

CRITICAL THINKING

AND CLINICAL JUDGEMENT IN NURSING

- **Brigitta Ayu Dwi Susanti, M.Kep**
- Metodologi Keperawatan Prodi DIII Keperawatan



THINKING



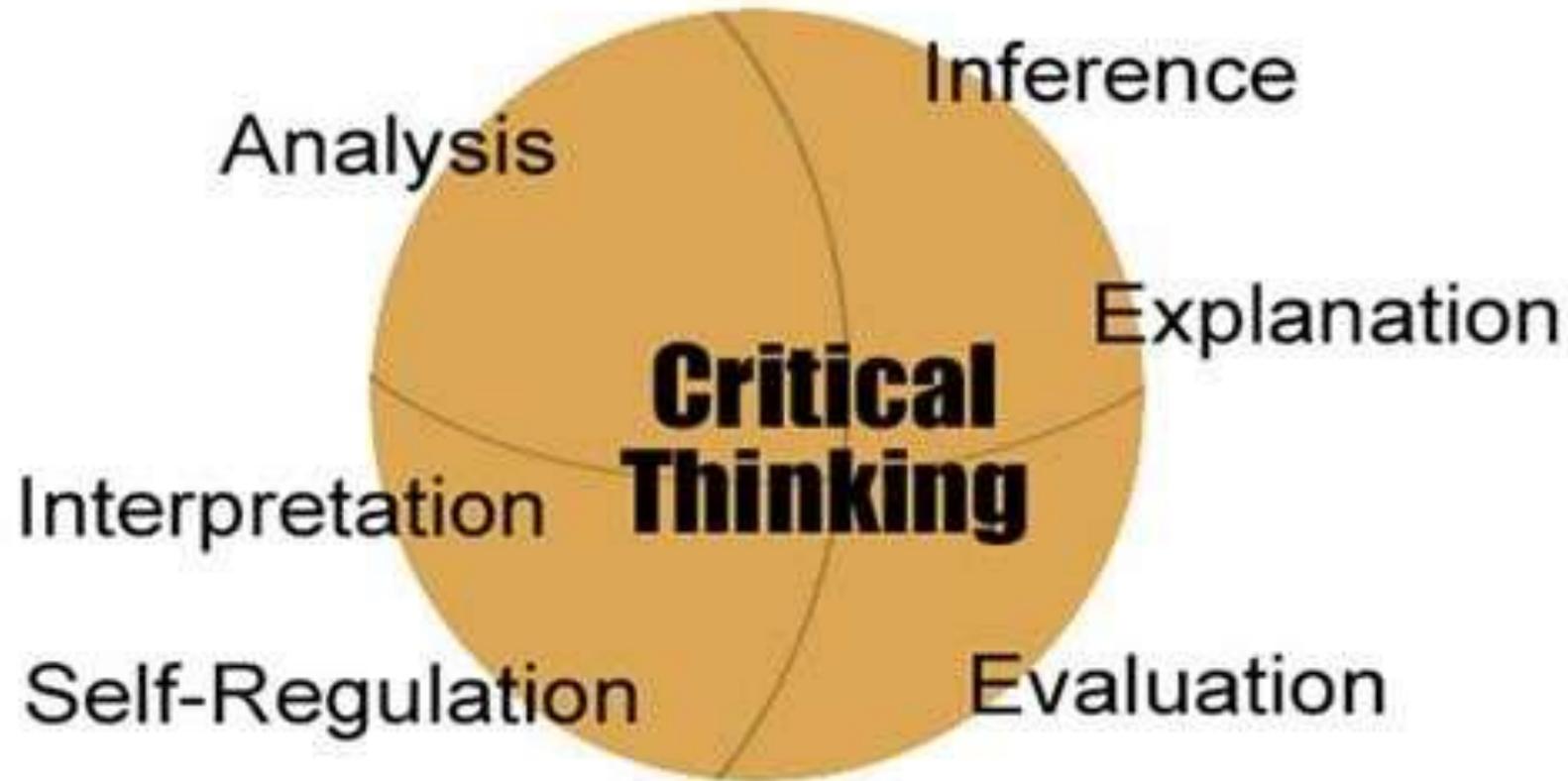
- Aktifitas yang sifatnya mencari ide atau gagasan
- Suatu proses yang berjalan secara berkesinambungan mencakup interaksi dari suatu rangkaian pikiran dan persepsi

DEFINISI

- Berpikir kritis adalah proses untuk mengaplikasikan, menghubungkan, menciptakan, atau **mengevaluasi informasi** yang dikumpulkan secara aktif dan trampil (Abraham,2004)
- Berpikir kritis merupakan proses yang penuh makna untuk mengarahkan dirinya sendiri dalam **membuat suatu keputusan**. Proses tersebut memberikan berbagai alasan sebagai **pertimbangan** dalam menentukan bukti, konteks, konseptualisasi, metode dan kriteria yang sesuai (American Philosophical Association, 1990)

- berpikir kritis → suatu proses dimana seseorang atau individu dituntut untuk mengintervensikan atau mengevaluasi informasi untuk membuat sebuah penilaian atau keputusan berdasarkan kemampuan, menerapkan ilmu pengetahuan dan pengalaman.

Core Critical Thinking Skills



INTERPRETATION (PENAFSIRAN)

- adalah kemampuan untuk **memahami dan mengartikan secara cepat dan akurat** atas pengalaman, situasi, data, kejadian, kejadian, tata cara, kepercayaan, aturan, prosedur, atau kriteria yang bervariasi. Penafsiran meliputi keahlian dalam menggolongkan dan menjelaskan arti.
- Contoh:
 - ✓ Mampu menginterpretasikan data hasil pemeriksaan laboratorium? normal/ abnormal
 - ✓ Kadar Hb = 11 gr/dl □ Normal/ abnormal?

ANALISIS

- adalah kemampuan untuk mengenali maksud dan hubungan, sehingga dapat menyimpulkan secara benar antara pernyataan, pertanyaan, konsep, deskripsi, atau bentuk lainnya, yang ditujukan untuk mengungkapkan pendapat, pengalaman, alasan, informasi, atau pendapat.
- Termasuk kemampuan untuk menganalisis ide, mendeteksi argumen, dan menganalisis argumen merupakan bagian dari analisis.

EVALUASI

- adalah kemampuan untuk menilai pernyataan yang logis atau bentuk lainnya seperti perhitungan atau deskripsi dari persepsi, pengalaman, situasi, keputusan, atau pendapat seseorang, dan menilai kebenaran secara logis atau dapat menyimpulkan hubungan antara pernyataan, deskripsi, pertanyaan atau bentuk lainnya.

INFERENSI

- adalah kemampuan untuk mengidentifikasi dan memilih elemen yang dibutuhkan untuk menyusun simpulan yang beralasan; untuk menduga dan menegakkan diagnosis; untuk mempertimbangkan informasi apa sajakah yang dibutuhkan dan untuk memutuskan konsekuensi apa yang harus diambil dari data, informasi, pernyataan, kejadian, prinsip, opini, konsep, dan lain sebagainya

EXPLANATION

- Adalah kemampuan untuk menjelaskan apa yang difikirkannya serta bagaimana dan mengapa ia sampai pada keputusan tersebut.

SELF REGULATION

- kemampuan untuk selalu melihat ulang pada seluruh dimensi critical thinking yang dilakukannya dan mengeceknya berulang kali atas apa yang dilakukannya pada keseluruhan kegiatan critical thinking-nya tersebut.

PROSES BERFIKIR KRITIS:

- Mengidentifikasi adanya masalah
- Analisis semua informasi yg berkaitan dengan masalah tsb
- Evaluasi informasi/meninjau asumsi dan bukti
- Membuat kesimpulan

BERFIKIR KRITIS DLM KEPERAWATAN

- Berpikir kritis dalam keperawatan merupakan suatu **komponen esensial** dari akuntabilitas profesional dan **kualitas asuhan keperawatan**.
 - Perawat diminta untuk bisa berpikir kritis dengan **menggunakan pengetahuan** mengenai ilmu keperawatannya secara menyeluruh agar bisa **memberikan perawatan** yang efektif.

FUNGSI DAN MANFAAT

- Penerapan profesionalisme
- Penting dalam membuat keputusan
- Argumentasi dalam keperawatan
- Penerapan dalam proses keperawatan

- Perawat harus mampu mengembangkan cara berfikir kritis dalam menghadapi setiap masalah saat memberikan asuhan keperawatan kepada pasien → **membuat keputusan klinis** yang tepat dan akurat bagi pasien

METODE BERPIKIR KRITIS

1. **Debate** → perdebatan/argumentasi.
2. **Individual decision** → individu berdebat dg.dirinya dlm proses pengb.kpts.
3. **Group discussion**
4. **Persuasi** → mempengaruhi perbuatan/keyakinan/sikap dan nilai2 dg berbagai alasan/argumen/bujukan
5. **Propaganda** → sengaja u/ mempengaruhi. Dapat baik/buruk.
6. **Coercion** → mengancam/menggunakan kekuatan u/memaksakan kehendak

MODEL BERFIKIR KRITIS *COSTA,DKK* (1985)

Remembering-menggunakan pengalaman masa lalu

Repeating –semakin sering berfikir kritis semakin mudah mengambil keputusan

Reasoning –keputusan didasari atas berfikir kritis/pertimbangan akurat

Reorganizing –mengorganisasikan fakta yg mendukung fenomena

Relating – menemukan relasi antara fenomena

Reflecting – menganalisa kembali secara hati-hati

MODEL BERPIKIR KRITIS

- T** : *Total Recall* (kemampuan mengingat)
- H** : *Habits* (kebiasaan)
- I** : *Inquiry* (penyelidikan)
- N** : *New ideas and Creativity* (ide baru & kreatif)
- K** : *Knowing how you think* (tahu bagaimana kamu berpikir)

Rubinfeld & Scheffer (2006)

I. TOTAL RECALL (KEMAMPUAN MENGINGAT)

- ❑ Mengingat fakta/suatu kejadian serta mengingat dimana dan bagaimana menemukannya ketika dibutuhkan.
- ❑ Sangat berhubungan dengan memori otak



CONTOH

Perawat telah sering melakukan intervensi keperawatan pemberian obat intravena. Perawat tersebut mencoba mengingat kembali apa dan bagaimana pemberian obat intravena yang pernah dilakukan.

Perawat membandingkan dengan standar, mencari kesenjangan yang terjadi, serta coba menjawab mengapa kesenjangan itu terjadi.

2. HABITS

- ❑ Pola pikir yang berulang-ulang akan menjadi suatu kebiasaan yang baru yang secara spontan dapat dilakukan.
- ❑ Proses berpikir dalam suatu kebiasaan sudah tersusun secara sistematis & dapat berjalan mendekati otomatis.

Contoh:

Kebiasaan perawat mencuci tangan

3. INQUIRY (PENYELIDIKAN)

- ❑ Memeriksa isu-isu secara mendalam dengan menanyakan hal-hal yang terlihat nyata, termasuk menggali dan menanyakan segala sesuatu – khususnya asumsi seseorang terhadap situasi tertentu.
- ❑ Walaupun kesimpulan dapat dibuat tanpa inquiry, tetapi dengan inquiry, hasil akan lebih baik dan akurat.



CONTOH



Hasil pengkajian perawat menemukan data adanya kemerahan di bagian tulang yang menonjol. Perawat kemudian membandingkan dengan pengetahuan yang pernah dipelajarinya, lalu dianalisis untuk memperoleh suatu kesimpulan tentang kemerahan di bagian tulang yang menonjol tersebut.

LATIHAN BERPIKIR: PEMERIKSAAN ATAS TUBUH BERTA

Jawab pertanyaan tentang Berta, dan bandingkan jawaban Anda dengan jawaban teman-teman Anda!

“Berta, 31 tahun, TB 155 cm, Akhir-akhir ini BB-nya meningkat jadi 70 kg. Ia selalu memakai baju longgar”

Kesimpulan apa yang paling tepat?

4. NEW IDEAS AND CREATIVITY (IDE-IDE BARU DAN KREATIVITAS)

- Model ini membuat seseorang berpikir melebihi buku sumber
- Kebalikan dari habits

Contoh:

Bagaimana perawat menggunakan ide-ide dan kreativitasnya dalam menyiasati kurangnya peralatan dalam memberikan asuhan keperawatan.

PENGEMBANGAN CLINICAL JUDGMENT (CLINICAL REASONING SKILLS)

CLINICAL REASONING

(Penalaran Klinis)

- Clinical reasoning adalah pola berpikir seorang klinisi untuk **menempuh tindakan bijaksana** (memiliki dasar benar, dampak baik) dalam arti melakukan tahapan tindakan terbaik sesuai dengan konteks yang spesifik.
- **Proses dimana perawat** mengumpulkan data, merencanakan dan mengimplementasikan intervensi, mengevaluasi hasil, merefleksikan dan memproses informasi sampai pada **pemahaman tentang masalah** atau situasi pasien

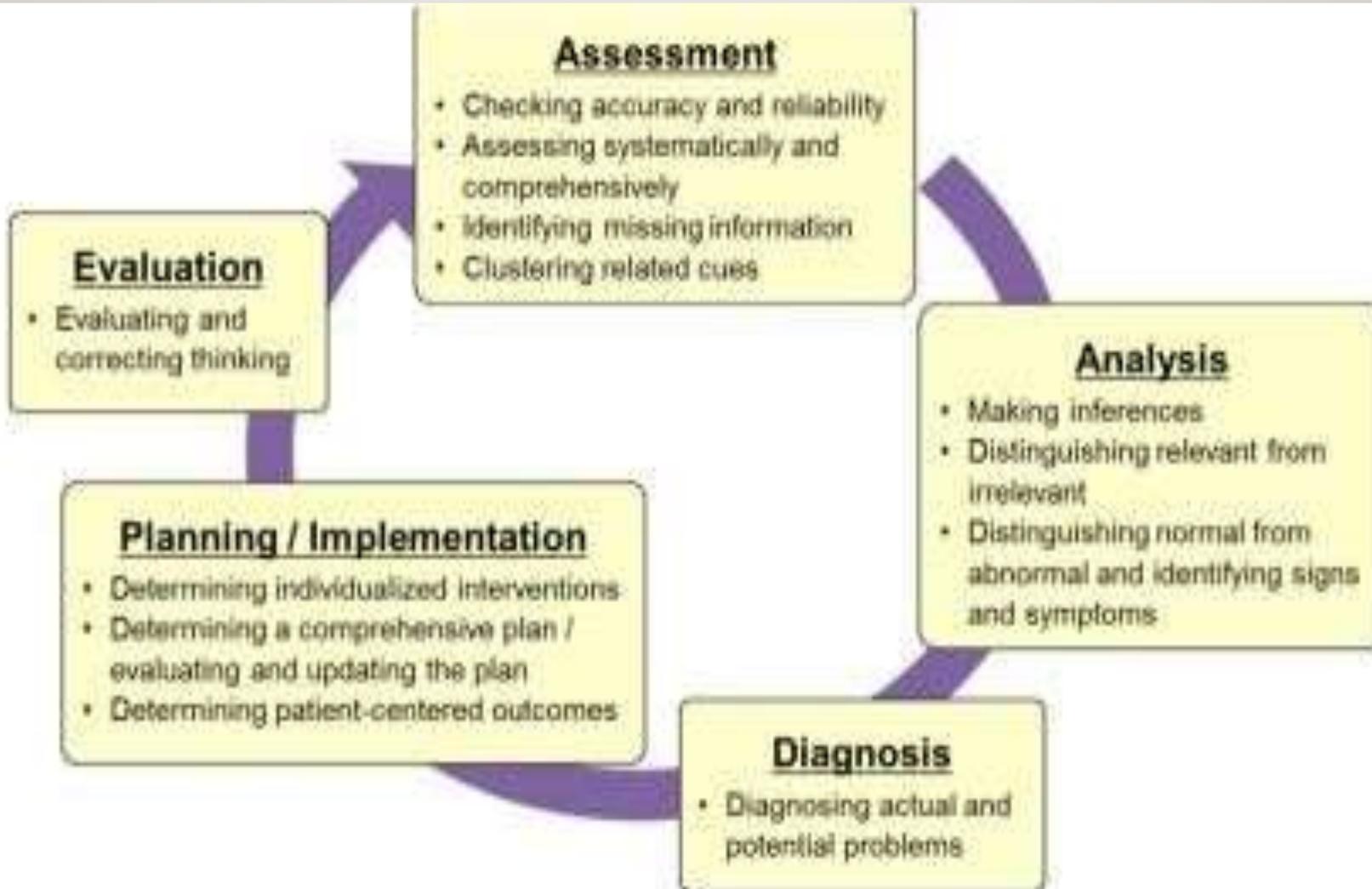
CLINICAL REASONING PROCESS

(Proses penalaran klinis)

- Proses penalaran klinik analitik atau hypothetico-deductive reasoning → lebih menjelaskan bagaimana proses kognitif seorang perawat saat berhadapan dengan pasien dibandingkan dengan konsep non analitik
- penalaran klinis dilakukan dalam lima langkah dan dipengaruhi oleh konteks klinis

CLINICAL REASONING PROCESS

(PROSES PENALARAN KLINIS)



KETERANGAN

- Langkah awal yang dilakukan perawat adalah pengkajian dan pengumpulan data mencakup data pasien, keluarga, masyarakat, lingkungan, atau kebudayaan.
- perawat akan menyusun hipotesis yang memungkinkan dari masalah pasien tadi.
- perawat menentukan diagnosis keperawatan dengan menguraikan respon individu terhadap proses penyakit yang dialami pasien yaitu masalah diagnosis yang actual dan potensial
- Langkah selanjutnya menentukan planning atau implementasi
- Perawat menggunakan berbagai kemampuan dalam memutuskan efektif atau tidaknya pelayanan keperawatan yang diberikan

KEGIATAN UNTUK MENENTUKAN HASIL EVALUASI

- Mengkaji ulang tujuan klien dan kriteria hasil yang telah ditetapkan
- Mengumpulkan data yang berhubungan dengan hasil yang diharapkan.
- Mengukur pencapaian tujuan.
- Mencatat keputusan atau hasil pengukuran pencapaian tujuan.
- Melakukan revisi atau modifikasi terhadap rencana keperawatan bila perlu

CLINICAL JUDGMENT

(PENGAMBILAN KEPUTUSAN KLINIS)

- Pengambilan keputusan klinis keperawatan dibangun berdasarkan pengetahuan klinis dan data medis pasien
- Menjadikan pasien sebagai tujuan utama ketika kita memecahkan masalah pada pasien

**PEMIKIRAN ATAU
PENALARAN KRITIS
DIGUNAKAN UNTUK
MENGAMBIL KEPUTUSAN
KLINIS**

PERILAKU PEMIKIR KRITIS

- Disiplin
- Persisten
- Kreatif
- Rasa ingin tahu
- Integritas
- Rendah hati
- Percaya diri
- Berpikir independen
- Keadilan
- Tanggung jawab
- Mau mengambil resiko

FAKTOR YANG MENGHAMBAT PENGAMBILAN KEPUTUSAN

- Pengetahuan teoritis
- Pengalaman yang diperoleh dalam praktik
- Penilaian
- Penalaran yang kurang

METODE ILMIAH

- Metode → **cara** seseorang dalam melakukan suatu kegiatan untuk memecahkan masalah yang ada secara sistematis
- Ilmiah → cara mendapatkan pengetahuan secara alami dan **berdasarkan bukti fisik**
- Metode ilmiah → suatu **proses** atau prosedur keilmuan untuk **mendapatkan pengetahuan secara sistematis yang berdasarkan bukti fisis**
- Perawat menggunakan metode ilmiah untuk mencari kebenaran atau mengonfirmasi suatu fakta

TUJUAN METODE ILMIAH

- Pembuktian terhadap suatu kebenaran yang dapat dipengaruhi oleh pertimbangan-pertimbangan atau penilaian yang logis
- Mencari pengetahuan yang dimulai dari perumusan masalah, pengumpulan data, analisis data, menarik kesimpulan
- **Membantu memecahkan masalah** dengan bukti-**bukti** yang bisa dibuktikan dengan data

KRITERIA METODE ILMIAH

- Berdasarkan kenyataan atau fakta
- Bebas dari prasangka
- Memakai prinsip analisa
- Menggunakan hipotesis
- Objektif

LANGKAH-LANGKAH METODE ILMIAH

- Melakukan observasi
- Melakukan identifikasi masalah
- Mengumpulkan data
- Menyatakan hipotesis
- Menguji hipotesis
- Melakukan evaluasi

PERAN PERAWAT DALAM RISET KEPERAWATAN

- Menyadari nilai dan relevansi riset keperawatan
- Membantu mengidentifikasi area masalah riset keperawatan
- Membantu pelaksanaan pengumpulan data dalam riset keperawatan
- Menerapkan hasil penemuan riset dalam praktik klinik keperawatan

PENELITIAN DALAM PRAKTIK KEPERAWATAN (EVIDANCE BASED NURSING PRACTICE)

- Penggunaan bukti untuk mendukung pengambilan keputusan di pelayanan kesehatan
- **Penggunaan bukti** eksternal, bukti internal serta manfaat dan keinginan pasien untuk mendukung **pengambilan keputusan** di pelayanan kesehatan

KOMPONEN EBP

- Bukti internal → penilaian klinis, hasil dari proyek peningkatan kualitas dalam rangka meningkatkan kualitas pelayanan, hasil dari pengakjian dan evaluasi pasien, alasan klinis, evaluasi dan penggunaan sumber daya tenaga kesehatan, mencapai hasil yang diharapkan
- Bukti eksternal → hasil penelitian, teori yang lahir dari penelitian, pendapat ahli, hasil diskusi
- Manfaat dan keinginan pasien → memberikan manfaat terbaik untuk kondisi pasien saat ini dan meminimalkan pembiayaan

MANFAAT EBP

- menjadi jembatan antara penelitian dan praktik
- mengeliminasi penelitian dengan kualitas penelitian yang buruk
- Mencegah terjadinya informasi yang overload terkait hasil penelitian
- Mengeliminasi budaya

7 LANGKAH DALAM EBP

- Menanyakan pertanyaan menggunakan format klinik dengan (Populasi, PICO/PICOT
- Intervensi atau Issue of Interest, Intervensi pembanding/kelompok pembanding, outcome/hasil-hasil yang diharapkan, time frame (batas waktu)
- Mencari dan mengumpulkan bukti-bukti
- Melakukan penilaian kritis terhadap bukti-bukti
- Mengintegrasikan bukti-bukti
- Mengevaluasi outcome dari perubahan yang telah diputuskan berdasarkan bukti-bukti
- Menyebarkan hasil dari EBP

PICO

P	I	C	O
Population Patient Problem	Intervention Or Exposure	Comparison	Outcome
Who are the patients? What is the problem?	What do we do to them? What are they exposed to?	What do we compare the intervention with?	What happens? What is the outcome?

CRITICAL THINKING



problem



thinking



solution

TERIMA KASIH



Diagnosis Keperawatan

Brigitta Ayu Dwi S.,M.Kep



PENGERTIAN

Diagnosa keperawatan merupakan penilaian klinis tentang respons manusia terhadap kondisi kesehatan/proses kehidupan, atau kerentanan terhadap respons oleh individu, keluarga, kelompok, atau masyarakat (Herdman, 2018)

Suatu diagnosis keperawatan memberi dasar untuk pemilihan tindakan keperawatan demi mencapai hasil asuhan yang dipertanggungjawabkan oleh perawat.

Next

Diagnosis keperawatan merupakan pernyataan yang menggambarkan tentang masalah atau status kesehatan klien, baik actual maupun potensial, yang ditetapkan berdasarkan analisis dan interpretasi data hasil pengkajian.

Diagnosis Medis vs Diagnosis Keperawatan

Diagnosis Medis

- Menggambarkan Proses Penyakit
- Berorientasi pada proses patologi
- Digambarkan dengan kata-kata singkat
- Mengarah pada penatalaksanaan medis
- Mempunyai sistem klasifikasi
- Statis

Diagnosis Keperawatan

- Menggambarkan respon klien thd penyakit
- Berorientasi pada individu
- Belum ada taxonomi yang universal
- Mengarah pada tindakan keperawatan
- Tidak mempunyai sistem klasifikasi
- Dinamis

Tujuan diagnosis keperawatan

Untuk mengidentifikasi :

1. Masalah/adanya respon klien terhadap status kesehatan atau penyakit
2. Faktor-faktor yang menunjang atau menyebabkan suatu masalah
3. Kemampuan klien untuk mencegah atau menyelesaikan masalah

PERSYARATAN PENYUSUNAN DIAGNOSIS KEPERAWATAN

1. Perumusan harus jelas dan singkat dari respon klien terhadap situasi atau keadaan yang dihadapi
2. Spesifik dan akurat (pasti)
3. Dapat merupakan pernyataan dari penyebab
4. Memberikan arahan pada asuhan keperawatan
5. Dapat dilaksanakan oleh perawat
6. Mencerminkan keadaan kesehatan klien.

Dasar Diagnosis

- NANDA International Nursing Diagnoses :
Definition and Classification
- SDKI/Standar Diagnosis Keperawatan
Indonesia : Definisi dan Indikator Diagnostik

Macam-macam diagnosis keperawatan/NANDA

AKTUAL/BERFOKUS MASALAH

- Menggambarkan adanya respons manusia yang *tidak diinginkan* terhadap gangguan kesehatan/ yang ada dalam proses kehidupan individu, keluarga, kelompok, atau komunitas

RISIKO

- Menggambarkan adanya *kerentanan* individu, keluarga, kelompok, atau masyarakat untuk mengembangkan respon manusia yang tidak diinginkan terhadap gangguan kesehatan/ proses kehidupan.

PROMOSI KESEHATAN (WELLNESS)

- menggambarkan adanya keinginan dan motivasi klien untuk meningkatkan kondisi kesehatannya ke tingkat yang lebih baik atau optimal

CONTOH MASING-MASING DIAGNOSIS KEPERAWATAN

DIAGNOSIS KEPERAWATAN AKTUAL/BERFOKUS MASALAH

- Hambatan menjadi orang tua terhutang cergar kesiapan kognitif untuk menjadi orang tua dan usia muda

DIAGNOSIS KEPERAWATAN RISIKO

- Risiko ketegangan peran pemberian asuhan yang dibuktikan dengan penyakit yang tidak dapat diprediksi dan kompleksitas tugas pemberi asuhan

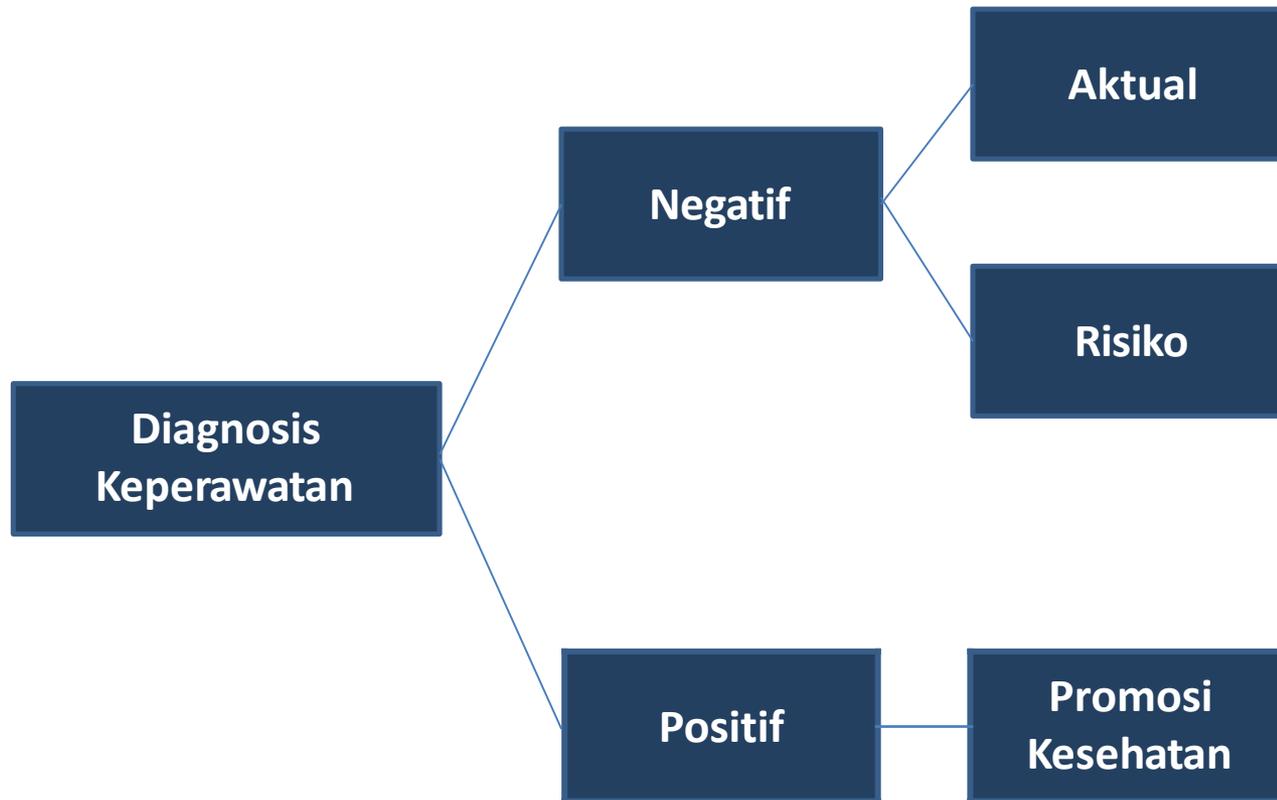
DIAGNOSIS KEPERAWATAN PROMOSI KESEHATAN

- Kesiapan meningkatkan pola tidur yang dibuktikan dengan ekspresi keinginan meningkatkan tidur

Jenis Diagnosis Keperawatan/SDKI

- **Diagnosis Negatif** : menunjukkan bahwa klien dalam kondisi sakit atau berisiko mengalami sakit sehingga penegakan diagnosis ini akan mengarahkan pemberian intervensi keperawatan yang bersifat penyembuhan, pemulihan, dan pencegahan
- **Diagnosis Positif** : menunjukkan bahwa klien dalam kondisi sehat dan dapat mencapai kondisi yang lebih sehat atau optimal. Diagnosis ini disebut **Diagnosis Promosi Kesehatan**.

Jenis Diagnosis Keperawatan/SDKI



Diagnosis Aktual

Diagnosis ini menggambarkan respon klien terhadap kondisi kesehatan atau proses kehidupannya yang menyebabkan klien mengalami masalah kesehatan. Tanda/gejala mayor dan minor dapat ditemukan dan divalidasi pada klien.

Diagnosis Risiko

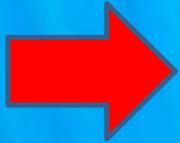
Diagnosis ini menggambarkan respons klien terhadap kondisi kesehatan atau proses kehidupannya yang dapat menyebabkan klien berisiko mengalami masalah kesehatan. Tidak ditemukan tanda/gejala mayor dan minor pada klien, namun klien memiliki faktor risiko mengalami masalah kesehatan.

P R O B L E M



- Merupakan gambaran keadaan klien dimana tindakan keperawatan dapat diberikan.
- Masalah adalah kesenjangan atau penyimpangan dari keadaan normal yang seharusnya tidak terjadi.

ETIOLOGI



- Keadaan yang menunjukkan penyebab keadaan atau masalah kesehatan yang memberikan arah terhadap terapi keperawatan.
- Penyebabnya meliputi : perilaku,
- lingkungan, interaksi antara perilaku dan lingkungan.

Etiologi dapat dibentuk dari

- a) Patofisiologi penyakit : adalah semua proses penyakit, akut atau kronis yang dapat menyebabkan / mendukung masalah.
- b) Situasional : personal dan lingkungan (kurang pengetahuan, isolasi sosial, dll)
- c) Medikasi (berhubungan dengan program pengobatan/perawatan): keterbatasan institusi atau rumah sakit, sehingga tidak mampu memberikan perawatan.
- d) Maturasional :
 - Adolesent : ketergantungan dalam kelompok
 - Young Adult : menikah, hamil, menjadi orang tua
 - Dewasa : tekanan karier, tanda-tanda pubertas.

Sign & symptom (S/tanda & gejala)

Merupakan ciri, tanda atau gejala, yang merupakan informasi yang diperlukan untuk merumuskan diagnosis keperawatan.

Sign and Symptom

Tanda merupakan data objektif yang diperoleh dari hasil pemeriksaan fisik, pemeriksaan laboratorium dan prosedur diagnostic, sedangkan **gejala** merupakan data subjektif yang diperoleh dari hasil anamnesis.

Dalam SDKI, Tanda/ gejala dikelompokkan menjadi dua kategori, yaitu :

1. Mayor : tanda/gejala ditemukan sekitar 80-100 % untuk validasi diagnosis
2. Minor : Tanda/ gejala tidak harus ditemukan, namun jika ditemukan dapat mendukung penegakan diagnosis

Komponen Diagnosis Keperawatan

Problem/masalah

P

Etiologi/Penyebab

E

**Sign &
Symptom/tanda
dan gejala**

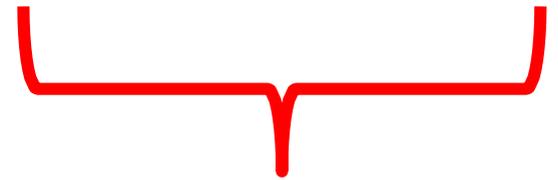
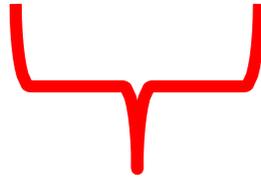
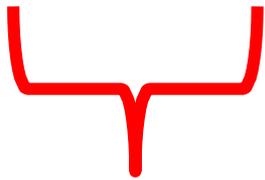
S



Contoh komponen diagnosa keperawatan

Data	Etiologi	Problem
<p>DS :</p> <p>Pasien mengatakan nyeri post operasi hari ke-1</p> <p>P: Post Thyroidektomi</p> <p>Q: Seperti tertarik</p> <p>R : Di leher sebelah kanan</p> <p>S : Skala 5</p> <p>T : Hilang timbul</p> <p>DO :</p> <p>Pasien terlihat menahan nyeri</p> <p>TD : 105/82 mmHg</p> <p>RR : 21 x/menit</p>	<p>Agen cidera fisik</p>	<p>Nyeri akut</p>
<p>DS:</p> <p>Pasien mengatakan mandi dibantu orang lain</p> <p>DO :</p> <p>Pasien terlihat masih takut dalam melakukan aktivitas mandi secara mandiri</p>	<p>Penurunan motivasi</p>	<p>Defisit perawatan diri : mandi</p>

Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik



P

**HANYA KATA SAMBUNG/
KATA HUBUNG**

E

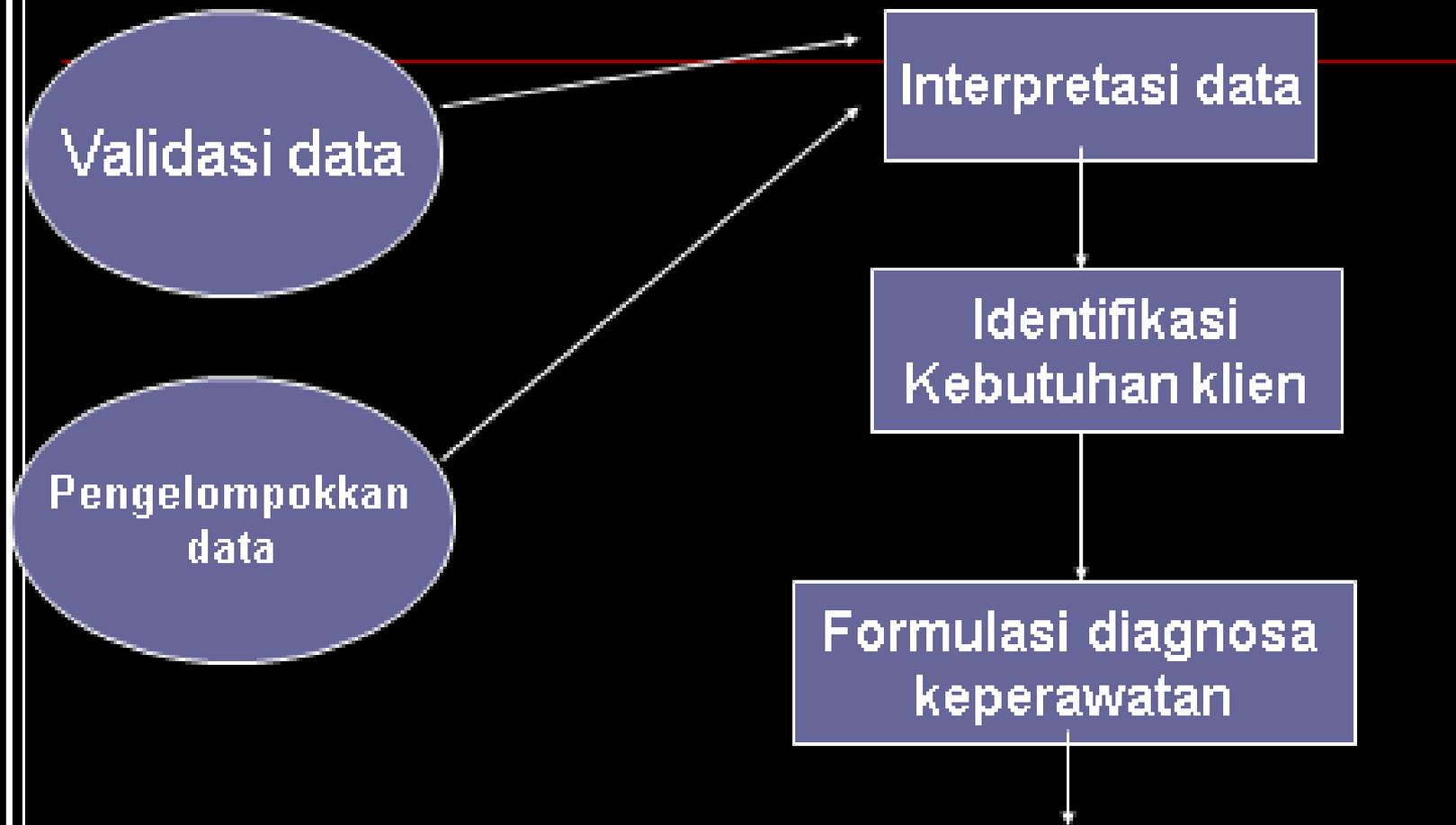
Perumusan Diagnosis Keperawatan

No	Jenis Diagnosis Keperawatan	Komponen dan penulisan diagnosis
1	Diagnosis Aktual	Masalah b.d Penyebab d.d tanda/gejala
2	Diagnosis Risiko	Masalah d.d faktor risiko
3	Diagnosis Promosi Kesehatan	Masalah d.d tanda/gejala

b.d = berhubungan dengan
d.d = ditandai/ dibuktikan dengan

Dalam pendokumentasian tidak boleh menggunakan singkatan

Proses merumuskan diagnosa keperawatan



VERIFIKASI DATA

1. Verifikasi kekuatan dan masalah bersama klien, keluarga dan tenaga kesehatan lain
2. Tentukan pada pola yang mana masalah tersebut muncul

LABEL DATA

1. Beri label pada masalah
2. Prioritaskan masalah

PENDOKUMENTASIAN DATA

1. Catat diagnosa keperawatan dan masalah kolaborasi pada format yang tersedia

Contoh :

1. Data subyektif :.....Data objektif :
2. Interpretasinya (masalah keperawatan)
3. Validasi/double checking. Agar masalah tidak keliru, akurat
4. Penyusunan diagnosis keperawatan

Kesalahan yang terjadi

Pengumpulan data : kurang pengetahuan atau ketrampilan, data tidak akurat, data hilang, tidak tersusun dengan baik, pengkajian kurang mendalam

Interpretasi data : Interpretasi tidak akurat, jumlah data tidak cukup, data invalid, mengabaikan pengaruh budaya atau tingkat perkembangan

Pengelompokkan data : data tidak mencukupi, pengkajian terlalu cepat (prematur), pengelompokan tidak benar

Pemberian label : Salah memilih label, tidak dilakukan validasi data ke klien, tidak ada petunjuk

CARA MEMPRIORITASKAN MASALAH KEPERAWATAN



HIRARKI MASLOW

1. Fisiologis : respirasi, suhu, nutrisi, nyeri, cairan, perawatan kulit, mobilitas dan eliminasi
2. Aman dan keselamatan : lingkungan, perlindungan, pakaian, bebas infeksi, bebas takut
3. Kasih sayang : sex, dicintai-mencintai
4. Harga diri : mendapat respek dari keluarga, perasaan menghargai diri sendiri
5. Aktualisasi : kepuasan

MENCEGAH KESALAHAN DALAM MENEGAKKAN DIAGNOSIS KEPERAWATAN

Tidak menggunakan istilah medis

Cth : mastektomi berhubungan dengan kanker

Jangan merumuskan diagnosis keperawatan sebagai suatu intervensi keperawatan

Cth : menggunakan pispot sesering mungkin berhubungan dengan dorongan ingin berkemih

Jangan menggunakan istilah yang tidak jelas. Gunakan istilah/pernyataan yang lebih spesifik

Cth : tidak efektifnya bersihan alan nafas berhubungan dengan kesulitan bernafas

Jangan menuliskan diagnosis keperawatan yang mengulangi instruksi dokter

Cth : instruksi untuk puasa

PERLU DIINGAT

1. Diagnosis keperawatan tidak boleh menamakan ulang diagnosis medis
2. Fokus perawat pada tingkat respon bukan di tingkat situasi

Bersihkan Jalan Napas Tidak Efektif

D.2001

Kategori: Fisiologi
Subkategori: Respon

Defensi

Hal ini mampu membersihkan sekret atau obstruksi jalan napas untuk mempertahankan jalan napas tetap paten.

Respon

Fisiologi

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

Diagnosis

1. Mendek aktif
2. Mendek pasif
3. Terpapar polutan

Diagnosa dan Tanda Mayor

Subjektif
(jalan tersedu)

Objektif

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

Diagnosa dan Tanda Minor

Subjektif

1. Dispnea
2. Suhu tubuh
3. Ortopnea

Objektif

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

thank
you

The image features the words "thank you" written in a teal, cursive script. The letters are filled with a teal color and decorated with intricate white and yellow patterns, including floral motifs and leaf-like designs. A yellow leafy branch is positioned above the "t" and "h", and another is above the "k". The word "thank" is on the top line, and "you" is on the bottom line. The entire design is set within a thin black rectangular border.

NURSING PROCESS

- **Brigitta Ayu Dwi Susanti, M.Kep**

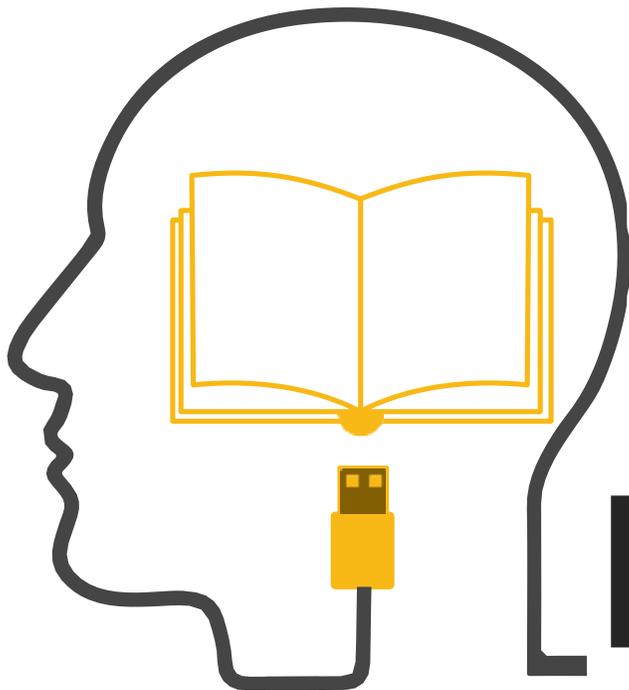
Proses rangkaian kegiatan rangkaian kegiatan atau tahapan untuk meraih tujuan tertentu

Kerangka kerja untuk memberikan pelayanan keperawatan yg profesional dan berkualitas

Pendekatan penyelesaian masalah/problem solving yang dilakukan oleh perawat

Cara atau proses berfikir kritis dalam keperawatan

Metode ilmiah yang dipakai dalam memberikan asuhan keperawatan yang profesional



DEFINI



Sejarah



- Proses keperawatan dikenalkan oleh Ida Jean Orlando tahun 1958
- Sampai saat ini masih digunakan dan paling banyak digunakan oleh profesi perawat dalam memprioritaskan, mengorganisasi dan memberikan perawatan pada pasien

Proses Keperawatan



Pendekatan keperawatan professional yang dilakukan untuk mengidentifikasi, mendiagnosis dan mengatasi respon manusia terhadap kesehatan dan penyakit (American Nurses Association, 2003)

Suatu tahapan desain tindakan keperawatan yang ditujukan untuk memenuhi tujuan keperawatan, yang meliputi: mempertahankan keadaan kesehatan klien yang optimal

PROSES KEPERAWATAN

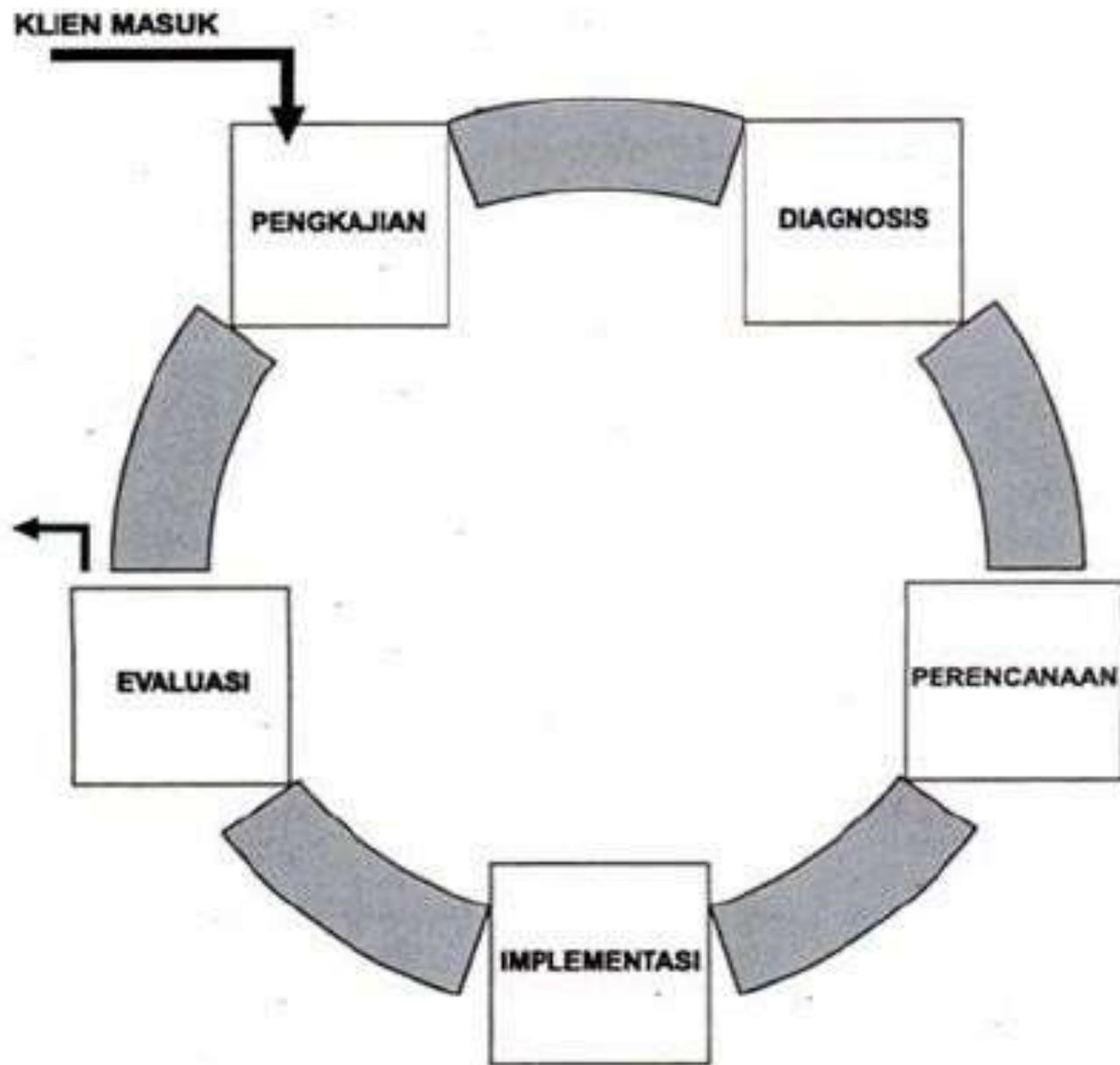
Serangkaian tindakan yg sistematis dan berkesinambungan, yg meliputi tindakan

- ✓ Mengidentifikasi masalah kesehatan individu/kelompok, baik yg aktual maupun potensial
- ✓ Merencanakan tindakan untuk menyelesaikan, mengurangi, atau mencegah terjadinya suatu masalah
- ✓ Melaksanakan tindakan atau menugaskan orang lain untuk melaksanakan tindakan keperawatan
- ✓ Mengevaluasi keberhasilan dari tindakan yang dikerjakan

perawat menggunakan dasar pengetahuan yang komprehensif →

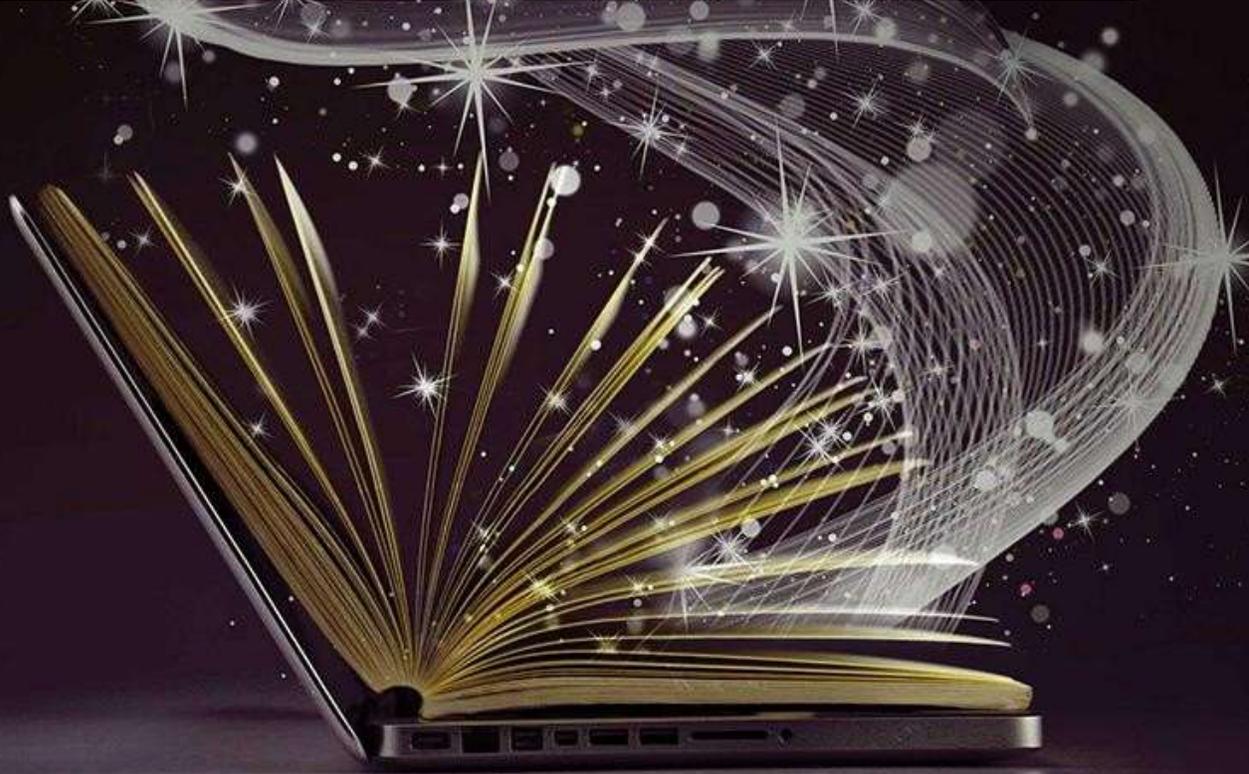
Proses keperawatan sebagai metode penyelesaian masalah keperawatan

- ✓ proses keperawatan merupakan metode ilmiah yang digunakan secara sistematis
- ✓ menggunakan konsep dan prinsip ilmiah yang digunakan secara sistematis
- ✓ mencapai diagnosis masalah kesehatan pasien, merencanakan dan tujuan yang ingin dicapai, hasil tindakan asuhan keperawatan



Gambar 1. Tahapan proses keperawatan

Tahapan Proses Keperawatan



- Tidak bersifat linier, tetapi saling mempengaruhi satu sama lain
- Jika 1 proses belum terlampaui maka proses lain tdk bisa dilaksanakan
- Bersifat tumpang tindih, proses sebelumnya akan mempengaruhi proses yang sesudahnya , demikian pula sebaliknya

Karakteristik proses keperawatan

- Dinamis

Dapat berubah jika kondisi pasien berubah

- Siklis

Berjalan secara berurutan; berjalan terus-menerus sampai masalah teratasi atau pasien meninggal

- Interdependent

Tahapan yang saling bergantung; sebagai dasar tahap selanjutnya

- Fleksibel/luwes/tidak kaku

Dapat dipakai pada klien sebagai individu/kelompok/keluarga/komunitas; dapat diberikan dlm memberikan perawatan pd seluruh rentang kehidupan; seluruh tatanan layanan kesehatan

Karakteristik proses keperawatan

- Berpusat pada pasien/patient centered dan Goal directed

Responsif terhadap kebutuhan, preferensi dan nilai pasien. Sbg perawat bertindak sebagai advokat pasien, melindungi hak pasien untuk membuat keputusan, melibatkan pasien dalam menetapkan dan mencapai tujuan

- Collaborative and Interpersonal

Mebutuhkan hubungan interaksi antara pasien, keluarga, tim kesehatan lain. Saling menghormati, kerjasama, komunikasi yang jelas, pengambilan keputusan berbagai pihak.

- Systematic and Scientific

Proses berurutan yang di dasarkan pada bukti ilmiah (evidence based)

- Membutuhkan berfikir kritis

Dalam melakukan proses keperawatan harus menggunakan pengetahuan, pengalaman, dan informasi tentang pasien untuk menentukan keputusan terbaik tentang asuhan keperawatan

TUJUAN



Memberikan metode sistematis bagi praktek keperawatan

Memudahkan pendokumentasian

Mengevaluasi efektifitas dan efisiensi asuhan

Memberikan asuhan keperawatan yang berkesinambungan dan menghindari kesalahan

PENGKAJIAN

- Tahap awal dari proses keperawatan
- Merupakan suatu proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien (Iyer et al, 1966)
- Informasi yg diperoleh digunakan untuk mengidentifikasi masalah aktual, atau potensial masalah yang perlu untuk ditangani saat merawat pasien.
- Pengkajian adalah upaya mengumpulkan data secara lengkap dan sistematis untuk dikaji dan dianalisis sehingga masalah kesehatan dan keperawatan yang di hadapi pasien baik fisik, mental, sosial maupun spiritual dapat ditentukan.

contoh

Pasien lansia datang ke IGD dengan riwayat jatuh

dirumah sehingga terluka

- Apa yang harus perawat lakukan?
- Untuk menentukan mengapa kondisi tsb dapat terjadi pada pasien
- Mengkaji kesehatan fisik dan mental secara menyeluruh
- Mengkaji riwayat medis
- Riwayat konsumsi obat, alcohol narkoba
- Kondisi ruangan tempat tinggal: tangga, kondisi lantai licin, cairan atau tumpahan makanan, penerangan, alat bantu mobilitas yg digunakan

Pengkajian

Tahapan pengkajian:

Pengumpulan data

Pengelompokan data

Pengorganisasian data

Analisa data



DIAGNOSA KEPERAWATAN

- Langkah kedua dalam proses keperawatan untuk mengidentifikasi masalah kesehatan yang actual maupun potensial berdasarkan informasi yang dikumpulkan selama penilaian.
- Diagnosa Keperawatan adalah suatu pernyataan yang **menjelaskan respon manusia** (status kesehatan atau resiko perubahan pola) dari individu atau kelompok
- Dimana perawat dapat **mengidentifikasi dan memberikan intervensi** secara pasti
- untuk menjaga status kesehatan menurunkan, membatasi, mencegah dan merubah (Carpenito,2000).
- **perumusan harus jelas dan singkat dari respons klien** terhadap situasi atau keadaan yang dihadapi, spesifik dan akurat, memberikan arahan pada asuhan keperawatan, dapat dilaksanakan oleh perawat dan **mencerminkan keadaan kesehatan klien.**

Hasil pengkajian diperoleh:
pasien jatuh karena tergelincir
yang disebabkan oleh lantai
licin, dan penglihatan pasien
kabur karena menderita DM

Resiko jatuh ditandai
dengan riwayat jatuh,
gangguan penglihatan

Risiko Jatuh

Kategori: Lingkungan
Subkategori: Keamanan dan Proteksi

D.0143

Definisi

Berisiko mengalami kerusakan fisik dan gangguan kesehatan akibat terjatuh.

Faktor Risiko

1. Usia ≥ 65 tahun (pada dewasa) atau ≤ 2 tahun (pada anak)
2. Riwayat jatuh
3. Anggota gerak bawah prostesis (buatan)
4. Penggunaan alat bantu berjalan
5. Penurunan tingkat kesadaran
6. Perubahan fungsi kognitif
7. Lingkungan tidak aman (mis. licin, gelap, lingkungan asing)
8. Kondisi pasca operasi
9. Hipotensi ortostatik
10. Perubahan kadar glukosa darah
11. Anemia
12. Kekuatan otot menurun
13. Gangguan pendengaran
14. Gangguan keseimbangan
15. Gangguan penglihatan (mis. glaukoma, katarak, ablasio retina, neuritis optikus)
16. Neuropati
17. Efek agen farmakologis (mis. sedasi, alkohol, anastesi umum)

Kondisi Klinis Terkait

1. Osteoporosis
2. Kejang
3. Penyakit sebrovaskuler
4. Katarak
5. Glaukoma
6. Demensia
7. Hipotensi
8. Amputasi
9. Intoksikasi
10. Preeklampsia

- Mengidentifikasi masalah dimana adanya respon pasien terhadap status kesehatan atau penyakit
- Faktor2 yang menunjang atau menyebabkan satu masalah
- Kemampuan klien untuk menyelesaikan masalah

Komponen-komponen diagnosis pada masing-masing jenis diagnosis keperawatan dan metode penulisan diagnosisnya dapat dilihat pada tabel 3.3 berikut.

No	Jenis Diagnosis Keperawatan	Komponen dan Penulisan Diagnosis
1	Diagnosis Aktual	Masalah b.d. Penyebab d.d. Tanda/Gejala
2	Diagnosis Risiko	Masalah d.d. Faktor Risiko
3	Diagnosis Promosi Kesehatan	Masalah d.d. Tanda/Gejala

Keterangan : b.d.: berhubungan dengan; d.d.: dibuktikan dengan

Tabel 3.3. Jenis, Komponen dan Penulisan Diagnosis Keperawatan

Rencana Keperawatan

- Langkah ke-3 dalam proses keperawatan
- Mengembangkan rencana asuhan keperawatan (NCP-nursing care plane) yang meliputi tujuan dan strategi untuk menangani masalah yang teridentifikasi selama pengkajian-diagnosis
- Langkah-langkah dalam membuat perencanaan keperawatan meliputi:
 - penetapan prioritas
 - penetapan tujuan dan kriteria hasil yang diharapkan
 - menentukan intervensi keperawatan yang tepat dan pengembangan rencana asuhan keperawatan.

Tingkat Jatuh

L.14138

Definisi

Derajat jatuh berdasarkan observasi atau sumber informasi

Ekspektasi

Menurun

Kriteria Hasil

	Menurun	Cukup Menurun	Sedang	Cukup Meningkat	Meningkat
Jatuh dari tempat tidur	1	2	3	4	5
Jatuh saat berdiri	1	2	3	4	5
Jatuh saat duduk	1	2	3	4	5
Jatuh saat berjalan	1	2	3	4	5
Jatuh saat dipindahkan	1	2	3	4	5
Jatuh saat naik tangga	1	2	3	4	5
Jatuh saat di kamar mandi	1	2	3	4	5
Jatuh saat membungkuk	1	2	3	4	5

Definisi
Mengidentifikasi dan menurunkan risiko terjatuh akibat perubahan kondisi fisik atau psikologis.

- Diagnosa
- Observasi
 - Identifikasi faktor risiko jatuh (mis. usia >65 tahun, penurunan tingkat kesadaran, defisit kognitif, hipotensi ortostatik, gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan, neuropati)
 - Identifikasi risiko jatuh setidaknya sekali setiap shift atau sesuai dengan kebijakan institusi
 - Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh (mis. lantai licin, penerangan kurang)
 - Hitung risiko jatuh dengan menggunakan skala (mis. *Fall Morse Scale*, *Humpty Dumpty Scale*), jika perlu
 - Monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya

- Terapeutik
- Orientasikan ruangan pada pasien dan keluarga
 - Pastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci
 - Pasang *handrail* tempat tidur
 - Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah
 - Tempatkan pasien berisiko tinggi jatuh dekat dengan pantauan perawat dari *nurse station*
 - Gunakan alat bantu berjalan (mis. kursi roda, *walker*)
 - Dekatkan bel pemanggil dalam jangkauan pasien

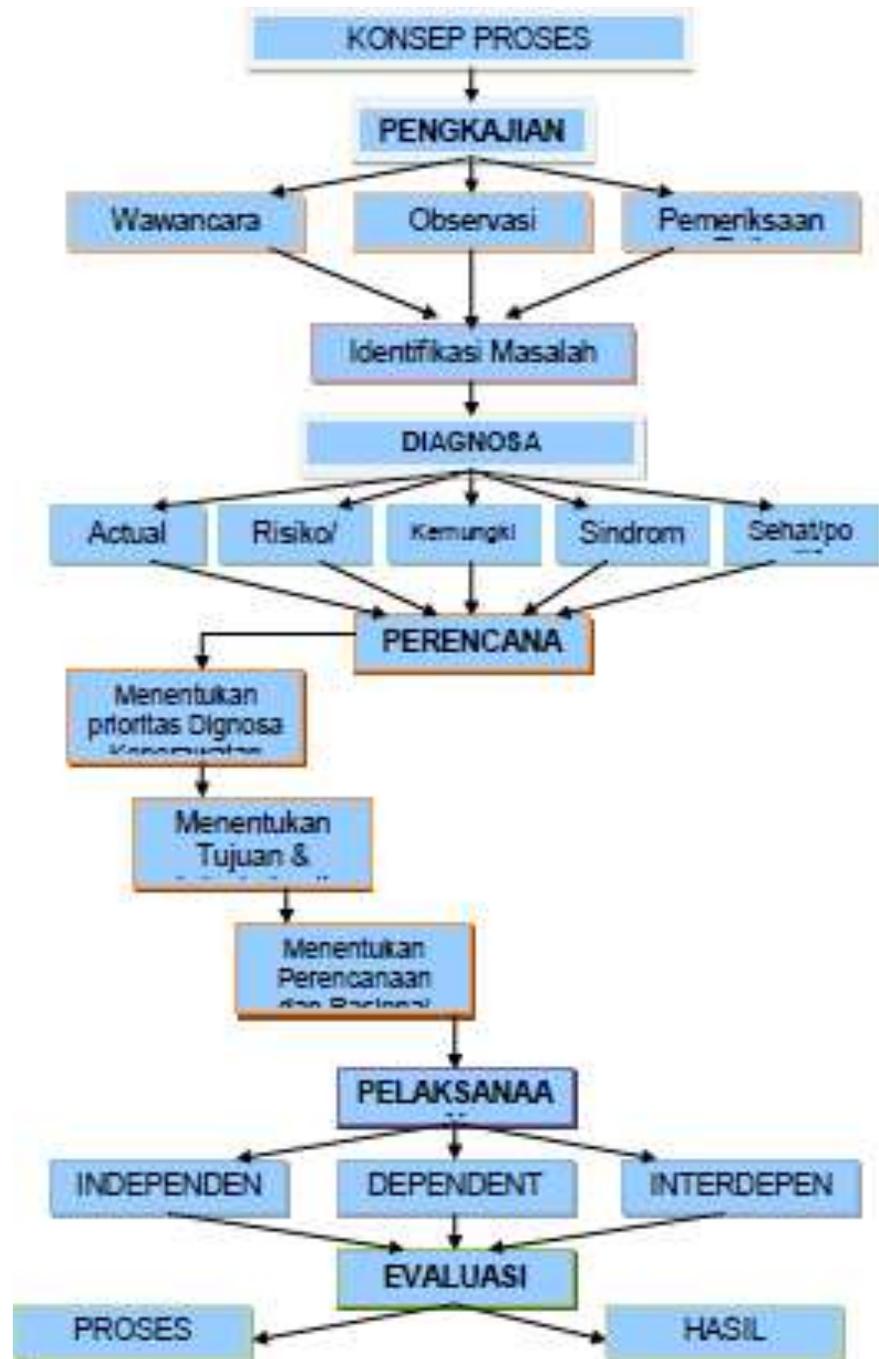
- Edukasi
- Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah
 - Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin
 - Anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh
 - Anjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri
 - Ajarkan cara menggunakan bel pemanggil untuk memanggil perawat

Implementasi keperawatan

- Melaksanakan rencana keperawatan ke dalam tindakan -- aktif
- Implementasi Keperawatan merupakan inisiatif dari rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang spesifik.
- Tahap pelaksanaan dimulai dimulai setelah rencana tindakan disusun dan ditujukan pada nursing orders untuk membantu klien mencapai tujuan yang diharapkan.
- perawat harus mempunyai kemampuan kognitif (intelektual), kemampuan dalam hubungan interpersonal, dan keterampilan dalam melakukan tindakan.
- Berpusat pada kebutuhan klien

EVALUASI

- Langkah terakhir dari proses keperawatan
- evaluasi memuat criteria keberhasilan proses
- keberhasilan tindakan keperawatan.
- Apakah tujuan perawatan tercapai atau tidak



Proses Pengambilan Keputusan	Proses Keperawatan
Pengumpulan data	Pengkajian : <ul style="list-style-type: none">- Pengumpulan data- Interpretasi
Identifikasi masalah	Diagnosis keperawatan
Perencanaan : <ul style="list-style-type: none">- Penentuan tujuan- Identifikasi solusi	Perencanaan : <ul style="list-style-type: none">- Penentuan tujuan- Rencana tindakan
Implementasi	Implementasi
Evaluasi dan revisi proses	Evaluasi dan modifikasi

Manfaat proses keperawatan

- Administrasi
- meningkatkan kualitas asuhan keperawatan
- Hukum
- Tindakan yang dikerjakan merupakan tindakan yang rasional, perawat mematuhi standar asuhan yang berlaku dan menghormati hak pasien
- Ekonomi
- Pelayanan yg diberikan merupakan pelayanan dan efektif dan efisien; semua tindakan yg dilakukan adalah tindakan yg telah direncanakan dan dilakukan sesuai dengan prosedur yg ada
- Pendidikan dan penelitian
- Dipelajari saat di pendidikan; diaplikasikan saat memberikan askep secara langsung; dari dokumentasi □ penelitian

Apa hubungan antara berfikir kritis dengan proses keperawatan?

- Proses berfikir kritis dalam keperawatan tercermin dalam proses keperawatan
- Semakin baik pola berfikir kritis yang dilakukan oleh perawat, semakin berkualitas pula pelayanan keperawatan yang diberikan
- Perawat akan menggunakan seluruh komponen berfikir kritis dalam menghasilkan keputusan klinis yang aman dan menurunkan tingkat kesalahan dalam menghadapi suatu masalah.

TERIMA KASIH