang kuliah ber-AC untuk perkuliahan yang dilengkapi dengan komputer, LCD projector, audio recorder, internet
- c. 15 ruang tutorial untuk *small group discussion* (SGD) dengan kapasitas 12-15 mahasiswa. Ruang tutorial dilengkapi dengan mini perpustakaan, peralatan audiovisual, internet
- d. Mini hospital dan laboratorium komunikasi
- e. 6 laboratorium
- f. 1 ruang perpustakaan PBL bersama
- g. Hot-spot area

DAFTAR PUSTAKA

- a. Ellis, RB, Gates, B, Kenworthy, n (2003). *Interpersonal Communication in Nursing: Theory and Practice*. Elsevier.
- b. Kozier, B. (2008). *Fundamental of nursing: concept, process and practice*. Pearson Education.
- c. Potter and Perry, 2010. *Fundamentals of Nursing Concept, Theory and Practice*. Philadelphia: Mosby Year Book.

SUPLEMEN

1. **Petunjuk Teknis Tutorial**
2. **Skenario Tutorial**
3. **Panduan SKILL LAB**

1. PETUNJUK TEKNIS TUTORIAL

SEVEN JUMP	<ol style="list-style-type: none">1. <i>Clarifying unfamiliar terms</i>2. <i>Problem definition</i>3. <i>Brainstorming</i>4. <i>Analyzing the problem</i>5. <i>Formulating learning issue</i>6. <i>Self study</i>7. <i>Reporting</i>
-------------------	--

Proses tutorial menggunakan metode seven jump dalam menganalisa skenario, meliputi:

1. *Clarifying unfamiliar terms*/ mengklarifikasi istilah atau konsep : istilah-istilah dalam skenario yang belum jelas atau menyebabkan timbulnya banyak interpretasi perlu ditulis dan diklarifikasi lebih dulu dengan bantuan kamus keperawatan, kamus kedokteran, tutor.
2. *Problem definition*/mendefinisikan permasalahan: masalah-masalah yang ada dalam skenario diidentifikasi dan dirumuskan dengan jelas berisi pertanyaan-pertanyaan.
3. *Brainstorming*: langkah ini berisi jawaban singkat atau hipotesis dari pertanyaan pada langkah ke-2
4. *Analyzing the problem*/menganalisis masalah : masalah-masalah yang telah ditetapkan dianalisa dengan membuat skema atau bagan yang merupakan alat untuk menghubungkan pemahaman mahasiswa dalam kelompok tersebut.. Pada langkah ini setiap anggota kelompok dapat mengemukakan penjelasan tentative, mekanisme, hubungan sebab akibat dan lain-lain tentang permasalahan.
5. *Formulating learning issue*/menetapkan tujuan belajar: informasi yang dibutuhkan untuk menjawab permasalahan dirumuskan dan disusun sistematis sebagai tujuan belajar.
6. *Self study*/mengumpulkan informasi tambahan (belajar mandiri) : kebutuhan pengetahuan yang ditetapkan sebagai tujuan belajar untuk memecahkan masalah dalam belajar mandiri dapat dilakukan dengan mengakses informasi melalui internet, jurnal, perpustakaan, kuliah dan konsultasi pakar.
7. *Reporting*/mensintesis/menguji informasi baru : mensintesis, mengevaluasi dan menguji informasi baru hasil belajar mandiri setiap anggota kelompok

Setiap skenario diselesaikan dalam satu minggu dengan dua kali pertemuan skenario dimana langkah 1s/d 5 dilaksanakan pada pertemuan pertama, langkah 6 dilakukan diantara pertemuan pertama dan kedua. Langkah 7 dilaksanakan pada pertemuan ke2.

Tutor yang bertugas sebagai fasilitator akan mengarahkan diskusi dan membantu mahasiswa dalam cara memecahkan masalah tanpa harus menjelaskan penjelasan atau kuliah mini.

Ketua diskusi memimpin diskusi dengan memberikan kesempatan setiap anggota kelompok untuk dapat menyampaikan ide dan pertanyaan, mengingatkan bila ada anggota kelompok yang mendominasi serta memancing anggota kelompok yang pasif selama proses diskusi. Ketua dapat mengakhiri brainstorming bila dirasa sudah cukup dan melihat bersama sekretaris apakah semua hal yang penting sudah dicatat/didokumentasikan. Ketua dibantu sekretaris menulis hasil diskusi pada white board/flipchart.

Dalam diskusi tutorial perlu dimunculkan learning atmosphere, keterbukaan dan kebersamaan yang kuat. Mahasiswa bebas mengemukakan pendapatnya tanpa khawatir dianggap salah, diremehkan atau tidak bermutu oleh teman-temannya, karena metode tutorial ini mengedepankan proses atau langkah2 yang hrs dicapai dlm pemecahan masalah bukan benar tidaknya jawaban yang dihasilkan.

Metode tutorial ini menuntut mahasiswa secara aktif dalam mencari informasi atau belajar mandiri untuk memecahkan masalah.

2. SKENARIO TUTORIAL

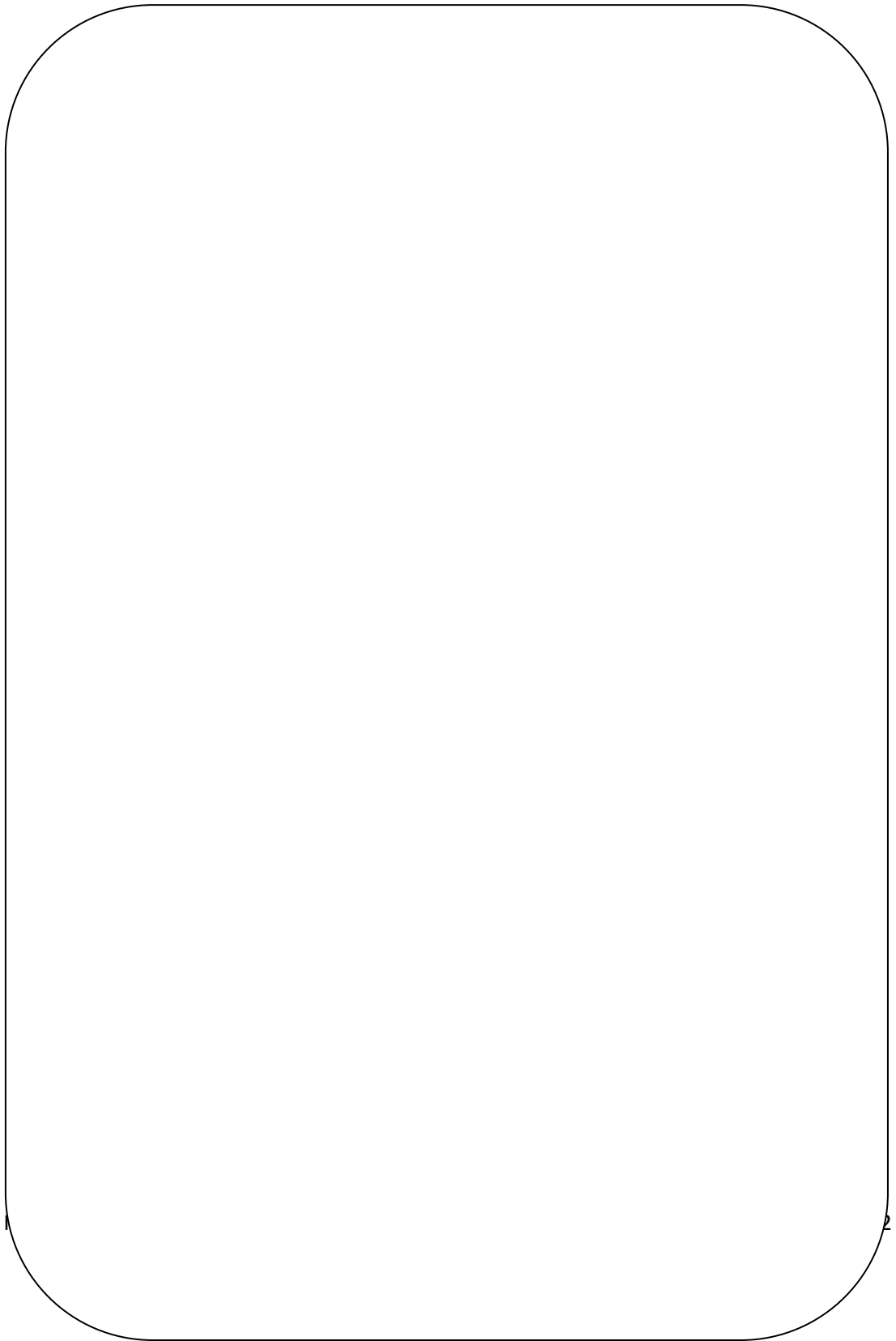
Tujuan Umum Pembelajaran Skenario 1:

Setelah melakukan tutorial ini, mahasiswa dapat menjelaskan dan memahami tentang konsep pengkajian dan diagnosa keperawatan

Skenario 1

Mahasiswa keperawatan PSIK FKIK UMY ditugaskan untuk berkunjung ke sebuah rumahsakit di Yogyakarta. Saat di rumahsakit mahasiswa memperhatikan pengkajian yang dilakukan oleh perawat. Pada saat itu seorang wanita, karyawan swasta, usia 38 tahun mengeluh kepada perawat bahwa ia mengalami kesulitan tidur. Berdasarkan hasil pengkajian perawat, data subjektif yang di dapatkan bahwa wanita tersebut telah menikah dan memiliki dua anak usia sekolah. Untuk mendapatkan data objektif perawat tersebut merencanakan untuk melakukan pemeriksaan fisik. Perawat membutuhkan data subjektif dan data objektif untuk menentukan diagnosa keperawatan.

Diskusikan skenario tersebut dengan langkah seven jump!



Tujuan Umum Pembelajaran Skenario 2:

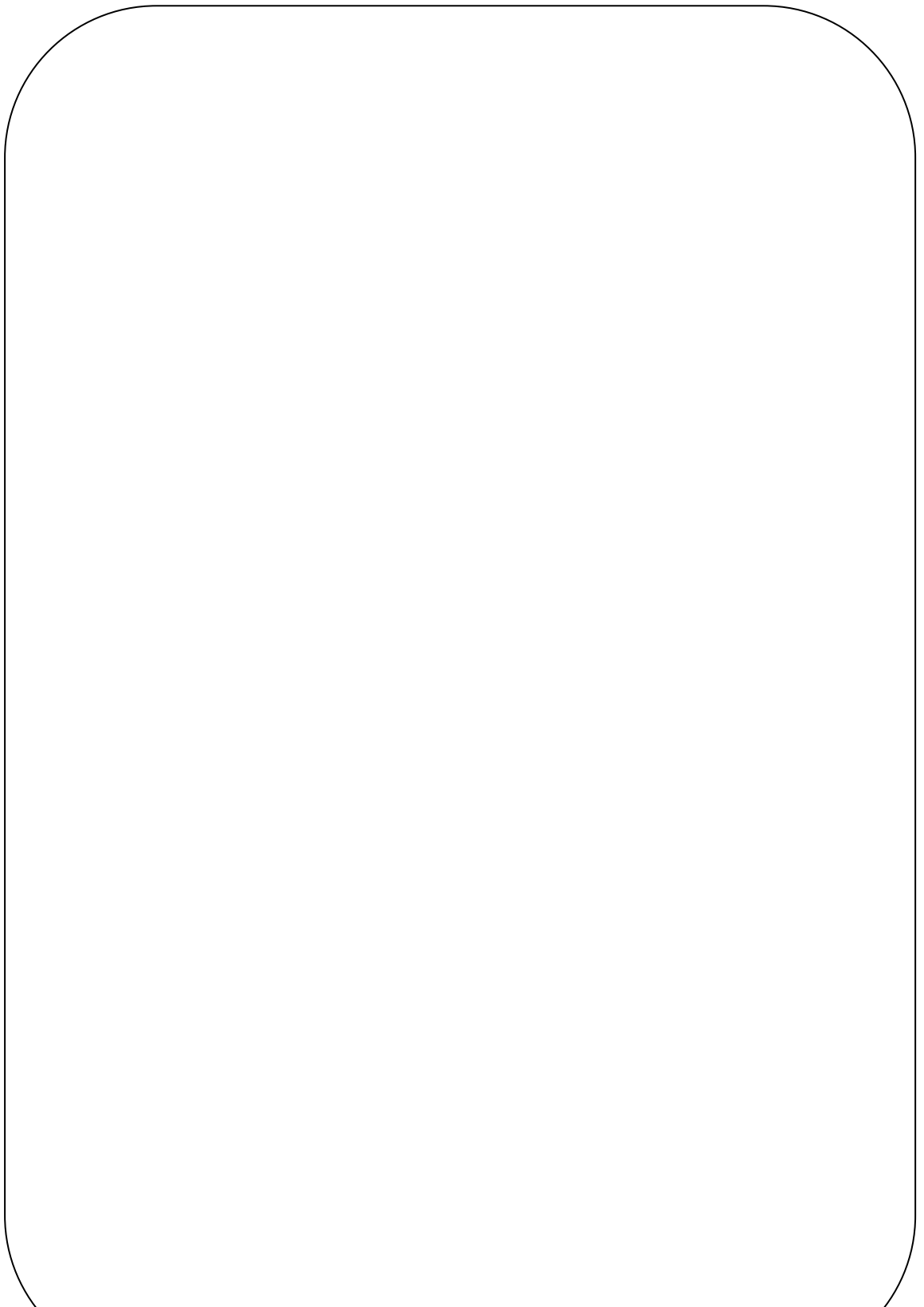
Setelah melakukan tutorial ini, mahasiswa dapat menjelaskan dan memahami tentang konsep rencana asuhan keperawatan (tujuan, intervensi dan kriteria evaluasi keperawatan)

Skenario 2

Mahasiswa keperawatan PSIK FKIK UMY ditugaskan untuk berkunjung ke sebuah rumahsakit di Yogyakarta. Saat di rumahsakit mahasiswa memperhatikan pengkajian yang dilakukan oleh perawat. Pada saat itu seorang wanita, karyawan swasta, usia 38 tahun mengeluh kepada perawat bahwa ia mengalami kesulitan tidur. Berdasarkan hasil pengkajian perawat, data subjektif yang di dapatkan bahwa wanita tersebut telah menikah dan memiliki dua anak usia sekolah. Untuk mendapatkan data objektif perawat tersebut merencanakan untuk melakukan pemeriksaan fisik. Perawat membutuhkan data subjektif dan data objektif untuk menentukan diagnosa keperawatan.

Dari hasil kunjungan tersebut mahasiswa diminta untuk membuat perencanaan asuhan keperawatan pada pasien tersebut berdasarkan NOC, NIC, dan referensi lain tentang perencanaan asuhan keperawatan serta menetapkan kriteria evaluasi yang akan dicapai dalam asuhan keperawatan tersebut.

Diskusikan skenario tersebut dengan langkah seven jump!



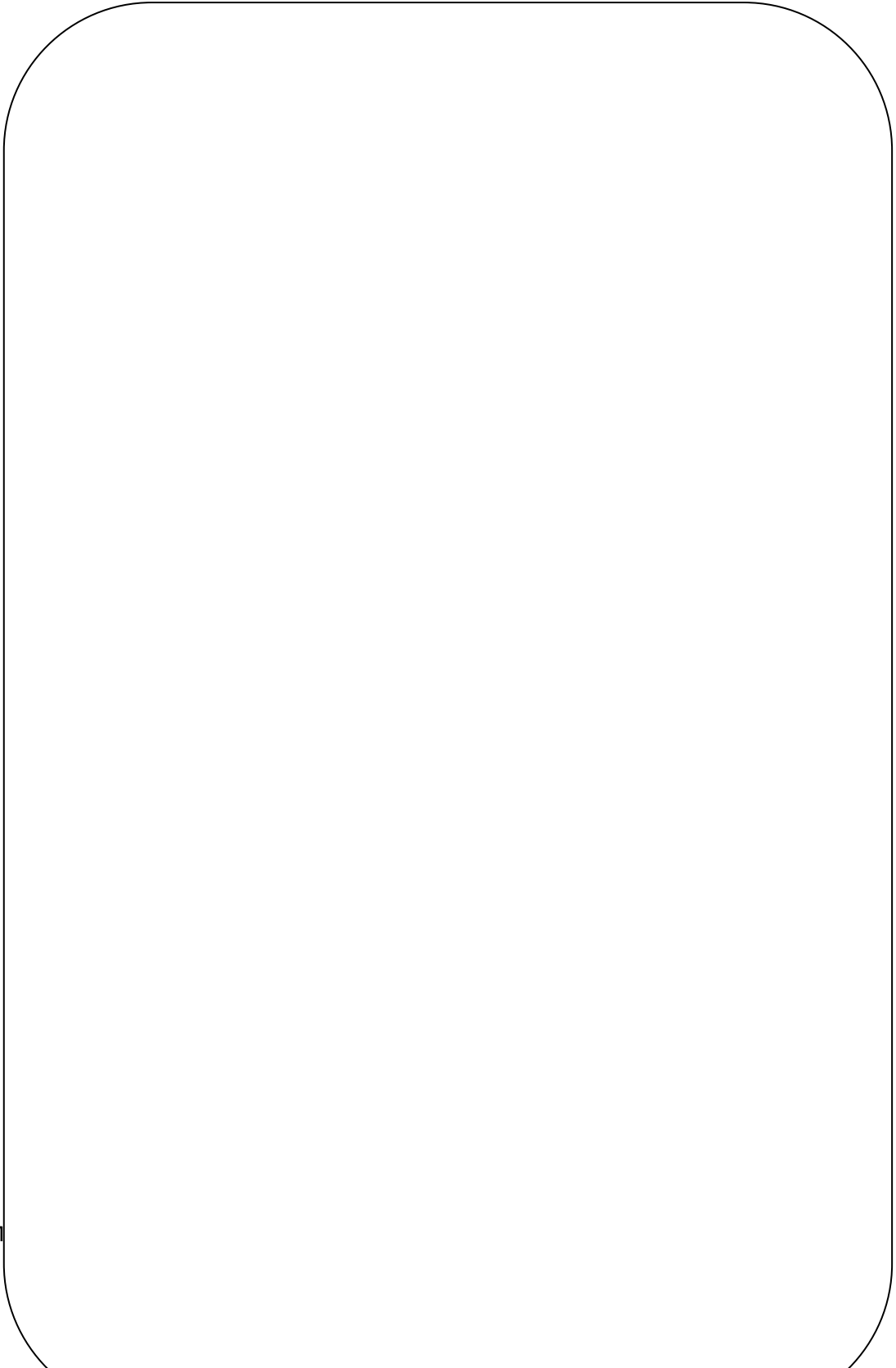
Tujuan Umum Pembelajaran Skenario 3:

Setelah melakukan tutorial ini, mahasiswa dapat menjelaskan dan memahami tentang konsep pendidikan kesehatan dalam keperawatan

Skenario 3

Seorang perawat melakukan pengkajian pada pasien laki-laki usia 55 tahun. Istrinya menyatakan bahwa suaminya merokok 1 bungkus per hari. Perawat merencanakan untuk memberikan pendidikan kesehatan pada pasien dan keluarga mengenai bahaya merokok. Sebelum melakukan pendidikan kesehatan perawat terlebih dahulu membuat rancangan pendidikan kesehatan

Diskusikan skenario tersebut dengan langkah seven jump!



M

PANDUAN PRAKTIKUM



PENGAJIAN KEPERAWATAN

(NURSING ASSESSMENT)

Tujuan Instruksional :

Setelah mengikuti praktikum ini, mahasiswa dapat melakukan pengkajian keperawatan dengan menggunakan pendekatan pola kesehatan fungsional.

Skenario

Mahasiswa keperawatan PSIK FKIK UMY ditugaskan untuk berkunjung ke sebuah rumahsakit di Yogyakarta. Saat di rumahsakit mahasiswa memperhatikan pengkajian yang dilakukan oleh perawat. Pada saat itu seorang wanita, karyawan swasta, usia 38 tahun mengeluh kepada perawat bahwa ia mengalami kesulitan tidur. Berdasarkan hasil pengkajian perawat, data subjektif yang di dapatkan bahwa wanita tersebut telah menikah dan memiliki dua anak usia sekolah. Untuk mendapatkan data objektif perawat tersebut merencanakan untuk melakukan pemeriksaan fisik. Perawat membutuhkan data subjektif dan data objektif untuk menentukan diagnosa keperawatan.

Pertanyaan minimal :

1. Apa yang harus dikaji untuk medapatkan data yang lengkap dari klien ?

2. Pemeriksaan apa saja yang harus dilakukan untuk mendapatkan data yang lengkap dari klien?

NURSING ASSESSMENT

Tahap pertama dari proses keperawatan dinamakan pengkajian, yaitu mengumpulkan data untuk tujuan keperawatan melalui observasi, wawancara, pemeriksaan fisik dan intuisi seorang perawat. Data dapat diambil dari berbagai sumber antara lain klien, anggota keluarga, rekam medis, anggota tim kesehatan lain, juga review literatur.

Tujuan dilakukannya pengkajian keperawatan adalah untuk mengumpulkan data klien (individu, keluarga, komunitas) yang dapat digunakan untuk menentukan diagnosa, mengidentifikasi hasil, merencanakan, dan mengimplementasikan asuhan keperawatan.

Pengkajian dilakukan untuk beberapa alasan dibawah ini:

- Mendapatkan informasi awal dari klien langsung
- Menemukan fungsi normal klien
- Menemukan resiko disfungsi klien
- Menemukan ada atau tidak adanya disfungsi
- Menemukan kekuatan klien
- Menyediakan data untuk menentukan diagnosa

Aktivitas yang dilakukan pada saat melakukan pengkajian antara lain :

- Mengumpulkan data
- Memvalidasi data
- Mengkoordinasi data

Persiapan yang dilakukan untuk melakukan pengkajian

Tipe Data

Berbagai macam pengkajian dapat dilakukan tergantung pada situasi klinik, status klien, waktu yang tersedia, dan tujuan dari pengumpulan data. Beberapa tipe pengkajian dapat dilihat dari tabel dibawah ini :

Tipe	Tujuan	Kerangka waktu

<i>Initial assessment</i>	Identifikasi awal fungsi normal, status fungsional dan mengumpulkan data actual maupun potensial terjadinya disfungsi	Dalam rangka waktu yang spesifik setelah klien masuk sebuah rumah sakit maupun tempat perawatan lainnya
<i>Focus assessment</i>	Menentukan status masalah khusus yang ditemukan pada pengkajian sebelumnya	Selama proses, terintegrasi dengan asuhan keperawatan , beberapa menit sampai beberapa jam
<i>Time-lapses reassessment</i>	Membandingkan status kesehatan klien saat ini dengan data yang ditemukan sebelumnya, mendeteksi perubahan pada semua pola kesehatan fungsional	Beberapa bulan (3, 6, 9 bulan atau lebih)
<i>Emergency assessment</i>	Mengidentifikasi situasi yang mengancam jiwa	Kapan saja saat terjadi krisis fisiologis, psikologis, atau emosional

Pengaturan dan Kondisi Lingkungan

Pengkajian dapat dilakukan disemua tempat dimana seorang ners dapat memberikan asuhan keperawatan kepada klien dan anggota keluarganya. Kenyamanan fisik klien membantu saat dilakukannya pengambilan data, walaupun pengkajian seharusnya dijadwalkan pada waktu yang tepat, misalnya saat klien tidak sedang kelelahan, lapar atau nyeri.

Ners harus mengetahui bahwa lingkungan yang sangat mendukung didaptkannya data secara akurat dan lengkap.

- Pengkajian sangat baik dilakukan di ruangan yang tenang dan terjaga privasinya sehingga memungkinkan untuk mendiskusikan hal-hal yang sensitif, personal dan rahasia.
- Pengunjung dan anggota keluarga dimohon untuk meninggalkan ruangan untuk sementara waktu selama dilakukannya pengkajian.
- Minimalkan distraksi seperti adanya televisi, radio, pengumuman melalui pengeras suara, ruangan yang terlalu dingin atau terlalu panas.
- Pindahkan klien ke tempat yang memungkinkan jika ruangan tidak bisa dimodifikasi.

Tehnik untuk Melakukan Pengkajian

Agar mendapatkan data yang komprehensif, ners harus menggunakan bermacam-macam tehnik untuk mengkaji klien dan anggota keluarganya. Membaca referensi

tentang macam-macam tehnik melakukan pengkajian dapat membantu, namun pengalaman klinik dan praktek menggunakan macam-macam tehnik yang dapat meningkatkan keahlian melakukan pengkajian keperawatan.

Ners menggunakan ketrampilan klinik dalam melakukan observasi, wawancara, pemeriksaan fisik, dan intuisi untuk mengkaji klien dalam berbagai kondisi. Ners menggunakan ketrampilan ini secara terus menerus ketika mengkaji klien. Sebagai contoh, selama melakukan wawancara dengan klien, ners mengajukan beberapa pertanyaan, mengobservasi klien, mendengarkan jawaban klien, dan menyimpan informasi rohaniyah untuk eksplorasi kedepan selama melakukan pemeriksaan fisik.

Ketrampilan klinik yang dilakukan untuk melakukan pengkajian :

1. Observasi

- Penglihatan
Kemampuan seorang ners untuk melihat klien merupakan kata kunci. Apakah klien menunjukkan tanda-tanda distress atau ketidaknyamanan? Apakah klien bias duduk nyaman di atas kursi roda atautkah klien hanya terbaring di tempat tidur? Bagaimanakah ukuran berat badan dan status nutrisi klien? Apakah klien kelebihan berat badan, obesitas, berat badan normal atau kurus?
- Penghidu
Indra yang paling tajam adalah penghidu, digunakan juga untuk melakukan observasi pada klien. Bau badan atau bau nafas mengidentifikasi adanya gangguan fungsi tubuh. Sebagai contoh, bau nafas yang busuk bisa terjadi karena adanya infeksi oral atau infeksi pulmoner.
- Pendengaran
Observasi meliputi kemampuan ners untuk mendengarkan semua perkataan klien. Kemampuan klien menyebutkan siapa namanya, dimana dia berada sekarang dan menyebutkan wakt yang relevan dapat digunakan untuk menentukan nilai GCS dan kesadaran klien. Anggota keluarga klien dapat dimintai klarifikasi data yang diberikan klien.
- Sentuhan
Sentuhan digunakan ketika menyambut klien (dengan bersalaman), untuk melengkapi komunikasi nonverbal dan meraba suhu badan serta kelembaban kulit klien.

2. Wawancara

Wawancara dibagi menjadi 4 fase: pra interaksi, fase orientasi, fase kerja dan fase terminasi

- Fase Pra Interaksi
Dilakukan sebelum perawat bertemu dengan klien. Selama fase ini melakukan :

- Review informasi yang sudah ada tentang klien
 - Memutuskan data apa yang dibutuhkan dan bentuk pengumpulan data yang akan digunakan
 - Review literature yang berhubungan dengan usia perkembangan klien, aspek psikososial dan perkembangan patologis jika diperlukan
 - Mengkaji perasaan atau reaksi klien sebelumnya yang mungkin bias berpengaruh terhadap hubungan perawat-klien
 - Mencari teman dari perawat yang lebih berpengalaman jika khawatir tentang jalannya wawancara
 - Rencanakan sebuah wawancara yang bersifat pribadi dengan lingkungan yang tenang, terjadwal pada waktu yang paling nyaman untuk klien, dan waktu yang cukup untuk pengumpulan data
 - Modifikasi lingkungan untuk memfasilitasi wawancara
- Fase Orientasi
- Fase ini dimulai ketika perawat bertemu dengan klien. Selama fase orientasi, lakukan hal-hal seperti dibawah ini:
- Perkenalkan nama dan jabatan anda, jelaskan tujuan dilakukannya wawancara
 - Mulailah dengan hubungan yang menyenangkan dengan klien, hubungan ini diperlukan untuk membina hubungan saling percaya
 - Perhatikan tingkah laku klien, dengarkanlah klien dengan penuh perhatian untuk mengetahui persepsi diri klien dan cara klien mengatasi masalah kesehatannya
 - Beritahu klien kapan hubungan antara perawat-klien akan berakhir
 - Beritahu klien bahwa informasi yang dikumpulkan ini akan digunakan untuk mengatasi masalah kesehatannya
 - Mulailah dengan pertanyaan yang spesifik, pendek dan mudah
- Fase Kerja
- Pada fase kerja lakukan hal-hal ini dibawah ini :
- Tetap focus pada tujuan untuk mendapatkan data
 - Dorong klien untuk mengungkapkan perasaannya, masalahnya dan pertanyaan yang dimiliki
 - Gunakan tehnik untuk memfasilitasi komunikasi antara perawat-klien
 - Perhatikan sikap non verbal klien yang tidak sesuai dengan respon verbalnya
 - Kaji kemampuan klien apakah klien dapat melanjutkan wawancara (misal : nyeri, sesak nafas, lelah)
 - Bantu klien untuk pindah ke topik diskusi lain setelah data yang diinginkan terkumpul
- Fase Terminasi
- Selama fase terminasi, lakukan hal-hal di bawah ini:
- Lihat kembali tujuan wawancara
 - Rangkum garis besar hasil wawancara
 - Dorong klien untuk mengungkapkan perasaannya mengenai terminasi ini
 - Gunakan bahasa yang sesuai dengan budaya setempat untuk berpaitan, bicarakan dengan klien bahwa perawat anda menemuinya lagi apabila diperlukan

3. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik digunakan untuk membuktikan dan mengembangkan data yang berhasil diumpulkan selama wawancara. Pemeriksaan ini dilakukan dari ujung rambut sampai ujung kaki (*head to toe*). Ada empat teknik yang digunakan, yaitu :

a. Inspeksi

Selama inspeksi struktur anatomis klien diperhatikan, apakah ada abnormalitas yang dapat diidentifikasi. Hal ini seperti warna, bentuk, kesimetrisan, pergerakan, pulsasi dan tekstur dari bagian tubuh juga dicatat.

b. Palpasi

Palpasi digunakan untuk meyakinkan data yang diperoleh saat inspeksi. Dengan menggunakan ujung jari dan telapak tangan, ukuran, bentuk dan susunan struktur dasar tubuh dapat diketahui.

c. Perkusi

Struktur dasar tubuh mempunyai suara perkusi yang berbeda tergantung konsistensi struktur tubuh.

d. Auskultasi

Auskultasi adalah teknik mendengarkan suara organ tubuh dengan menempatkan stetoskop pada permukaan tubuh untuk memperjelas suara yang normal dan abnormal.

4. Intuisi

Intuisi didefinisikan sebagai penggunaan wawasan, naluri dan pengalaman klien untuk menentukan keputusan klinik klien. Intuisi adalah kata khusus untuk mengetahui (biasa disebut sebagai indera keenam) yang mendasari tindakan keperawatan dan/atau refleksi dan mempengaruhi langsung kemampuan perawat untuk menganalisa isyarat klien.

Aktivitas Pengkajian

Selama melakukan pengkajian, ners mengumpulkan data, memvalidasi data dan mengkoordinasi data.

1. Pengumpulan data

Pengumpulan data, merupakan proses penyusunan data klien, dimulai saat pertama kali bertemu dengan klien. Ners menggunakan observasi, wawancara dan pemeriksaan fisik. Pengumpulan data menggunakan sebuah format sistematis yang komprehensif dan berisi informasi yang akurat.

Tipe data

Data obyektif dan subyektif, keduanya merupakan bagian integral dari pengkajian yang didapatkan selama pengumpulan data. Berikut perbedaan antara data subyektif dan obyektif.

	Data Subyektif	Data Obyektif
Metode pengumpulan data	Wawancara	<ul style="list-style-type: none"> • Tehnik inspeksi, palpasi, perkusi, auskultasi • Hasil pengukuran • Catatan kesehatan • Hasil pemeriksaan laboratorium, hasil radiologi, prosedur diagnostik
Contoh	Gejala Nilai Persepsi Perasaan Sikap Sensasi Kepercayaan	<ul style="list-style-type: none"> • Hasil pemeriksaan fisik : suara jantung, teraba adanya tumor, perubahan warna kulit. • Tekanan darah, suhu, tekanan intracranial • Catatan tim kesehatan lain pada catatan medis • Hasil pemeriksaan darah lengkap, hasil rontgen dada

2. Validasi data

Validasi data, pada umumnya dilakukan untuk memeriksa ulang semua informasi yang didapatkan pada saat pengkajian. Validasi membantu dalam melakukan

verifikasi dan klarifikasi agar antara data yang ada dengan kesimpulan tidak bias dan diinterpretasikan benar.

Metode untuk memvalidasi data meliputi :

- Membandingkan tanda yang ada dengan fungsi normal
- Mengacu pada buku teks, jurnal dan laporan penelitian
- Lihat kembali kebenaran tanda dan gejala yang ada
- Klarifikasi pernyataan klien
- Mencari kesepakatan dengan rekan sejawat tentang kesimpulan yang diambil.

Contoh antara data yang ada dengan kesimpulan

<p>Contoh 1</p> <p>Tanda yang ditemukan</p> <p>Klien mengalami :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Penglihatan kabur - Nyeri kepala - Rasa kebal di ekstremitas - Pusing 	<p>Kemungkinan klien mengalami :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tumor otak - Tanda-tanda stroke - Diabetes Militus - Cemas
<p>Contoh 2</p> <p>Tanda yang ditemukan</p> <p>Kulit Tn.H kering dan bersisik</p>	<p>Kemungkinan klien mengalami :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dehidrasi - Hipotiroidism - Dermatitis
<p>Contoh 3</p> <p>Tanda yang ditemukan</p> <p>Klien mengeluh sering kencing dan rasa seperti terbakar saat kencing</p>	<p>Kemungkinan klien mengalami:</p> <p>Infeksi saluran urinaria</p>
<p>Contoh 4</p> <p>Tanda yang ditemukan</p> <p>Gula darah Tn.H 55 mg/dl</p>	<p>Kemungkinan klien mengalami :</p> <p>Reaksi hipoglikemia</p>
<p>Contoh 5</p> <p>Tanda yang ditemukan</p> <p>Klien mengatakan”Saya tidak ingin merasakan nyeri di lutut saya ini!”</p>	<p>Kemungkinan klien mengalami :</p> <p>Inadekuat manajemen nyeri</p>

3. Pengorganisasian data
Pola Kesehatan Fungsional

Pengkajian dengan menggunakan pola kesehatan fungsional fokus pada fungsi normal klien, perubahan atau resiko terjadinya perubahan fungsi normal tubuh. Gordon (1994), mengidentifikasi 11 macam data pengkajian yang disebut sebagai pola kesehatan fungsional. Parameter pengkajian membantu ners untuk mengumpulkan informasi yang spesifik tentang masing-masing pola kesehatan fungsional.

Pengorganisasian Data menurut 11 Pola Kesehatan Fungsional Gordon		
Pola Kesehatan Fungsional	Deskripsi Pola	Contoh
Persepsi Kesehatan/Pengelolaan Kesehatan	Pola perasaan klien tentang kesehatan dan bagaimana kesehatan itu diatur	Keluhan/komplain sewaktu mendapatkan perawatan, melakukan aktivitas untuk meningkatkan kesehatan seperti latihan secara teratur, general check up
Nutrisi-Metabolisme	Pola konsumsi makanan dan cairan sesuai dengan kebutuhan, indikator dari asupan nutrisi	Kondisi kulit, gigi, mulut, kuku, membran mukosa: tinggi badan dan berat badan
Eliminasi	Pola fungsi ekskresi (BAB, BAK, keringat). Termasuk persepsi klien tentang fungsi normal	Frekuensi BAB, BAK, nyeri saat berkemih, warna urin dan feses
Aktivitas-Latihan	Pola latihan, aktivitas, waktu luang dan rekreasi	Latihan, hobi. Mungkin termasuk status kardiovaskuler dan respirasi, mobilitas dan

		aktivitas sehari-hari
Kognitif-Persepsi	Pola sensori-persepsi dan kognitif	Penglihatan, pendengaran, pengecap, sentuhan, penghidu, persepsi dan manajemen nyeri; fungsi kognitif seperti bahasa, memori dan pengambilan keputusan
Tidur-Istirahat	Pola tidur, istirahat dan relaksasi	Persepsi klien mengenai persepsi kualitas dan kuantitas tidur dan energi, dan alat-alat bantu tidur yang biasa digunakan
Persepsi Diri/Konsep Diri	Pola konsep diri klien dan persepsi dirinya	Body comfort, gambaran diri, status kesehatan, sikap terhadap dirinya, persepsi terhadap kemampuannya, data obyektif seperti postur tubuh, kontak mata dan nada suara
Peran-Hubungan	Pola peran klien terhadap hubungan dan ikatan	Persepsi terhadap peran utamanya dan tanggungjawab (ayah, suami, pedagang, dll); kepuasan terhadap keluarga, pekerjaan atau hubungan social
Seksualitas-Reproduksi	Pola kepuasan dan ketidakpuasan terhadap pola seksualitas; pola reproduksi	Jumlah anak dan riwayat kehamilan dan persalinan, kesulitan terhadap fungsi seksual; kepuasan terhadap hubungan seksual
Koping/Toleransi Stres	Pola koping umum dan efektifitas toleransi stress	Cara klien dalam menangani stress, ketersediaan sistem pendukung, kemampuan untuk mengontrol atau mengatur situasi
Nilai-Keyakinan	Pola nilai, keyakinan (termasuk agama)	Kegiatan keagamaan ; nilai keyakinan yang tidak sesuai dengan kesehatan

Petunjuk ini akan membantu ners dalam mengumpulkan data pengkajian berdasarkan Pola Kesehatan Fungsional klien untuk mempermudah menentukan diagnosa keperawatan. Pertanyaan – pertanyaan di bawah ini dapat digunakan sebagai panduan dalam promosi kesehatan, pencegahan penyakit dan mengidentifikasi kekuatan klien dan keluarga.

Nama Mhs : Tanggal :

Inisial Klien : Ruang :

Diagnosa Medis:

Format Pengkajian Data

1. Pola Persepsi Kesehatan dan Pengelolaan Kesehatan

- Gambaran kesehatan anda saat ini. Apakah lebih baik atau lebih buruk dari 1 tahun yang lalu?
- Apakah saat ini anda sedang mengalami masalah kesehatan?
- Apa yang anda lakukan saat ini untuk menjaga kesehatan ?
- Apakah anda merokok?
- Bagaimana merokok dapat mempengaruhi kesehatan seseorang?
- Apa informasi yang anda butuhkan untuk menjaga dan meningkatkan kesehatan?
- Jelaskan hambatan-hambatan yang ada dalam usaha anda menjaga keseshatan!
- Pengobatan apa yang anda jalani saat ini?
- Apakah anada alergi terhadap obat tertentu?

2. Pola Nutrisi – Metabolisme

- Bagaimana nafsu makan anda?
- Makanan apa yang anda sukai?
- Jelaskan tipikal makanan anda sehari-hari?
- Seberapa sering anda makan di luar ruamah?
- Apakah ada makanan yang dipantang?
- Apakah anda mempunyai alergi terhadap makanan? Sebutkan
- Apakah ada perubahan pada pola makanan and asaat ini?
- Apakah anda mengkonsumsi suplemen?
- Adakah kesulitan makan dan minum anda?
- Berpa banyak cairan yang anda minum dalam sehari?
- Apakah anda membutuhkan garam dalam makanan anda saat mememasak atau di atas meja?
- Apakah berat badan anda naik/turun dalam kurun waktu 5 tahun terakhir?

3. Pola Eliminasi Kebiasaan BAB

- Seberapa anda sering BAB? Seperti apa warna dan konsistensinya?
- Apakah anda mengkonsumsi obat pencahar?
- Jika ya, seberapa sering dan berapa lama anda mengkonsumsinya?
- Adakah perubahan dalam pola BAB anda?
- Apakah anda mempunyai masalah dengan BAB?

Kebiasaan BAK

- Apa warna urin anda? Jernih atau keruh?
- Apakah anda mengalami rasa seperti terbakar, sakit atau bau tidak sedap pada urin?
- Apa anda mempunyai masalah dengan BAK?
- Apa ada perubahan pada pola BAK?

Kulit

- Seperti apa keadaan kulit anda?
- Apa ada masalah: iritasi atau alergi yang pernah anda alami?

4. Pola Aktivitas dan Latihan

- Jelaskan aktifitas harian anda saat ini?
- Seperti apa tipe pekerjaan anda?
- Rekreasi seperti apa yang anda nikmati dan seberapa anda sering melakukannya?
- Gambarkan tingkat kebugaran fisik anda?
- Apakah anda puas dengan kebugaran anda saat ini?
- Jika tidak, bagaimana anda akan merubahnya?
- Apakah anda mengalami masalah/ kesulitan dalam melakukan aktivitas?

5. Pola Istirahat dan Tidur

- Berapa jam biasanya anda tidur? Jam berapa anda tidur dan bangun?
- Apa anda merasa cukup dengan kualitas tidur anda?
- Adakah masalah atau perubahan pada pola tidur anda?
- Apakah anda beristirahat(tidur) pada siang hari?
- Apa yang anda lakukan ketika anda ingin santai?

6. Pola Kognitif dan Persepsi

- Apakah anda suka sekolah /kerja?
- Jika tidak, jelaskan kenapa?
- Bagaimana anda mengungkapkan pikiran dan perasaan anda kepada orang lain?
- Apakah anda memakai kacamata, lensa kontak, alat bantu dengar atau alat bantu yang lain?

7. Pola Persepsi Diri

- Gambarkan diri anda! Apa yang anda suka/tidak pada diri anda?
- Gambarkan tubuh anda! Apa yang anda suka/tidak pada tubuh anda?
- Bagaimana perasaan anda tentang berat badan dan penampilan anda?
- Pernahkah anda mengalami perubahan pada tubuh anda?
- Jika ya, apakah anda sulit untuk menerima perubahan itu?
- Apakah perubahan itu mempengaruhi hubungan anda dengan orang lain?

8. Pola Peran dan Hubungan

- Apakah anda tinggal sendiri?
- Jika tidak, dengan siapa anda tinggal?
- Gambarkan keluarga anda!
- Apa yang keluarga anda harapkan dari anda?
- Apa yang anda harapkan dari diri anda?
- Pada siapa anda mensekitakan rahasia anda?

- Apakah ada orang terdekat yang anda temui selain keluarga? Seberapa sering?
 - Apakah anda puas dengan kulaitas pertemuan anda?
 - Jelaskan latar elakang budaya anda!
9. Pola Seksualitas dan Reproduksi
- Bagaimana anda menganali fingsi seksual anda?
 - Apakah anda mempunyai hubungan seksual dengan orang lain?
 - Apakah anda puas dengan hubungan tadi?
 - Apakah anda menggunakan alat kontrasepsi? Jika ya, jenis apa yang dipakai?
 - Apakah anda melakukan SADARI/SABURI?
 - Seberapa sering anda melakukannya? Kapan terakhir anda melakukannya?
 - Pernahkah anda melakukan pap smears/mammograms? Kapan terakhir anda melakukannya?
10. Pola Koping – Toleansi Stress
- Bagaimana cara anda menyelesaikan masalah?
 - Apa stressor yang sering menyebabkan terjadinya permasalahan ?
 - Apakah ada yang membuat besar/kehilangan dalam hidup anda?
 - Jika ada, apakah anda menerima kesulitan hal tersebut?
 - Apakah perubahan/kehilangan ini memepengaruhi hubungan anda dengan orang lain?
 - Siapakah yang memberikan semangat kepada anda?
11. Pola Nilai dan Keyakinan
- Apa agama anda?
 - Apakah Allah atau agama penting bagi anda?
 - Apa saja kegiatan keagamaan yang anda sering lakukan?
 - Apa organisasi keagamaan yang anda ikuti?
 - Apa reaksi anda terhadap orang yang tidak beragama? Atau beragama berbeda dengan anda?

Check List Pengkajian Keperawatan

No	Kegiatan	Ya	Tidak
1	Tahap Pra Interaksi a. Mengumpulkan data tentang klien b. Eksplorasi perasaan, fantasi dan ketakutan c. Analisa kekuatan dan kelemahan diri		
2	Tahap Orientasi a. Menyapa klien dengan salam b. Memeperkenalkan diri c. Menyakan nama panggilan klien d. Membuat kontrak dengan klien		
3	Tahap Kerja a. Menanyakan keluhan/masalah klien b. Melakukan pemeriksaan fisik c. Mengumpulkan dan mengelompokkan data		

4	Tahap Terminasi a. Evaluasi kegiatan b. Beri reinforcement positif c. Membuat kontrak selanjutnya d. Mengakhiri kegiatan		
	Total		



DIAGNOSA KEPERAWATAN

(*NURSING DIAGNOSIS*)

Tujuan Instruksional :

Setelah menyelesaikan praktikum ini, mahasiswa mampu membuat diagnosa keperawatan.

Skenario

Mahasiswa keperawatan PSIK FKIK UMY ditugaskan untuk berkunjung ke sebuah rumahsakit di Yogyakarta. Saat di rumahsakit mahasiswa memperhatikan pengkajian yang dilakukan oleh perawat. Pada saat itu seorang wanita, karyawan swasta, usia 38 tahun mengeluh kepada perawat bahwa ia mengalami kesulitan tidur. Berdasarkan hasil pengkajian perawat, data subjektif yang di dapatkan bahwa wanita tersebut telah menikah dan memiliki dua anak usia sekolah. Untuk mendapatkan data objektif perawat tersebut merencanakan untuk melakukan pemeriksaan fisik. Perawat membutuhkan data subjektif dan data objektif untuk menentukan diagnosa keperawatan.

Pertanyaan minimal :

1. Apa masalah yang bisa muncul dari klien tersebut?
2. Apa tanda dan gejala yang dapat mendukung munculnya masalah tersebut?
3. Apa penyebab dari masalah tersebut?

NURSING DIAGNOSIS

Melakukan diagnose dari respon klien adalah tahap kedua dalam sebuah proses keperawatan. Setelah mengumpulkan data yang relevan mengenai klien, ners kemudian melakukan analisa dan menginterpretasikan data yang ada. Hasil dari interpretasi ini adalah diagnose keperawatan. North American Nursing Association (ANA) mendefinisikan diagnose keperawatan, sebagai berikut :

Sebuah keputusan klinik mengenai respon individu, keluarga dan masyarakat sebagai akibat dari masalah kesehatan/proses kehidupan yang actual dan potensial. Diagnose keperawatan memebrikan dasar-dasar pemilihan intervensi untuk mencapai hasil yang menjadi tanggung gugat perawat.

Komponen Diagnosa Keperawatan

1. Label diagnostik

Label diagnostic adalah nama yang sudah diurutkan berdasarkan taksonomi. Label diagnostik ini mendeskripsikan isi dari masalah kesehatan yang muncul. Sebagai contoh: stress inkontinentia, cemas dan deficit perawatan diri

2. Qualifiers

Qualifiers adalah kata yang digunakan untuk member tambahan arti pada diagnosa keperawatan. Qualifiers menjelaskan perubahan kondisi, keadaan klien, atau beberapa kualifikasi diagnose keperawatan yang spesifik.

- Perubahan (altered) : berubah dari keadaan semula
- Kerusakan (impaired) : menjadi lebih parah, melemah, rusak, memburuk
- Kelebihan (excessive) : berlebihan
- Disfungsi (dysfunction) : abnormal atau tidak sesuai dengan fungsinya
- Inefektif (ineffective) : tidak memperlihatkan hasil yang diharapkan
- Penurunan (decrease) : pengurangan jumlah, ukuran atau derajat
- Peningkatan (increase) : penambahan jumlah, ukuran atau derajat
- Akut (acute) : parah dalam waktu singkat
- Kronik (chronic) ; waktu yang lama, kambu-kambuhan, menetap

3. Definisi

Masing-masing dianosa yang ada di NANDA mempunyai pengertian yang menrangkan karakteristik respon manusia. Sebagai contoh, definisid dari label diagnostik kerusakan mobilitas fisik adalah status dimana individu mengalami atau beresiko terhadap mengalami keterbatasan gerakan fisk, tetapi tidak imobilitas.

4. Batasan karakteristik

Menentukan batasan karakteristik harus mengacu pada petunjuk klinis, tanda-tanda subyektif dan obyektif, atau gejala-gejala yang dalam kelompok mengacu

pada diagnose keperawatan. Batasan karakteristik terdiri dari tanda-tanda mayor dan minor. Batasan karakteristik mayor didefinisikan sebagai “ biasa terdapt bila diagnose ada”. Batasan karakteristik minor didefinisikan sebagai “saat adanya bukti penyokong untuk diagnose, tetapi mungkin tidak terdapat”. Jadi, batasan karakteristik mayor harus selalu ada, sedangkan batasan karakteristik minor sebagai pendukung sebuah diagnosa.

5. Faktor resiko

Istilah factor resiko digunakan untuk menjelaskan petunjuk klinis pada diagnose keperawatan resiko. Factor resiko ini bisa intrinsic (dari dalam diri klien sendiri, somatic) dan ekstrinsi(lingkungan). Adanya spesifik factor resiko mengindikasikan bahwa individu, keluarga atau masyarakat mudah terkena untuk atau beresiko mengalami masalah kesehatan. Contoh dari factor resiko untuk diagnose keperawatan resiko deficit volme cairan meliputi usia ekstrim, imobilitas fisik dan kehilanagan cairan berlebihan. Jika factor resiko tidak dicantumkan, maka masalah potensial bisa menjadi masalah actual.

6. Faktor-faktor yang berhubungan

Factor yang berhubungan merupakan etiologi, atau actor penunjang lain yang telah mempengaruhi perubahan status kesehatan.

Perumusan Diagnosa Keperawatan

Diagnose Keperawatan

Aktual

Label Diagnostik

Berhubungan dengan

(b/d)

Factor yang berhubungan
dengan (etiologi)

Ditandai dengan

(d/d)

Definisi
Karakteristik



Contoh

Nyeri akut b/d agen injuri fisik (trauma pembedahan) d/d menyeringai, skala nyeri 5 dan laporan verbal nyeri (mengeluh nyeri)

Diagnose Keperawatan

Resiko

Label Diagnostik

Berhubungan dengan

(b/d)

Factor Resiko



Contoh

Resiko infeksi b/d pembedahan dan

Diagnosa Sejahtera

Label Diagnostik



Contoh

Potensial menyusui efektif

Nursing Diagnoses List

1. Create a list of all of your patients identified nursing problema
2. Make sure all of your identified problems have data to support them in the assessment area of the NPW
3. List the physiological and psychosocial problems together in one complete list
4. Number your patients problems in order of importance with the highest priority problem (most significant in terms of impact on the patient's health status) listed as number 1 and so on ranging toward the lowest priority diagnosis
5. All nursing diagnoses must be phrased in NANDA terms and must be chosen from your approved nursing diagnosis list or a nursing care plan text. Do not make up your own nursing diagnosis
6. Each nursing diagnosis should be written as a statement. The nursing diagnosis statement is the problem related to (RT) is mean cause (focal stimuli). Ex : ineffective airway clearance related to thick secretions
7. Write a paragraph stating the rationale for why you chose your number one physiological and number one psychosocial problem. Write 2 separate rationales.
8. You must have a minimum of 5 physiological and 2 psychosocial problems in your list.

Check List Diagnosa Keperawatan

No	Kegiatan	Ya	Tidak
1	Mengumpulkan data hasil pengkajian		
2	Mengelompokkan Data Subyektif (DS)		
3	Mengelompokkan Data Obyektif (DO)		
4	Membuat problem/masalah keperawatan (P)		
5	Menentukan etiologi (E)		
6	Membuat diagnose keperawatan dengan unsur PES		
7	Membuat urutan prioritas diagnose keperawatan		
	Total		

Rumusan Diagnosa Keperawatan

No	Sign		Etiology	Problem
	DO	DS		

Prioritas Diagnosa

No	Prioritas Diagnosa



IDENTIFIKASI HASIL DAN RENCANA KEPERAWATAN (OUTCOME IDENTIFICATION AND PLANNING)

Tujuan Instruksional :

Setelah menyelesaikan praktikum ini, mahasiswa mampu mengidentifikasi dan menuliskan NOC dan NIC

Skenario

Mahasiswa keperawatan PSIK FKIK UMY ditugaskan untuk berkunjung ke sebuah rumahsakit di Yogyakarta. Saat di rumahsakit mahasiswa memperhatikan pengkajian yang dilakukan oleh perawat. Pada saat itu seorang wanita, karyawan swasta, usia 38 tahun mengeluh kepada perawat bahwa ia mengalami kesulitan tidur. Berdasarkan hasil pengkajian perawat, data subjektif yang di dapatkan bahwa wanita tersebut telah menikah dan memiliki dua anak usia sekolah. Untuk mendapatkan data objektif perawat tersebut merencanakan untuk melakukan pemeriksaan fisik. Perawat membutuhkan data subjektif dan data objektif untuk menentukan diagnosa keperawatan.

Dari hasil kunjungan tersebut mahasiswa diminta untuk membuat perencanaan asuhan keperawatan pada pasien tersebut berdasarkan NOC, NIC, dan referensi lain tentang perencanaan asuhan keperawatan serta menetapkan kriteria evaluasi yang akan dicapai dalam asuhan keperawatan tersebut .

Pertanyaan minimal :

1. Apa hasil yang diharapkan (outcomes) dalam intervensi keperawatan yang direncanakan perawat ?
2. Apa intervensi keperawatan yang tepat untuk mengatasi diagnose keperawatan yang terjadi pada scenario di atas ?

OUTCOME IDENTIFICATION AND PLANNING

Setelah mengumpulkan dan menganalisa data pengkajian dan mengidentifikasi serta mengvalidasi diagnose keperawatan, ners siap memulai membuat rencana keperawatan bersama klien. Keperawatan adalah disiplin ilmu yang mengaplikasikan teori dan ilmu ke dalam situasi nyata klien. Ners dan klien menentukan tujuan yang realistic yang ingin dicapai dalam sebuah proses keperawatan, disebut identifikasi hasil (outcome identification)

Outcome identification

Identifikasi hasil adalah sebuah formula dari tujuan dan hasil yang bisa diukur yang didapat dari evaluasi diagnose keperawatan. Kegiatan yang dilakukan untuk menentukan identifikasi hasil yaitu :

- Menyusun prioritas
- Menyusun tujuan dan criteria hasil

Nursing Outcome Classification (NOC)

System NOC disusun berdasarkan kategori, kelas, label, indicator hasil, dan aktivitas pengukuran untuk hasil.

Nursing Identification Activities

Menyusun Prioritas

Ners menggunakan pengalaman, keahlian klinis, praktek, ilmu dan data pengkajian klien untuk menentukan prioritas.

- Situasi yang mengancam jiwa (mis : sulit bernafas, perdarahan)
- Sesuatu yang membutuhkan perhatian sedang (mis : persiapan tes diagnostic)
- Sesuatu yang sangat penting untuk klien) mis : nyeri atau cemas)

Menyusun Tujuan dan Kriteria Hasil

- Tujuan Klien
Terdiri dari tujuan jangka pendek dan tujuan jangka panjang. Tujuan jangka pendek dapat digunakan dalam waktu yang relative pendek (antara 1 hari-1 minggu). Tujuan jangka pendek digunakan untuk waktu yang lebih lama lagi,

mungkin beberapa minggu sampai beberapa bulan. Ujian jangka panjang juga sebagai indikasi aktivitas yang terus menerus. Tujuan jangka panjang biasanya menggunakan “setiap hari” atau “akan” dipertahankan”. Tujuan akan berubah jika situasi atau kondisi kesehatan klien berubah.

- Kriteria Hasil
Criteria hasil harus spesifik, dapat diukur, dan realistis dengan tujuan yang diharapkan. Criteria menjawab pertanyaan siapa, apa yang akan dilakukan, bagaimana kondisinya, apa yang diharapkan, dan kapan.

Persyaratan meliputi :

Subject : siapa orang yang diharapkan untuk mencapai tujuan.

Verb : apa yang harus dilakukan untuk mencapai tujuan.

Condition : keadaan yang harus bagaimana agar klien dapat melakukan.

Criteria : seberapa bagus klien dapat mencapai tujuan

Specific time : kapan klien dapat mencapai tujuan yang diharapkan.

Contoh NOC system

Mobility level. Definition: ability to move purposely. Mobility level: 1 Dependent, 2 Requires assistive person and device, 3 Requires assistive person, 4 independent with assistive device, 5 Completely independent. Indicators : Ambulation : Walking 1 2 3 4 5

Rencana Keperawatan

Tujuan rencana keperawatan, meliputi :

- Aktivitas asuhan keperawatan secara langsung
 - Membantu asuhan keperawatan yang berkesinambungan
 - Focus pada aktivitas yang diharapkan
- Kegiatan yang dilakukan pada tahap ini, antara lain :

- Membuat rencana keperawatan
- Menuliskan asuhan keperawatan

Nursing Intervention Classification

Intervensi disusun oleh tiga level taksonomi terdiri dari domain, kelas dan intervensi. Intervensi dapat berupa aktivitas perawatan baik secara langsung atau tidak langsung, termasuk didalamnya dokter maupun tim kesehatan lain.

Taksonomi dari intervensi keperawatan

Taksonomi meliputi 6 domain :

- Physiologic : Basic
- Physiologic : Complex
- Behavioral
- Safety
- Family
- Health system

Masing- masing group mempunyai kelas. Domain, kelas dan intervensi diberi kode numeric komputerisasi. Masingmasing intervensi terdiri dari definisi dan daftar aktivitas yang menggambarkan tindakan keperawatan yang dibutuhkan.

Contoh System NIC

DOMAIN 1. Physiological : Basic Class A. Activity and exercises management
INTERVENTION 0140 Body Mechanics promotion.

Format Rencana Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Intervention		Paraf
		Outcome	Intervensi	
		NOC	(NIC)	
1				
2				

Check List

No	Kegiatan	Ya	Tidak
1	Membuat tujuan (NOC) sesuai diagnose keperawatan		
2	Membuat rencana keperawatan (NIC) sesuai diagnose keperawatan dan outcome/tujuan		
	Total		



PANDUAN PENGGUNAAN NOC DAN NIC

Cara penggunaan NOC dan NIC

1. Tentukan masalah / problem dari suatu kasus

Misal : Klien Ny.A, 40th , dirawa di Bangsal Arafah dengan diagnose medis fraktur femur tertutup dextra 1/3 distal. Hasil pengkajian: klien mengeluh nyeri pada daerah fraktur. Ekspresi wajah menyeringai disertai merintih kesakitan. Vital sign : TD 130/70 mmHg, nadi 90x/mnt, respirasi 24x/mnt

Masalah / problem : **NYERI/PAIN**

2. Buka buku NOC pada bagian INDEX, bagaian belakang mulai dari halaman 595

Cari sesuai dengan masalahnya, missal; PAIN. Cari huuf sesuai abjad yaitu huruf P (PAIN)

3. Baca definisi pain, suggested outcomes dan additional associated outcomes. Cermati pada SUGGESTED OUTCOMES. Tentukan outcomes anda. Bila pada suggested outcomes tidak sesuai maka anda bisa menentukan outcomes dengan mencari ADDITIONAL OUTCOMES.

Misal : out comes, **PAIN CONTROL**

4. Cari halman sesuai dengan outcomes. Misal : pain control, dengan melihat pada bagian INDEX , sesuai dengan abdadnya

Hasil : halaman 326

5. Cermati bagian. Buatlah criteria pencapain outcomes dengan membuat bagan

Misal :

Pain control	Never demonstrated	Rarely demonstrated	Sometimes demonstrated	Often demonstrated	Consistently demonstrated
Report pain control	Skala 0 1	Skala 1-3 2	Skala 4-5 3	Skala 6-8 4	Skala 9-10 5

Penentuan skala nyeri dapat ditentukan sendiri sesuai dengan outcomes yang ingin dicapai.

6. Buka Buka NIC, buka bagian belakang pada **APPENDIK A**
7. Buka halaman pada Buku NIC sesuai dengan rencana intervensi yang ingin dilakukan
8. Tuliskan rencana tindakan sesuai pada bagian Activities. Penulisan Activities tidak harus dituliskan semua.

PHYSICAL ASSESSMENT

Learning Objective



After this section the students are able to:

1. Explain the physical assessment
2. Explain the physical assessment procedure
3. Demonstrate physical assessment procedure:
 - a. Equipment preparation
 - b. Patient preparation
 - c. Environment preparation
 - d. Assessing the system : perform an initial assessment and focused history and physical examination on any pediatric age group
 - e. Termination and Evaluation
4. Documenting the physical assessment result.



MATERI VIEW

PHYSICAL ASSESSMENT

INTRODUCTION

Asuhan keperawatan yang optimal membutuhkan pengertian perbedaan didalam setiap tahapan / fase tumbuh kembang. Berikut ini adalah topic topic yang akan kita bicarakan pada praktikum ini.

1. Pertimbangan umum saat melakukan pemeriksaan
2. Perbedaan utama : anatomi dan fisiologi
3. Pendekatan dalam pemeriksaan
4. Initial Assessment dan riwayat kesehatan
5. _Pemeriksaan fisik : temuan normal, variasi dan kondisi patologis yang umum

1. KEY CONCEPTS (PERTIMBANGAN UMUM)

Setting Pemeriksaan

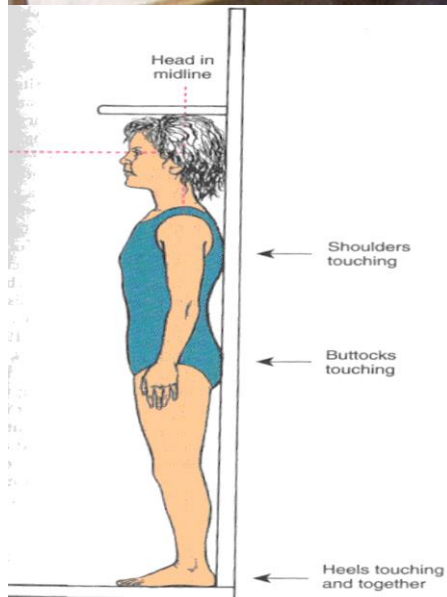
1. RS, Klinik, UGD
2. Pasien mondok/rawat inap
3. Screening kesehatan
4. School setting or health office

Setting Lingkungan

1. Pastikan tempat aman Safety is primary
2. Menyenangkan dan nyaman Pleasant, comfortable settings are helpful
3. sediakan mainan, buku untuk menurunkan kecemasan yang sesuai dengan us

Hal – Hal yang dikaji pada saat pengkajian :

1. **Pengkajian Kesehatan : Mengumpulkan data**
 - a) **Observasi**
 - b) **Wawancara dengan orang tua**
 - c) **Wawancara dengan anak**
 - d) **Pemeriksaan Fisik /Physical examination**
2. **Bio – Graphic Demographic**
 - a) **Nama, umur, health care provider**
 - b) **Parents name age /siblings age**
 - c) **Ethnicity / cultural practices**
 - d) **Religion / religious practices**
 - e) **Parent occupation**
 - f) **Child occupation: adolescent**
3. **Riwayat Kesehatan masa lalu**
 - a) **Allergies**
 - b) **Childhood illness**
 - c) **Trauma / hospitalizations**
 - d) **Birth history**
 - e) **Genetics: anything in the family**
4. **Riwayat Kesehatan Sekarang**
 - a) **Immunizations**
 - b) **Riwayat penyakit sekarang / genetic condition**
 - c) **Keluhan utama**
5. **Pemeriksaan Fisik**
 - a) **Antropometric**
 - 1) **Height Measurement**
 - a. **Needs to be recorded on a growth chart**
 - b. **Gain about an inch per month**
 - c. **Deviation of height on either extreme may be indication for further investigation: endocrine problems**



Infants head is against end point and legs fully extended

Child is measured while standing in stocking or bare feet with the heels back and shoulders touching the wall.

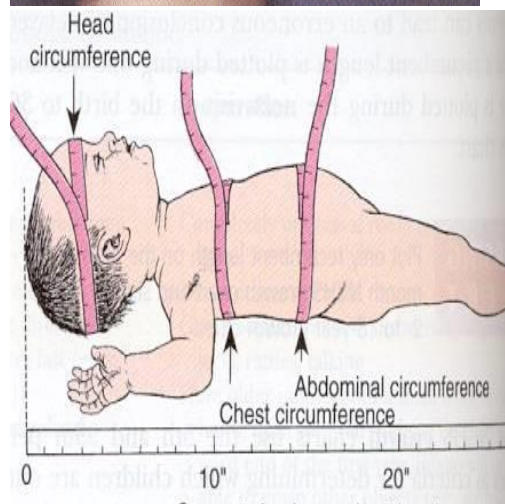
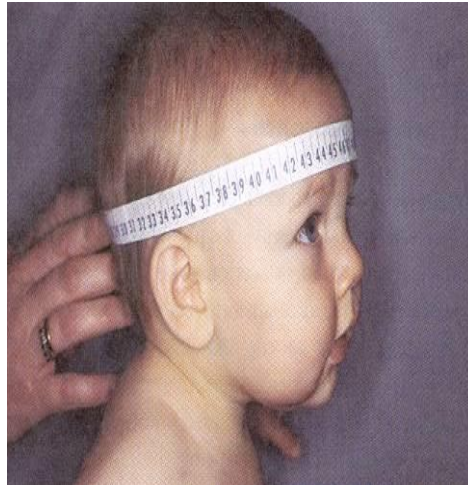
2) Weight Measurement



Note close proximity of nurses hands for safety

- a. Needs to be recorded on a growth chart
- b. Newborn may lose up to 10% of birth weight in 3-4 days.
- c. Gains about ½ to 1 oz per day after that
- d. Too much or too little weight gain needs to be further investigated.
- e. Nutritional counseling
- f. Weight Norms : Double birth weigh by 5-6 months, Triple birth weight by 1 year

3) Head Circumference



Lingkar kepala diukur dengan meletakkan mid line diatas alis dan di sekeliling oksipital.

Lingkar dada diukur dengan neletakkan mid line di atas putting susu dan sekeliling rongga dada.

Lingkar perut diukur dengan meletakkan mid line diatas umbilical dan disekeliling rongga abdomen.

4) Lingkar Lengan Atas

Diukur menggunakan pita pengukur lingkar lengan atas. Lingkarkanlah pita pengukur pada pertengahan lengan kiri, antara akromion dan olekranon. Pada bayi baru lahir lingkaran lengan atas adalah : 11 cm, pada umur 1 tahun lingkaran lengan atas menjadi 16 cm dan pada umur 5 tahun 17 cm.

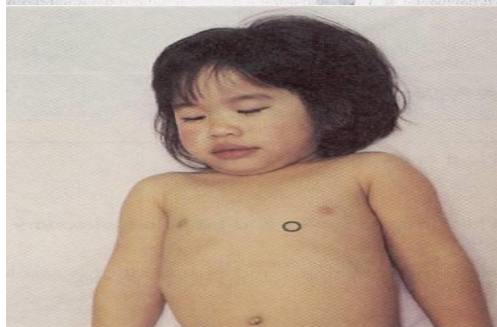
b) VitalSign

1) Temperature position for taking axillary temperature

- Menggunakan termometer tympani tidak disarankan
- Oral temperature for children over 5 to 6 years.
- Rectal temperatures are contraindicated if the child has had anal surgery, diarrhea, or rectal irritation.
- Check with hospital policy



2) Pulse



Location of Apical Pulse

- Apical pulse for infants and toddlers under 2 years
- Count for 1 full minute
- Will be increased with: crying, anxiety, fever, and pain

Pulse Rate

- Neonate: 70 – 190
- 1-year: 80 – 160

- 2-year: 80-130
- 4-year: 80 – 120
- 6-year: 75-115
- 10-year: 70-110
- 14-year: 65 – 105 / males 60 – 100
- 18-year: 55-95 / males 50 – 90
-

Respiratory Rate

- Count for one full minute
- May want to do before you wake the infant up
- Rate will be elevated with crying / fever

Pre-term: 40 – 60

Newborn: 30 – 40

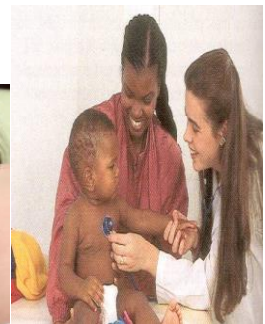
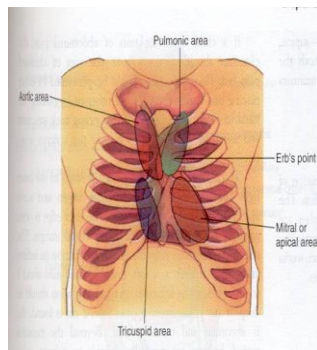
Toddler: 25

School-age: 20

Adolescent: 16

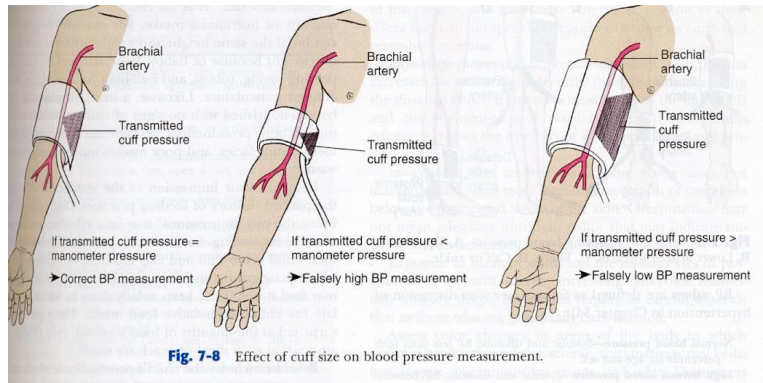
Panic levels: < 10 or > 60

6. Hearth Sounds



1) Blood Pressure

- **The width of the rubber bladder should cover two thirds of the circumference of the arm, and the length should encircle 100% of the arm without overlap.**
- **Crying can cause inaccurate blood pressure reading.**
- **Consider norms for age.**



2) Capillary refill



ADULT ASSESSMENT FORM.

A. Strategies considered.

1. Involve family role.
2. Use a traumatic care techniques.
3. Integrated with play.
4. Therapeutic communication.

B. Identifying information.

1. Name : -----
2. Sex : -----
3. Birthday & Place : -----
4. Address : -----
5. Race/ethnic group : -----
6. Religion : -----
7. Date of interview : -----
8. Informant : -----

C. Chief Complaint (CC).

1. Brief statement : -----
2. Signs & Symptoms : -----
3. Concrete complain : -----

D. Present Illness (PI).

It is a narrative consist of: details of onset, complete interval history (from onset to present), present status, and reason for seeking health now.

E. Past History (PH).

Birth history (pregnancy, labor, delivery, and perinatal history).

Previous illness, injuries, or operation.

Allergies.

Current medication.

Immunizations.

Growth & Development.

Habits.

F. Review of Systems (ROS).

General.

Fatigue /weight gain/ weight loss/ changes of diet/ illness/ altered appetite/
exercise tolerance/ fever/ chills(menggigil)/ night sweat(keringat dimalam hari)/
frequent infection/ general ability to carry out of activities of daily living*.

Integument.

Pruritus/ pigment or other color changes/ acne/ eruption/ rashes/ tendency toward
bruising(kecendrungan memar)/ petechiae/ excessive dryness/ general texture/
disorder or deformities of nail/ hair growth/ hair loss/ hair color changes*.

Head.

Headache/ dizziness/ injury*.

Eyes.

Visual problem (blurred vision, clumsiness(sayu))/ cross eye (strabismus)/ eye
infection/ edema of lids/ excessive tearing (airmata berlebih)/ use of glasses or
contact lenses*.

Nose.

Nose bleed (epistaxis)/ Stuffy nose(hidung tersumbat)/ nasal obstruction/ loss of
sense of smell*.

Ear.

Earache/ discharge/ evidence of hearing loss*.

Mouth.

Mouth breathing/ gum bleeding(perdarahan gusi)/ toothaches/ tooth brushing/ use of fluoride/ difficulty with teething*(kesulitan mengunyah)

Throat.

Sore throat (sakit tenggorokan)/ / difficulty in swallowing/ choking(tersedak) hoarseness(serak)/ voice irregularities*.

Neck.

Pain/ limitation of movement/ stiffness(kekakuan)/ torticollis??/ thyroid enlargement/ enlarge nodes and other masses*.

Chest.

Breast enlargement/ discharge/ masses/ enlarge axillary nodes.

Respiratory.

Chronic cough/ frequent cold/ wheezing/ shortness of breathe at rest or exertion/ difficulties in breathing/ sputum production/ infection (pneumonia, TBC) *.

Cardiovascular.

Cyanosis or fatigue on exertion/ murmur/ rheumatic fever/ anemia/ date of last blood count/ blood type/ recent transfusion*.

Gastrointestinal.

Appetite/ food tolerance/ elimination habit/ nausea/ vomiting/ jaundice or yellowing skin of sclera/ belching (sendawa)/flatulence/ bowel habit/ constipation/ diarrhea/ melena (blood in stools)/ changes in color of stools*.

Genitourinary.

Pain on urination/ frequency/ hesitancy(hambatan)/ urgency(keinginan)/ hematuria/ nocturia/ poliuria/ unpleasant odor of urine/ force of stream/ discharge/ change in size of scrotum/ date of last urinalysis*.

Gynecologic.

Menarche/ date of last menstrual period/ regularity of problem with menstruation/ vaginal discharge/ pruritus*.

Musculoskeletal.

Weakness/ clumsiness/ lack of coordination/ unusual movement/ back or joint stiffness/ muscle pain (cramps)/ abnormal gait/ deformity/ fractures/ serious sprains (keseleo)/ activity level*.

Neurologic.

Seizures/ tremor/ dizziness/ loss of memory/ general affect/ fears/ nightmares/ speech problem/ any unusual habit*.

Endocrine.

Intolerance to weather changes/ excessive thirst and urination/ excessive sweating(keringat berlebih)/ salty taste to skin/ sign or early puberty*.

Lymphatic.

History of frequent infection/ enlarge lymph nodes in any region/ swelling(pembesaran limfe)/ tenderness(painfull to touch)/ red streaks (*.

G. Family Medical History.

To identify the presence of genetic threats or diseases that have familiar tendencies and to assess exposure to a communicable diseases in a family member and family habits that may affect the child's health such as smoking and other chemical use.

H. Psychosocial History.

To elicit information about the child self concept.

I. Sexual History.

To elicit information concerning the child's sexual concern and or activities and any pertinent data regarding adults sexual activity that influences the child.

J. Family History.

To develop an understanding of the child as an individual and as a member of a family and community.

a. Family composition.

b. Home and community environment.

c. Occupation and education of family member.

d. Cultural and religious tradition.

e. Family function and relationship.

K. Nutritional Assessment.

To elicit information on the adequacy of the child's nutritional intake and needs.

a. Dietary intakes.

b. Clinical examination.

.....
.....

PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN – FKIK UMY

FORMAT PENGKAJIAN NEONATUS

Nama Mahasiswa / NPM :

Tempat praktek :

Tanggal :

I. IDENTITAS PASIEN

Nama :

Tempat/Tanggal lahir :

Nama ayah/ibu :

Pekerjaan ayah :

Pendidikan ayah :

Pekerjaan ibu :

Pendidikan ibu :

Alamat/no telp :

Kultur/suku :

Agama :

II. KELUHAN UTAMA

III. RIWAYAT KEHAMILAN DAN KELAHIRAN

1. Prenatal

- Jumlah kunjungan :
- Bidan/dokter :
- Penkes yang didapat :
- HPHT :
- Kenaikan BB selama hamil :
- Komplikasi obat :
- Obat – obatan yang didapat :
- Riwayat hospitalisasi :
- Golongan darah ibu :
- Pemeriksaan kehamilan/*maternal screening* :
 - () rubela () hepatitis () Herpes
 - () GO () CMV () HIV
 - () Lain lain, sebutkan.....

2. Natal

- Awal persalinan :
- Lama persalinan :
- Komplikasi persalinan :
- Terapi yang diberikan :
- Cara melahirkan : () pervaginam () caesar () lain lain, sebutkan.....
- Tempat melahirkan : () rumah bersalin () rumah () RS

3. Postnatal

- Usaha nafas
 - () dengan bantuan () tanpa bantuan
- Kebutuhan resusitasi
 - Jenis dan lamanya dari 1 dan 5 menit :
 - Skor APGAR :
- Obat obatan yang diberikan pada neonatus
- Interaksi ibu dan bayi
 - Kualitas

- lamanya
- Trauma lahir
 - Ada ()
 - Tidak ()
- Narkosis
 - Ada ()
 - Tidak ()
- Keluarnya urin/BAB
 - Ada ()
 - Tidak ()
- Respon fisiologis/perilaku yang bermakna

.....

.....

.....

.....

IV. RIWAYAT KELUARGA

.....

.....

GENOGRAM

V. RIWAYAT SOSIAL

- 1) Sistem pendukung/keluarga terdekat yang dapat dihubungi

.....

.....

.....Hubungan orang tua dengan bayi

Hubungan	Ayah	Ibu
Menyentuh		
Memeluk		
Berbicara		
Berkunjung		
Kontak mata		

2) Anak yang lain

Jenis kelamin anak	Riwayat persalinan	Riwayat imunisasi

3) Lingkungan rumah yang berhubungan dengan kesehatan

.....

4) Problem sosial yang penting

() Kurangnya sistem pendukung sosial

() Perbedaan bahasa

() riwayat penyalahgunaan zat adiktif

() Keuangan

() lain lain,
 sebutkan.....

VI. KEADAAN KESEHATAN SAAT INI

1. Diagnosa medis

.....
.....

2. Tindakan operasi

.....
.....

3. Status nutrisi

.....
.....

4. Status cairan

.....
.....

5. Obat – obatan

.....
.....

. Aktivas

.....
.....

7. Tindakan keperawatan yang telah dilakukan

.....
.....

8. Hasil laboratorium

.....
.....

9. Pemeriksaan penunjang

.....
.....

10. Lain – lain

.....
.....

VII. PEMERIKSAAN FISIK

Kedadaan umum :

Kesadaran :

Antropometri	Saat lahir	Saat ini
Berat badan		
panjang badan		
Lingkar Kepala		

Beri tanda (√) pada data – data dibawah ini sesuai dengan keadaan pasien. Gambarkan semua temuan abnormal secara obyektif, gunakan kolom komentar bila perlu.

1) Reflek

() Moro () Menggenggam () Meghisap

2) Tonus

a. () Aktif () Tenang () letargi () Kejang

b. () Menangis keras () lemah () melengking () Sulit menangis

3) Kepala/leher

a. Fontanel anterior

() lunak () tegas () datar () menonjol

() cekung

b. Sutura sagitalis

() tepat () terpisah () menjauh

c. Gambaran wajah

() simetris () asimetris

d. Molding

() caput suksadenum () chephalohematoma

4) Mata

() bersih () sekresi.....

5) THT

a. Telinga

() normal () abnormal

b. Hidung

() bilateral () obstruksi () cuping hidung

c. Palatum

() norma () abnormal

6) Abdomen

a. () Lunak () Tegas () Datar () Kembang

b. lingkaran perut : cm

c. Liver : () kurang dari 2 cm

() lebih dari 2

cm

7) Torax

a. () simetris () Asimetris

b. Retraksi : () Derajat 1 () Derajat 2 () Derajat 3

c. Klavikula : () Normal () Abnormal

8) Paru – paru

a. Suara nafas : () Sama kanan-kiri () Tidak sama kanan-kiri

() Bersih () Ronchi () Rales () Sekret

b. Bunyi nafas : () Terdengar di semua lapang paru () Tidak terdengar

() Menurun

c. Respirasi : () Spontan,RR.....x/mnt

() Head Box.....x/mnt

() Assisted ventilation

9) Jantung

() Normal synus rhythm () Nadi.....x/mnt () Murmur () Lain-lain:.....

Capillary refill.....dtk

Nadi perifer:

Keterangan	Kuat	Lemah	Tidak ada
Brachial kanan			
Brachial kiri			

Femoral kanan			
Femoral kiri			

10) Extremitas

Simetris Asimetris

ROM : Terbatas Bebas

11) Umbilikus

normal abnormal inflamasi drainase

12) Genital

Perempuan normal laki – laki normal ambivalen

13) Anus

paten imperforata

14) Spina

normal abnormal

15) Integumen

a. Warna

pink pucat jaundice

b. Rash/kemerahan

c. Tanda lahir

16) Suhu

a. Lingkungan

penghangat radian pengaturan suhu inkubator suhu ruang () boks terbuka

b. Suhu kulit : °C

VIII. PEMERIKASAAN TINGKAT PERKEMBANGAN/REFLEK PRIMITIF

1. Kemandirian dan bergaul

.....
.....

2. Motorik halus

.....
.....

3. Kognitif dan bahasa

.....
.....

4. Motorik kasar

.....
.....

KESIMPULAN PERKEMBANGAN

- () Menangis bila tidak nyaman
- () Membuat suara tenggorok yang pelan
- () Memandang wajah dengan sungguh sungguh
- () Mengeluarkan suara
- () Berespon secara berbeda terhadap objek yang berbeda
- () Dapat tersenyum
- () Menggerakkan kedua lengan dan tungkai sama mudahnya ketika terkenggang
- () Memberikan reaksi dengan melihat ke arah sumber cahaya
- () Mengoceh dan memberikan reaksi terhadap suara
- () Membalas senyuman

IX. INFORMASI LAIN

.....
.....

X. RINGKASAN RIWAYAT KEPERAWATAN

.....
.....



Please read further in: Pillitteri, Adele., (1999), Child health nursing: care of the child and family, Lippincott, vol.1, Philadelphia

<http://209.85175.104/search?q=cachey:y8NaVRMNnFaJ:>

www.nursing.twsu.edu/advhealth/lesson/8/physicalassessment.pdf