

SISTEM INFORMASI ASUHAN KEPERAWATAN

Aplikasi Berbasis Digital



A Aziz Alimul Hidayat
Musrifatul Uliyah

SISTEM INFORMASI ASUHAN KEPERAWATAN

Aplikasi Berbasis Digital

A.Aziz Alimul Hidayat
Musrifatul Uliyah

Sistem Informasi Asuhan Keperawatan

Aplikasi Berbasis Digital

Penulis:

A.Aziz Alimul Hidayat

Musrifatul Uliyah

ISBN : 978-623-6418-23-9

Editor :

N. Aulia Aziz

Penyunting :

Enniq Mazayudha

Desain sampul dan Tata Letak

Fazira

Penerbit :

UMLA Press

Redaksi :

Jl. Plalangan Ploso Wahyu Lamongan, Jawa Timur

Cetakan Pertama, Oktober 2023

Hak cipta dilindungi undang-undang

Dilarang memperbanyak karya tulis ini dalam bentuk dan dengan cara apapun tanpa ijin tertulis dari penerbit.

Kata Pengantar

Segala puji bagi Allah SWT Tuhan seluruh alam atas rahmat dan hidayah-NYA penulis akhirnya dapat menyelesaikan **Buku Sistem Informasi Asuhan Keperawatan Aplikasi Berbasis Digital**. Buku ini ditulis untuk memenuhi kebutuhan dan tuntutan perkembangan ilmu keperawatan, yang disesuaikan dengan kurikulum terbaru.

Buku ini menjelaskan tentang konsep sistem informasi, sistem informasi kesehatan, pengkajian keperawatan dalam sistem informasi, diagnosis keperawatan dalam sistem informasi, perencanaan keperawatan dalam sistem informasi, pelaksanaan keperawatan dalam sistem informasi, dan evaluasi keperawatan dalam sistem informasi.

Dalam penulisan buku ini, masih banyak isi yang kurang sesuai dengan kebutuhan pembaca, untuk itu penulis mohon maaf atas segala kekurangan, dan atas selesainya buku ini, penulis mengucapkan terima kasih khususnya kepada semua yang terlibat dalam penyusunan, para reviewer dan pembaca. Akhirnya penulis sekali lagi mohon maaf, apabila ada kesamaan dalam penulisan dengan penulis terdahulu dan berterima kasih atas saran demi kesempurnaan buku ini.

Surabaya, 8 Oktober 2023
Penulis,

Aziz Alimul Hidayat

Daftar Isi

Kata Pengantar	4
Bab 1	6
Konsep Sistem Informasi	6
Bab 2	12
Sistem Informasi Kesehatan	12
Bab 3	18
Pengkajian Keperawatan dalam Sistem Informasi	18
Bab 4	49
Diagnosis Keperawatan dengan Sistem Pakar	49
Bab 5	115
Perencanaan Keperawatan dalam Sistem Informasi	115
Bab 6	127
Pelaksanaan Keperawatan dalam Sistem Informasi	127
Bab 7	131
Evaluasi Keperawatan dalam Sistem Informasi	131
Daftar Pustaka	136

Bab 1

Konsep Sistem Informasi

Tujuan Pembelajaran

Setelah mempelajari materi ini pembaca mampu menjelaskan pengertian sistem informasi, komponen sistem informasi, dan tipe-tipe sistem informasi.

1.1 Pengertian Sistem Informasi

Sistem informasi adalah serangkaian komponen yang terintegrasi untuk mengumpulkan, memproses, dan juga menyimpan data, yang akan menghasilkan berbagai informasi, pengetahuan dan produk-produk digital.

1.2 Komponen Sistem Informasi

1. Hardware

Hardware merupakan salah satu komponen paling penting dalam SI. Tanpa adanya komponen ini, kemungkinan SI tidak akan berjalan dengan lancar. Hardware yang dimaksud di sini adalah komputer yang seiring berkembangnya zaman bisa berbentuk smartphone, tablet, ipad bahkan laptop. Dengan adanya hardware, pengumpulan serta penyebaran informasi semakin kuat dan cepat.

2. Software

Software atau perangkat lunak terbagi menjadi 2 kelas, yaitu system software dan application software. System software merupakan operating system yang mendukung hardware menjadi perangkat yang berguna.

Application software merupakan sistem operasi yang biasanya kita jumpai dalam smartphone. Contohnya aplikasi email atau Excel yang dapat kamu gunakan di smartphone.

3. Telekomunikasi

Komponen berikutnya yang terdapat di dalam sistem informasi adalah telekomunikasi. Aspek satu ini sering digunakan untuk menghubungkan perangkat portabel. Istilah sederhananya bisa dikatakan sebagai jaringan nirkabel yang menghubungkan laptop atau smartphone untuk mencari dan mengumpulkan informasi alias sinyal. Tanpa adanya sinyal ini, pastinya pekerjaan manusia jadi terhambat.

Namun, jaringan ini juga ternyata banyak macamnya seperti salah satunya adalah VPN (virtual private networks). VPN ini termasuk dalam komponen jaringan untuk membantu manusia dalam mengumpulkan informasi di seluruh dunia. VPN juga bisa digunakan untuk menjaga kerahasiaan datamu saat mengakses internet.

4. Database dan data warehouse

Tempat dikumpulkannya berbagai informasi tersebut dapat dikatakan database. Sementara itu, data warehouse adalah sebuah tempat yang berisi kumpulan informasi yang tak terorganisir dan sewaktu-waktu dapat dibuka kembali. Contohnya adalah kumpulan data dari pelanggan yang telah melakukan pembelian menggunakan kartu kredit, alamat pelanggan, email, dan lain-lain. Kumpulan data yang tersimpan di data warehouse ini bisa digunakan untuk pengembangan bisnis selanjutnya, seperti promosi dan mencari prospek pelanggan di masa mendatang.

5. Sumber daya manusia

orang-orang yang memenuhi kualifikasi bisa mengembangkan SI secara terus menerus. Contohnya adalah business analyst, system analyst and designer, database administrator, programmer, computer security specialist, dan computer operator. Dengan adanya orang-orang yang memiliki ilmu khusus ini, mereka bisa mengembangkan SI jauh lebih canggih dan lebih mudah digunakan. Tidak hanya itu, mereka juga berjasa untuk memperbaiki sistem yang error atau menambah sistem yang lebih baru.

1.3 Tipe-Tipe Sistem Informasi

1. Transaction processing system (TPS)

Salah satu jenis sistem informasi yang sering dimanfaatkan perusahaan merupakan transaction processing system atau TPS. Melansir Alta Metrics, ia biasanya digunakan untuk merekam hal-hal yang bersangkutan dengan transaksi di suatu perusahaan.

Contoh penggunaannya adalah dokumentasi file dari riwayat pemesanan barang, gaji, alamat customer, dan lainnya.

TPS merupakan informasi yang digunakan untuk membuat report harian, bulanan, bahkan tahunan.

2. Decision support system (DSS)

Digunakan oleh bagian manajemen sebuah perusahaan. DSS memiliki tools untuk menganalisis data yang akan mempengaruhi seseorang dalam mengambil keputusan.

Tools ini biasanya digunakan jika ada masalah kompleks yang terjadi dan manajemen tidak bisa mengambil keputusan sendiri. DSS tidak mengambil keputusan seseorang dalam melakukan sesuatu, namun hanya membantu.

3. Executive information system (EIS)

Tipe SI yang ketiga adalah EIS. EIS juga bisa disebut sebagai Executive Support System di mana tidak semua dapat menggunakannya. Biasanya, hanya seorang manajer atau kedudukannya yang lebih tinggi dapat menggunakan EIS. EIS juga memiliki tools yang dapat menganalisis secara internal dan external. Bahkan, EIS dapat menganalisis tren saat ini untuk kebutuhan sebuah perusahaan. Data yang ditampilkan oleh EIS biasanya berbentuk grafik yang dapat diinterpretasikan kembali.

4. Management information system (MIS)

Jenis sistem informasi selanjutnya yang sering digunakan perusahaan adalah management information system atau MIS. Menurut laman Indeed, biasanya ia digunakan untuk menyajikan ringkasan rutinitas manajemen dalam operasi dasar di sebuah perusahaan. MIS juga bisa mendukung tugas-tugas organisasional yang lebih luas daripada TPS, termasuk analisis keputusan dan pembuat keputusan.

Tidak hanya itu, MIS juga menghasilkan informasi yang digunakan untuk membuat keputusan serta dapat menyatukan beberapa fungsi informasi yang tersimpan di dalam database.

5. Workflow system

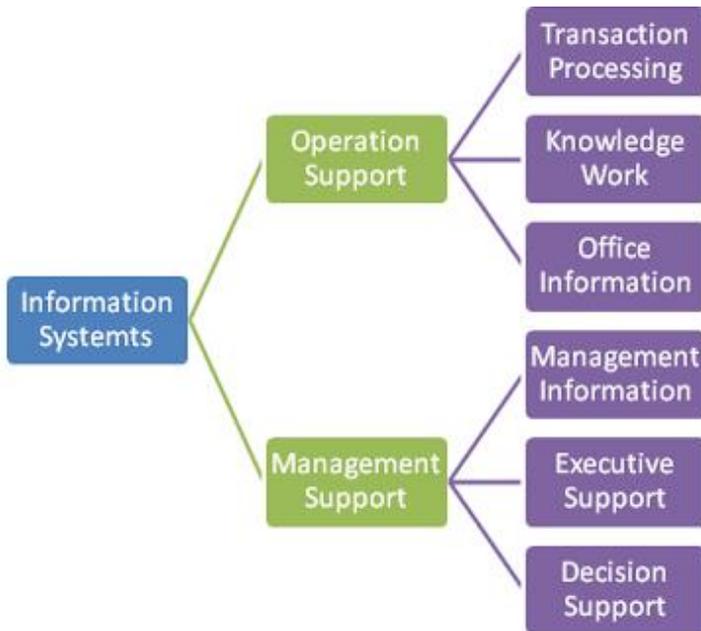
Memiliki fungsi untuk memantau dan mengatur sistem atas proses bisnis. Workflow system juga mengeksekusi tindakan yang ada di dalam sebuah organisasi atau perusahaan. Workflow system bisa berbasis internet dan kombinasi dengan email atau server yang menggunakan database untuk menyimpan file.

6. Enterprise resource planning (ERP)

ERP adalah manajemen proses dalam sebuah bisnis yang berbentuk software. Software ini mengizinkan sebuah organisasi menggunakan sistem yang sudah terintegrasi dengan operasi bisnis perusahaan yang vital.

7. Expert system

Expert system atau sistem ahli dapat dikatakan adalah sebuah kecerdasan buatan atau yang biasa disebut dengan Artificial Intelligent (AI). Kecerdasan buatan dimaksudkan untuk mengembangkan sistem informasi menjadi lebih luas dan cerdas. Expert system menggunakan AI untuk menyelesaikan masalah lewat pebisnis atau perusahaan. Berbeda dengan DSS, expert system menghasilkan keputusan terakhir bagi pembuat keputusan.



Gambar 1 Sistem Informasi (Sumber : <https://glints.com/id/lowongan/wp-content/uploads/2019/12/cd3f148bcfc6b62930bb4c5ca7d24eda.png>)

Bab 2

Sistem Informasi Kesehatan

Tujuan Pembelajaran

Setelah mempelajari bab ini diharapkan pembaca mampu menjelaskan pengertian sistem informasi kesehatan, perkembangan sistem informasi kesehatan di Indonesia, sistem informasi kesehatan nasional, dan sistem informasi kesehatan daerah.

3.1 Pengertian

Sistem informasi kesehatan (SIK) merupakan suatu sistem pengolahan data dan informasi kesehatan yang dilakukan secara sistematis dan terintegrasi untuk mendukung manajemen kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan kepada masyarakat.

3.2 Perkembangan Sistem Informasi Kesehatan di Indonesia

Perkembangan sistem informasi Kesehatan di Indonesia diawali dengan sebuah sistem informasi Rumah sakit yang berbasis komputer (*Computer Based Hospital Information System*). Dalam perjalanannya sistem informasi kesehatan di Indonesia mengalami periodisasi perkembangan, diantaranya: periode sebelum 2005 (masa manual), antara tahun 2005-2011 (masa transisi) dan mulai tahun 2012 (masa komputerisasi).

Sebelum tahun 2005

Pada masa ini data dan informasi dikelola dan disimpan oleh masing-masing unit di Departemen Kesehatan. Pada masa ini memiliki kelemahan sering terjadi duplikasi dalam pengumpulan data dan beragamnya bentuk laporan, validitasnya masih diragukan, data yang ada sulit diakses. Dalam laporan atau pengiriman data masih menggunakan kertas.

Tahun 2005-2011 (masa transisi)

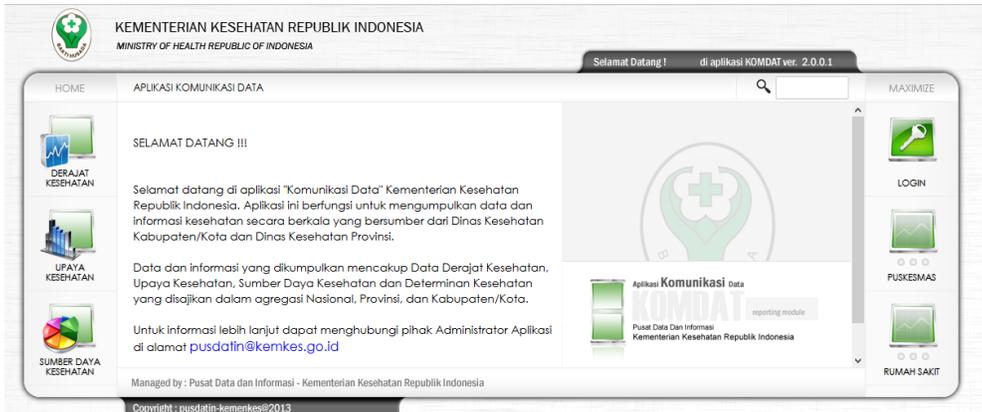
Pada masa ini data sebagian sudah terkomputerisasi namun sebagian masih manual, sehingga keamanan dan kerahasiaan data juga masih belum terjamin. Pada masa ini sistem komunikasi data sudah mulai terintegrasi, namun juga masih terfragmentasi datanya.

Mulai 2012 (masa komputerisasi)

Pada masa ini semua data sudah terintegrasi dan sudah menggunakan sistem komputer. Pada masa ini sistem pelaporan data dari Unit Pelayanan Kesehatan langsung diunggah ke bank data di pusat (e-Health). Keamanan dan kerahasiaan data terjamin (memakai secure login). Aksesibilitas data dengan cepat dan efisien sehingga mudah dan terjamin keamanannya.

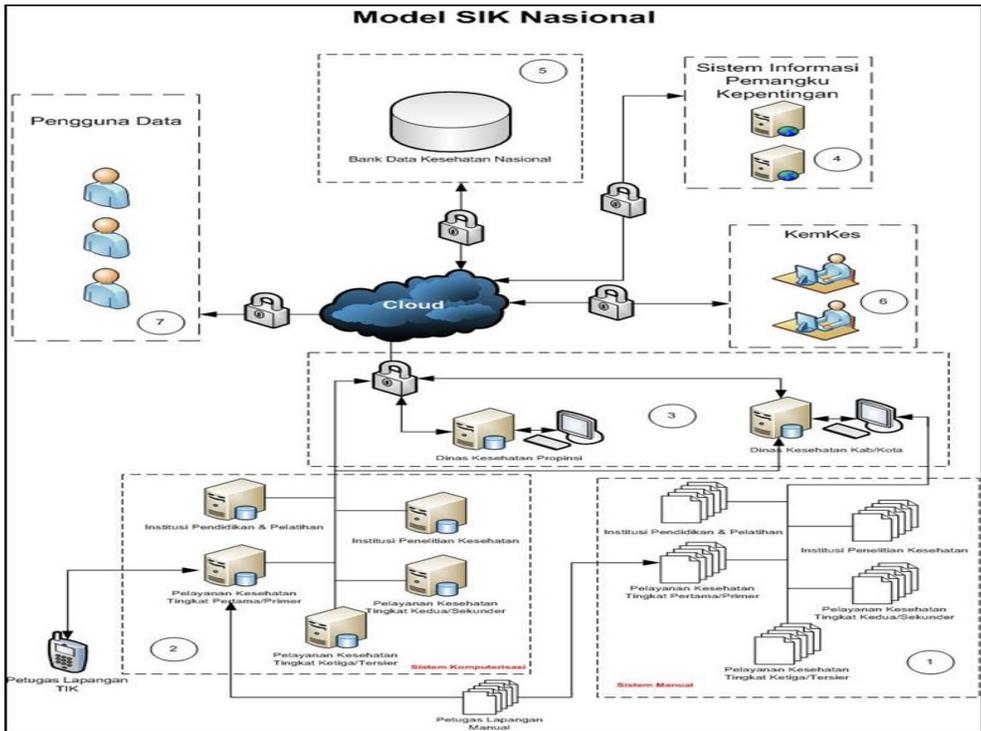
3.3 Sistem Informasi kesehatan Nasional

Sistem informasi kesehatan nasional yang saat ini digunakan oleh kementerian Kesehatan dapat dilihat secara online di <https://komdat.kemkes.go.id/baru/index.php>, sebagaimana gambar 3.1



Gambar 3.1 Aplikasi Sistem Informasi Kesehatan Nasional

Sistem Informasi Kesehatan tersebut proses kerjanya dapat digambarkan sebagai berikut:



Gambar 3.2 Model Sistem Informasi Kesehatan

Dalam model sistem informasi kesehatan tersebut terdapat tujuh komponen model yang saling terkait dan berhubungan, diantaranya: sumber data manual, sumber data komputerisasi, sistem informasi dinas kesehatan, sistem informasi pemangku kepentingan, bank data kesehatan nasional, penggunaan data oleh kementerian kesehatan, dan pengguna data

1. Sumber daya manual, sumber daya ini meliputi fasilitas pelayanan kesehatan yang masih memakai sistem manual akan melakukan pencatatan, penyimpanan dan pelaporan berbasis kertas
2. Sumber daya komputerisasi, meliputi fasilitas pelayanan kesehatan dengan komputerisasi online, data individual langsung dikirim ke Bank Data Kesehatan Nasional dalam format yang telah ditentukan.
3. Sistem informasi dinas kesehatan, akan memproses laporan yang masuk ke dinkes kabupaten/kota dari semua fasilitas kesehatan (kecuali milik pemerintah provinsi dan pemerintah pusat) berupa laporan softcopy dan laporan hardcopy. Laporan hardcopy dientri ke dalam aplikasi SIKDA generik. Laporan softcopy diimpor ke aplikasi SIKDA Generik, selanjutnya semua

bentuk laporan diunggah ke Bank Data Kesehatan Nasional.

4. Sistem informasi pemangku kepentingan, merupakan sistem informasi yang dikelola oleh pemangku kepentingan terkait kesehatan. Mekanisme pertukaran data terkait kesehatan dengan pemangku kepentingan di semua tingkatan dilakukan dengan mekanisme yang disepakati
5. Bank data kesehatan nasional didalamnya tercakup semua data kesehatan dari sumber data (fasilitas kesehatan)
6. Penggunaan Data oleh Kementerian Kesehatan, merupakan data yang ada dalam bank data kesehatan nasional dimanfaatkan oleh unit program di Kemkes dan UPTnya, dan Dinkes dan UPTnya.
7. Pengguna data: pengguna data dapat mengakses infokes pada bank data kes. website Kementerian kesehatan.

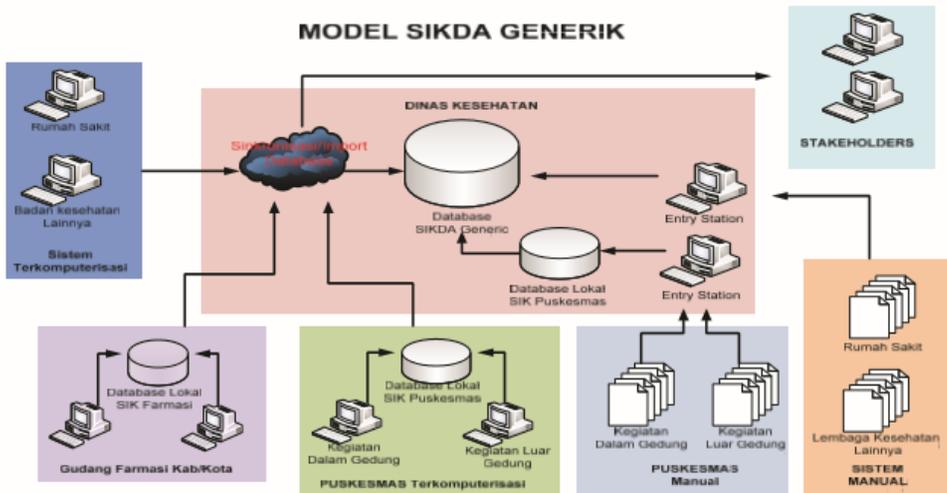
3.4 Sistem Informasi Kesehatan Daerah (SIKDA) Generik

Merupakan sebuah aplikasi sistem informasi daerah yang berlaku secara nasional, yang mengintegrasikan data rumah sakit, puskesmas, dinas kesehatan, dan layanan kesehatan baik milik pemerintah maupun swasta yang terhubung secara online.

Sistem informasi kesehatan daerah saat ini masih dikelompokkan menjadi tiga bagian, diantaranya :

1. Pengelolaan sistem informasi kesehatan secara manual, pengelolaan data masih menggunakan paper based, melalui prose pencatatan pada buku register, kartu, formulir khusus, mulai pendaftaran sampai pembuatan laporan.
2. Pengelolaan sistem informasi kesehatan komputerisasi offline, pada sistem pengelolaan ini sudah menggunakan sistem informasi, data-data disimpan dalam komputer, namun belum terhubung secara online melalui jaringan internet.
3. Pengelolaan sistem informasi kesehatan online, pada sistem ini seluruh data sudah terhubung secara online dengan melalui jaringan internet.

Model SIKDA yang diterapkan, dapat disajikan sebagaimana gambar 3.4



Gambar 3.3 Model SIKDA Generik

Dalam model SIKDA generik ini memiliki sub sistem informasi, diantaranya sistem informasi manajemen puskesmas, sistem informasi dinas kesehatan, sistem informasi eksekutif, dan sistem komunikasi data.

1. Sistem informasi manajemen puskesmas digunakan dalam pencatatan dan pelaporan data pelayanan puskesmas baik didalam gedung maupun di luar gedung.
2. Sistem informasi dinas kesehatan digunakan untuk menangani pencatatan dan pengelolaan data yang berasal dari puskesmas, rumah sakit, apotek, data penunjang atau pelayanan kesehatan lainnya;
3. Sistem informasi eksekutif, digunakan untuk menampilkan profil dinas kesehatan;
4. Sistem komunikasi data kesehatan, yang memiliki fungsi proses sinkronisasi data, jenis data yang dikomunikasikan meliputi: data umum fasilitas pelayanan kesehatan, data pasien baru, data kunjungan pasien di fasilitas pelayanan kesehatan, data morbiditas, data pengelolaan obat dan alat kesehatan, data pengelolaan sarana dan prasarana fasilitas pelayanan kesehatan, data pengelolaan tenaga kesehatan dan non kesehatan, dan data statistik daerah.

Bab 3

Pengkajian Keperawatan dalam Sistem Informasi

Tujuan Pembelajaran

Setelah mempelajari bab ini diharapkan pembaca memahami pengkajian keperawatan, langkah-langkah pengkajian, aplikasi sistem informasi asuhan keperawatan dan aplikasi pengkajian keperawatan dalam sistem informasi asuhan keperawatan berbasis digital

3.1 Pengertian

Pengkajian merupakan langkah pertama dari proses keperawatan dengan mengadakan kegiatan mengumpulkan data–data atau mendapatkan data yang akurat dari klien sehingga akan diketahui berbagai permasalahan yang ada. Untuk melakukan langkah pertama ini diperlukan berbagai pengetahuan dan kemampuan yang harus dimiliki oleh perawat diantaranya pengetahuan tentang kebutuhan atau sistem biopsikososial dan spiritual bagi manusia yang memandang manusia dari aspek biologis, psikologis, sosial dan tinjauan dari aspek spiritual, kemudian pengetahuan akan kebutuhan perkembangan manusia (tumbuh kembang dari kebutuhan dasarnya), pengetahuan tentang konsep sehat dan sakit, pengetahuan tentang patofisiologi dari penyakit yang dialami, pengetahuan tentang sistem keluarga dan kultur budaya serta nilai–nilai keyakinan yang dimiliki klien.

Sedangkan untuk kemampuan yang harus dimiliki oleh perawat dapat meliputi kemampuan melakukan observasi secara sistematis pada klien, kemampuan berkomunikasi secara verbal atau nonverbal, kemampuan menjadi pendengar yang baik, kemampuan dalam menciptakan hubungan saling membantu, kemampuan dalam membangun suatu kepercayaan, kemampuan mengadakan wawancara serta adanya kemampuan dalam melakukan pengkajian atau pemeriksaan fisik keperawatan. Melalui pengetahuan dan kemampuan yang harus dimiliki pada tahap pengkajian ini maka tujuan dari pengkajian akan dapat dicapai.

3.2 Langkah-langkah Pengkajian

1. Pengumpulan data

Merupakan upaya untuk mendapatkan data yang dapat digunakan sebagai informasi tentang klien, data yang dibutuhkan tersebut mencakup data tentang biopsikososial dan spiritual dari klien, data yang berhubungan dengan masalah klien serta data tentang faktor–faktor yang mempengaruhinya atau yang berhubungan dengan klien, seperti data tentang keluarga, dan lingkungan yang ada. Dalam pengumpulan data, perangkat atau format yang dapat dimiliki dapat disesuaikan dengan kebutuhan klien atau juga dapat seperti contoh berikut :

Format Pengumpulan Data

Identitas Klien :

Nama :

No register :

Umur :

Suku/bangsa :

Status perkawinan :

Agama :

Pendidikan :

Alamat :

Tanggal Waktu datang orang yang dihubungi telephon.....

Diterima dari Rumah sakitdatang sendirilain - lain

Riwayat Keperawatan/Kesehatan:

1. Keluhan utama :

Pada keluhan utama ini yang ditanyakan adalah keluhan atau gejala apa yang menyebabkan pasien berobat atau keluhan atau gejala saat awal dilakukan pengkajian pertama kali yang utama.

2. Riwayat kesehatan/keperawatan sekarang :

Pada pengumpulan riwayat kesehatan atau keperawatan sekarang yang perlu ditanyakan faktor yang melatarbelakangi atau hal-hal yang mempengaruhi atau mendahului keluhan, bagaimana sifat terjadinya gejala (mendadak, perlahan-lahan, terus menerus atau berupa serangan, hilang timbul atau berhubungan dengan waktu), lokalisasi gejalanya dimana dan sifatnya bagaimana (menjalar, menyebar, berpindah-pindah atau menetap), bagaimana berat ringannya keluhan dan perkembangannya apakah menetap, cenderung bertambah atau berkurang, lamanya keluhan berlangsung atau mulai kapan serta upaya yang telah dilakukan apa saja dan lain-lain .

3. Riwayat kesehatan/keperawatan masa lalu :

Pada pengumpulan data riwayat kesehatan atau keperawatan masa lalu dapat ditanyakan antara lain :

- a. Riwayat pemakaian obat jenisnya apa? dosisnya berapa? dosis terakhir berapa? pemakaiannya bagaimana?
- b. Riwayat atau pengalaman masa lalu tentang kesehatan atau penyakit yang pernah dialami, atau riwayat masuk rumah sakit atau riwayat kecelakaan
- c. lain – lain...

4. Riwayat kesehatan/keperawatan keluarga :
Pada pengumpulan data tentang riwayat keluarga bagaimana riwayat kesehatan atau keperawatan yang ada dimiliki pada salah satu anggota keluarga, apakah ada yang menderita penyakit seperti yang dialami klien, atau mempunyai penyakit degeneratif atau lainnya .
5. Riwayat kesehatan lingkungan :
Pada riwayat kesehatan lingkungan ini dapat ditanyakan tentang keadaan lingkungan di rumah, seperti status rumah sehat atau tidak, persyaratan rumah yang sehat apakah dimiliki atau tidak, seperti ventilasi, kamar tidur, tempat pembuangan kotoran atau sampah dan lain – lain.
6. Riwayat psikososial :
Pada riwayat psikososial ini ditanyakan tentang masalah– masalah psikologis yang dialami klien yang ada hubungannya dengan keadaan sosial masyarakat atau keluarga atau lainnya.
7. Riwayat pertumbuhan dan perkembangan (untuk anak) :
 - a. riwayat pertumbuhan :
Pada riwayat pertumbuhan ditanyakan bagaimana status pertumbuhan pada anak apakah pernah terjadi gangguan dalam pertumbuhan dan terjadinya pada saat umur berapa dengan menanyakan atau melihat catatan kesehatan tentang ukuran berat badan, tinggi badan, lingkaran lengan atas, lingkaran dada dan lingkaran kepala.
 - b. riwayat perkembangan :
Pada pengkajian riwayat perkembangan ini perlu ditanyakan tentang perkembangan dalam bahasa, motorik kasar, motorik halus, dan personal sosial dan dapat diketahui melalui penggunaan perkembangan DDST II (denver development screening test II)
8. Riwayat imunisasi (untuk anak) :
Pada pengumpulan data tentang riwayat imunisasi perlu ditanyakan riwayat imunisasi dasar seperti BCG, DPT, Polio, Hepatitis, campak maupun imunisasi ulangan (booster).
9. Riwayat kebidanan : (untuk maternitas)
 - a. Riwayat haid :
 - b. Riwayat perkawinan :

c. Riwayat kehamilan :

10. Riwayat persalinan :

Pola Fungsi Kesehatan

1. Pola Persepsi–pemeliharaan kesehatan

Pada pengumpulan data tentang persepsi dan pemeliharaan kesehatan yang perlu ditanyakan dan pada pasien antara lain persepsi terhadap penyakit atau sakit, persepsi terhadap arti kesehatan, persepsi terhadap penatalaksanaan kesehatan, seperti penggunaan atau pemakaian tembakau, yang dilakukan berapa pack perhari atau lainnya, penggunaan alkohol seperti jumlahnya dan jenisnya serta penggunaan obat–obatan atau juga dapat ditanyakan adanya alergi.

2. Pola aktivitas–latihan

Pada pengumpulan data ini yang perlu ditanyakan adalah kemampuan dalam menata diri apabila tingkat kemampuannya 0= berarti mandiri, 1= dengan menggunakan alat bantu 2=dengan dibantu orang lain, 3=dengan dibantu orang dan peralatan 4=ketergantungan/tidak mampu, yang dimaksud aktifitas sehari hari antara lain, seperti makan, mandi, berpakaian, toileting, mobilitas di tempat tidur, berpindah, berjalan, berbelanja, memasak dan lain- lain .

3. Pola Nutrisi dan metabolik

Pada pola nutrisi dan metabolik yang ditanyakan adalah diet khusus/suplemen apa, instruksi diet sebelumnya, Nafsu makan bagaimana, jumlah makan atau minum serta cairan yang masuk berapa, ada tidaknya mual–mual, muntah, stomatitis, fluktuasi BB 6 bulan terakhir naik/turun, adanya kesukaran menelan, penggunaan gigi palsu atau tidak, riwayat masalah/peyembuhan kulit, ada tidaknya ruam, kekeringan dan lain–lain.

4. Pola eliminasi

Pada pola ini yang perlu ditanyakan adalah sebagai berikut kebiasaan defekasi berapa kali/hari, ada tidaknya konstipasi, diare, inkontinensia, apakah mengalami ostomi, tipenya apa kebiasaan alvi, ada tidaknya disuria, nocturia, urgensi, hematuri, retensi, inkontinentia, apakah menggunakan kateter indwelling atau kateter eksternal, inkontinentia singkat dan lain–lain.

5. Pola tidur–istirahat

Pengkajian pola tidur istirahat ini yang ditanyakan adalah kebiasaannya jumlah jam/malam tidur pagi, tidur siang, merasa tenang setelah tidur, masalah selama tidur, adanya terbangun dini insomnia atau mimpi buruk.

6. Pola kognitif–perceptual

Pada pola ini yang ditanyakan keadaan mental apakah sadar, sukar bercinta, berorientasi, kacau mental, menyerang, tidak ada respon, bicarannya normal atau bicara tidak jelas, bicara berputar–putar atau juga afasia, kemampuan berkomunikasi, kemampuan mengerti, bagaimana persepsi pendengaran terganggu, penglihatan, adanya persepsi sensorik (nyeri), penciuman dan lain–lain.

1. Pola toleransi–koping stress

Pada Pengumpulan data ini ditanyakan adanya koping mekanisme yang digunakan pada saat terjadinya masalah atau kebiasaan menggunakan koping mekanisme serta tingkat toleransi stres yang pernah atau dimilikinya.

2. Persepsi diri/konsep diri

Pada persepsi ini yang ditanyakan adalah persepsi tentang dirinya dari masalah–masalah yang ada seperti perasaan kecemasan, ketakutan atau penilaian terhadap diri mulai dari peran, ideal diri, konsep diri, gambaran diri dan identitas tentang dirinya.

9. Pola seksual-reproduktif

pada pengumpulan data tentang pola seksual dan reproduksi ini dapat ditanyakan periode menstruasi terakhir (PMT), masalah menstruasi/hormonal, masalah pap smear, pemeriksaan payudara/testis sendiri tiap bulan, dan masalah seksual yang berhubungan dengan penyakit.

10. Pola hubungan dan peran

Pada pola yang perlu ditanyakan adalah pekerjaan, status pekerjaan, tidak mampu bekerja jangka, hubungan dengan klien atau keluarga, dan peran yang dilakukan terjadi gangguan atau tidak.

11. Pola nilai dan keyakinan

Yang perlu ditanyakan adalah pantangan dalam agama selama sakit serta kebutuhan adanya rohaniawan dan lain–lain.

Pemeriksaan Fisik

1. Keadaan umum :

Keadaan umum ini dapat meliputi kesan keadaan sakit termasuk ekspresi wajah dan posisi pasien, kesadaran yang dapat meliputi penilaian secara kualitatif seperti kompos mentis, apatis, somnolen, sopor, koma dan delirium, dan kesan status gizinya.

2. Pemeriksaan Tanda vital :

Meliputi nadi (frekuensi, irama, kualitasnya), tekanan darah, pernafasan (frekuensi, iramannya, kedalaman dan pola pernafasannya dan suhu tubuh

3. Pemeriksaan Kulit, Rambut dan kelenjar getah bening

Kulit

Warna (meliputi pigmentasi, sianosis, ikterus, pucat, eritema dan lain-lain), turgor, kelembapan kulit dan ada tidaknya edema.

Rambut

Dapat dinilai dari warna, kelembapan, distribusi dan karakteristik lain

Kelenjar getah bening

Dapat dinilai kurangnya, bentuknya serta tanda-tanda radang yang dapat dinilai di daerah servikal anterior, inguinal oksipital dan retroaurikular.

4. Pemeriksaan Kepala dan Leher

Kepala :

Dapat dinilai bentuk dan ukuran kepala, rambut dan kulit kepala, ubun-ubun (fontanel), wajahnya asimetris atau tidak ada tidaknya pembengkakan, matanya dilihat dari visus, palpebranya, alis bulu mata, konjungtiva sklera, kornea, pupil, lensa, pada bagian telinga dapat dinilai pada daun telinga, liang telinga, membran tympani, mastoid, ketajaman pendengaran, hidung dan mulut ada tidaknya trismus (kesukaran membuka mulut), bibir, gusi, ada tidanya tanda radang, lidah, salivasi, faring dan laring (kesemuanya dapat lebih jelas pada keparawatan medikal bedah atau bagian pemeriksaan fisik)

Leher :

Kaku kuduk, ada tidanya massa dileher, dengan ditentukan ukuran, bentuk, posisi, konsistensi dan ada tidanya nyeri telan.

5. Pemeriksaan dada

Yang diperiksa pada pemeriksaan dada adalah organ paru dan jantung, secara umum ditanyakan bentuk dadanya, keadaan paru yang meliputi simetris tidak, pergerakan nafas, ada tidaknya fremitus suara, krepitasi. Dapat lihat batas pada saat perkusi didapatkan bunyi perkusinya bagaimana (hipersonor atau tympani apabila udara di paru atau pleura bertambah, redup atau pekak apabila terjadi konsolidasi jaringan paru dan lain-lain. Pada saat auskultasi paru dapat ditentukan suara nafas normal atau tambahan, seperti ronki, basah dan kering, krepitasi, bunyi gesekan dan lain-lain pada daerah lobus kanan atas, lobus kiri bawah, lobus kanan bawah, Lobus kiri bawah. Kemudian pada pemeriksaan jantung dapat diperiksa tentang denyut apeks atau dikenal dengan iktus kordis dan aktifitas ventrikel, getaran bising (thrill), bunyi jantung, atau bising jantung dan lain-lain

6. Pemeriksaann abdomen

Data yang dikumpulkan adalah data pemeriksaan tentang ukuran atau bentuk perut, dinding perut, bising usus, adanya ketegangan dinding perut atau adanya nyeri tekan serta dilakukan palpasi pada organ hati, limpa, ginjal, kandung kencing yang ditentukan ada tidaknya nyeri dan pembesaran pada organ tersebut. Kemudian pemeriksaan pada daerah anus, rektum, serta genetaliannya.

7. Pemeiksaan anggota gerak dan Neurologis

Diperiksa adanya rentang gerak, keseimbangan dan gaya berjalan, genggam tangan, otot kaki dan dapat dinilai kontraktur atau tidak dan lain-lain. Data yang dikumpulkan pada pemeriksaan neurologis antara lain adanya tanda gangguan neurologis seperti, kejang, tremor, parese dan paralisis, pemeriksaan reflek superfisial, reflek tendon dalam, refleks patologis, tanda rangsang meningeal, kaku kuduk, pemeriksaan brudzinski, dan tanda kernig, uji kekuatan otot dan tonus, pemeriksaan syaraf otak dan lain-lain.

Tanda tangan yang mengkaji _____ tanggal _____

Gambar 2.1 Format Pengumpulan data

Dalam mengumpulkan data melalui format pengumpulan data yang ada dapat dilakukan dengan cara *pertama* wawancara yaitu melalui komunikasi untuk mendapatkan respons dari klien dengan tatap muka, *kedua* observasi, dengan mengadakan pengamatan secara visual atau secara langsung kepada klien, *ketiga* konsultasi dengan melakukan konsultasi kepada yang ahli atau spesialis bagian yang mengalami gangguan, dan *keempat* melalui pemeriksaan yaitu pemeriksaan fisik dengan metode inspeksi dengan mengadakan pengamatan secara langsung pada organ yang diperiksa, palpasi dengan cara meraba organ yang diperiksa, perkusi dengan melakukan pengetukan dengan menggunakan jari telunjuk atau hamer pada pemeriksaan neurologis dan auskultasi dengan mendengarkan bunyi bagian organ yang diperiksa, pemeriksaan laboratorium serta pemeriksaan rontgen dan lain – lain.

2. Validasi data

Validasi data merupakan upaya untuk memberikan justifikasi pada data yang telah dikumpulkan dengan melakukan perbandingan data subyektif dan obyektif yang dikumpulkan dari berbagai sumber dengan berdasarkan standar nilai normal, untuk diketahui kemungkinan tambahan atau pengkajian ulang tentang data yang ada.

Contoh validasi data :

Pola aktifitas dan latihan

Data subyektif : pasien mengatakan tidak dapat mengerjakan kegiatan sehari-hari seperti makan, mandi secara sendiri tetapi dengan menggunakan bantuan, tangannya bengkak dan sulit menggerakkan jari-jari saya

Data obyektif : fleksi siku 70 derajat, genggaman tangan lemah, skala aktifitas pada tingkat 2 (memerlukan bantuan dan pengawasan orang lain), kekuatan otot dengan skala 2 (adanya gerakan otot melawan gravitasi)

Dari data yang ada maka validasi data dengan membandingkan dengan kondisi normalnya, dengan nilai normalnya sebagai berikut: mampu melakukan aktifitas sehari, hari secara mandiri, fleksi siku 150 derajat celcius, skala aktifitas 0

(perawatan diri secara penuh), kekuatan otot dengan skala 5 (100 %) dengan kekuatan normal.

3. Identifikasi pola/masalah

Merupakan kegiatan terakhir dari tahap pengkajian setelah dilakukan validasi data dengan mengidentifikasi pola atau masalah yang mengalami gangguan yang ada dimulai dari pengkajian pola fungsi kesehatan dengan contoh sebagai berikut :

Contoh identifikasi Pola :

Pola aktifitas dan latihan

Data subyektif : pasien mengatakan tidak dapat mengerjakan kegiatan sehari-hari seperti makan, mandi secara sendiri tetapi dengan menggunakan bantuan , tangannya bengkak dan sulit menggerakkan jari-jari saya

Data obyektif : fleksi siku 70 derajat, genggaman tangan lemah, skala aktifitas pada tingkat 2 (memerlukan bantuan dan pengawasan orang lain), kekuatan otot dengan skala 2 (adanya gerakan otot melawan gravitasi)

Dari data yang ada diidentifikasi pada pola aktifitas dan latihan mengalami gangguan, yang kemungkinan masalah keperawatan adalah gangguan mobilitas fisik.

3.3 Aplikasi Sistem Informasi Asuhan Keperawatan

Sistem informasi asuhan keperawatan yang dicontohkan dalam buku ini adalah dengan menggunakan system online yang dapat diakses melalui www.simaskep.com. Untuk menggunakan sistem ini langkah-langkah yang dapat dilakukan sebagai berikut:

1. Login dengan username dan pasowrd yang terdaftar pada sistem informasi
2. Setelah login makan akan ada tampilan seperti pada gambar 3.1 yang didapat ketika memilih menu askep.
3. Tampilan ini terdiri atas assesment, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi dan dokumentasi.

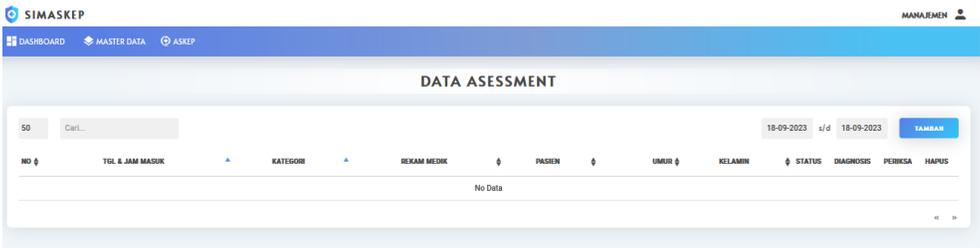


Gambar 3.1

Menu Tampilan Halaman Muka Sistem Informasi Asuhan Keperawatan

3.4 Aplikasi Pengkajian Keperawatan dalam Sistem Informasi Asuhan Keperawatan Berbasis Digital

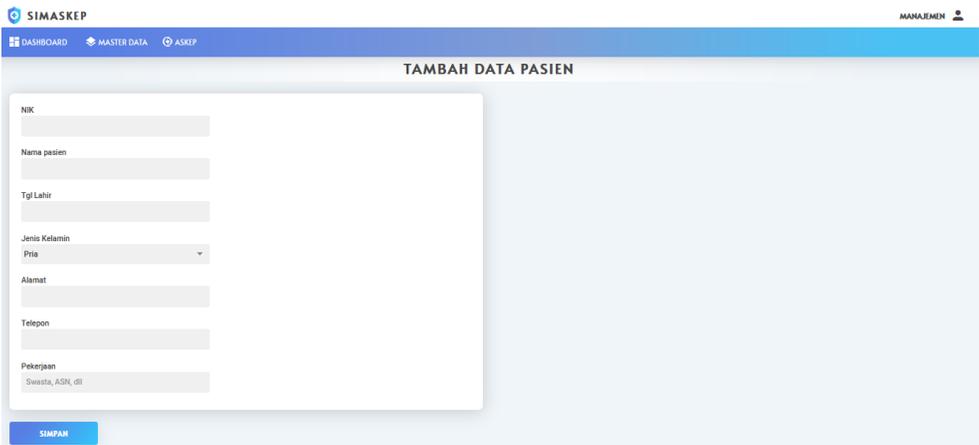
Tahap ini dilakukan dengan cara memilih menu assessment sebagaimana dalam gambar 3.2



Gambar 3.2

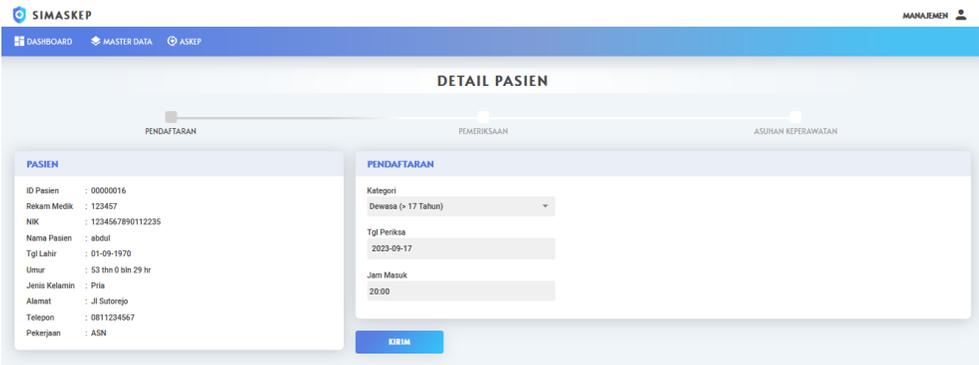
Menu Tampilan Data assessment Sistem Informasi Asuhan Keperawatan

Setelah tampilan gambar 3.2 terdapat menu tambah, maka pilih (klik) menu tersebut, maka akan masuk menu pengisian data pasien sebagaimana pada gambar 3.3



Gambar 3.3
Menu Tambah Data Pasien Baru

Ketika ada tampilan sebagaimana gambar, selanjutnya dapat mengisi data pasien diantaranya NIK, nama pasien, tanggal lahir, jenis kelamin, alamat, telepon, pekerjaan selanjutnya simpan yang kemudian akan tampil data pendaftaran sebagaimana gambar 3.4 dan klik menu kirim, yang juga dapat secara otomatis jika data sudah teritegrasi dengan sistem administrasi rumah sakit.



Gambar 3.4
Hasil Contoh Entry Data Pasien

Setelah data pendaftaran sebagaimana yang ada di menu gambar 3,4, maka lakukan pengkajian pasien yang dimulai dari pengisian data umum, sebagaimana dalam tampilan gambar 3.5, yang meliputi pengisian data asal pasien, cara masuk, data pemeriksaan suhu pasien, pemeriksaan nadi, pemeriksaan tekanan darah, pemeriksaan respiratory rate, berat badan, diagnosis medis, dan dokter penanggung jawab pasien.

SIMASKEP MANAJEMEN

DASHBOARD MASTER DATA ASKEP

PENGKAJIAN KEPERAWATAN

PENDATAAN PENGKAJIAN KEPERAWATAN ASURAN KEPERAWATAN

PASIEN

ID Pasien : 00000016
Rekam Medik : 123457
NIK : 1234567890112235
Nama pasien : abdul
Tgl Lahir : 01-09-1970
Umur : 53 thn
Jenis Kelamin : Pria
Tgl & Jam Masuk : 17 Sep 2023, 20:00

ASSESSMENT DEWASA

- 1 Data Umum
- 2 Riwayat Pasien
- 3 Spiritual/Psikososial/ekonomi (keluarga)
- 4 ...

DATA UMUM

Asal Pasien
 Poli IGD Ruang

Cara Masuk
 Jalan Tempat Tidur Kursi Roda

Suhu Rektal

Suhu Oral

Suhu Aksila

Suhu Tubuh Normal
 Ya

Gambar 3.5a
Menu Pegkajian Data Umum Pasien

SIMASKEP MANAJEMEN

DASHBOARD MASTER DATA ASKEP

- 5 Pemeriksaan Paru
- 6 Pemeriksaan Jantung
- 7 Pemeriksaan Gastrointestinal
- 8 Pemeriksaan Status Nutrisi
- 9 Pemeriksaan Genitourinaria dan Ginekologi
- 10 Pemeriksaan Neurologis
- 11 Pemeriksaan Muskuloskeletal dan Integumen
- 12 Pemeriksaan Norton Scale (risiko decubitus)
- 13 Pengkajian Risiko Jatuh
- 14 Status Fungsional Tingkat ADL
- 15 Pemeriksaan Nyeri
- 16 Riwayat Obat
- 17 Pemeriksaan lab
- 18 Kebutuhan Edukasi
- 19 Perencanaan Pulang

Suhu tubuh diatas nilai normal
 Tidak

Suhu tubuh dibawah normal
 Tidak

Suhu Ruktatif
 Ya Tidak

Nadi
/ Menit

Frekuensi Nadi < 50 kali/menit atau > 150 kali/menit
 Ya Tidak

Tekanan nadi menyempit
 Ya Tidak

Hasil pengukuran tekanan darah
0 mmHg

Tekanan darah menurun
 Ya Tidak

Gambar 3.5b
Menu Pegkajian Data Umum Pasien

The screenshot shows the 'Menu Pegkajian Data Umum Pasien' in the SIMASKEP system. The interface includes a navigation bar with 'DASHBOARD', 'MASTER DATA', and 'ASKEP'. The main form contains the following sections:

- Tekanan darah sistolik < 60 mmHg atau > 200 mmHg: Ya Tidak
- Hipotensi: Ya Tidak
- Tekanan darah baik: Ya Tidak
- Hipertensi: Ya Tidak
- RR (respiratory rate): 0 / minute
- Frekuensi Nafas < 6 kali/menit atau > 30 kali/menit: Ya Tidak
- Berat badan: 0.00 Kg
- Berat badan meningkat dalam waktu singkat: Ya Tidak
- Diagnosis Medis: [Empty text field]

Gambar 3.5c
Menu Pegkajian Data Umum Pasien

This screenshot shows a different view of the 'Menu Pegkajian Data Umum Pasien' form. It includes the following sections:

- RR (respiratory rate): 0 / minute
- Frekuensi Nafas < 6 kali/menit atau > 30 kali/menit: Ya Tidak
- Berat badan: 0.00 Kg
- Berat badan meningkat dalam waktu singkat: Ya Tidak
- Diagnosis Medis: [Empty text field]
- DRUP: [Dropdown menu]
- SIMPAN: [Blue button]

Gambar 3.5d
Menu Pegkajian Data Umum Pasien

Setelah pengkajian data umum pasien, maka dapat melanjutnya menu pengkajian data Riwayat pasien, yang meliputi keluhan utama, Riwayat penyakit sekarang, Riwayat penyakit dahulu, Riwayat merokok, Riwayat alergi, penggunaan alat bantu jalan, efek prosedur invasive, Riwayat penyakit keluarga, Riwayat ketidakadequatan pertahanan tubuh, pola tidur, sepsis, dan lain-lain, system informasinya dapat tersaji pada gambar 3.6a-3.6c

SIMASKEP MANAJEMEN

DASHBOARD MASTER DATA ASKEP

PENGKAJIAN KEPERAWATAN

PENDAFATAN PENGKAJIAN KEPERAWATAN ASUHAN KEPERAWATAN

PASIE

ID Pasien : 0000016
 Rekam Medik : 123457
 NIK : 1234567890112235
 Nama pasien : abdul
 Tgl Lahir : 01-09-1970
 Umur : 53 thn
 Jenis Kelamin : Pria

ASSESSMENT DEWASA

- Data Umum
- Riwayat Pasien
- Spiritual/Psikososial/ekonomi (keluarga)
- Pemeriksaan Kepala Leher

RIWAYAT PASIEN

Keluhan Utama

Riwayat penyakit sekarang

Riwayat penyakit dahulu
 Ada Tidak

Riwayat merokok
 Ya Tidak

Riwayat alergi
 Ada Tidak

Penggunaan alat bantu berjalan
 Ya Tidak

Gambar 3.6a
Menu Pegkajian Data Riwayat Pasien

SIMASKEP MANAJEMEN

DASHBOARD MASTER DATA ASKEP

- Pemeriksaan Kepala Leher
- Pemeriksaan Paru
- Pemeriksaan Jantung
- Pemeriksaan Gastrointestinal
- Pemeriksaan Status Nutrisi
- Pemeriksaan Status Ginekologi
- Pemeriksaan Neurologis
- Pemeriksaan Muskuloskeletal dan Integumen
- Pemeriksaan Norton Scale (risiko decubitus)

Ya **Tidak**

Efek prosedur invasif
 Ya Tidak

Peningkatan paparan organisme patogen lingkungan
 Ya Tidak

Riwayat penyakit keluarga
 Ada Tidak

Ketidakada kekuatan pertahanan tubuh primer
 Ya Tidak

Gambar 3.6b
Menu Pegkajian Data Riwayat Pasien

SIMASKEP MANAJEMEN

DASHBOARD MASTER DATA ASKEP

- Pemeriksaan Norton Scale (risiko decubitus)
- Pengkajian Risiko Jatuh
- Status Fungsional Tingkat ADL
- Pemeriksaan Hyeri
- Riwayat Obat
- Pemeriksaan lab
- Kebutuhan Edukasi
- Perencanaan Pulang

Ketidakada kekuatan pertahanan tubuh primer
 Ya Tidak

Ketidakada kekuatan pertahanan tubuh sekunder seperti penurunan Hb, immunosupresi, leukopenia, supresi respon inflamasi, dan vaksinasi tidak adekuat
 Ya Tidak

Pola Tidur
 Mengeluh sulit tidur Mengeluh sering terjaga Mengeluh tidak puas tidur Mengeluh pola tidur berubah
 Mengeluh istirahat tidak cukup

Sepsis
 Ya Tidak

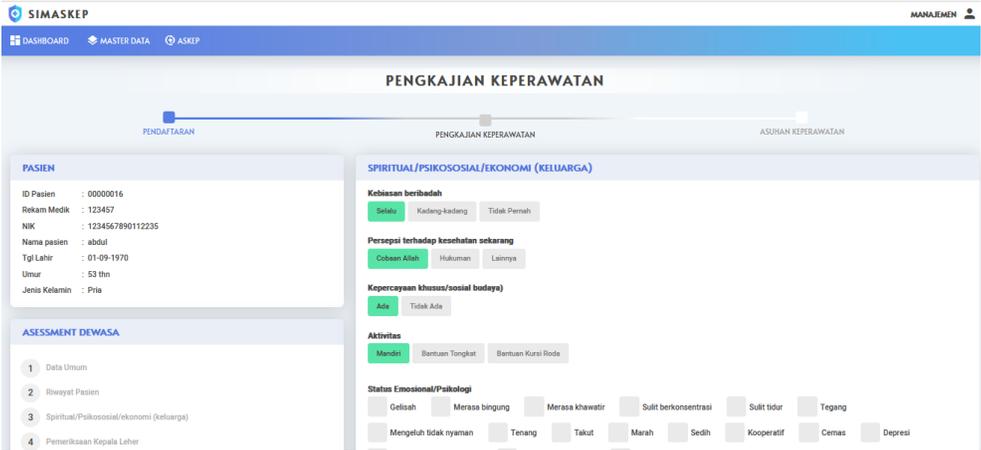
Sindroma respon inflamasi sistemik (systemic inflammatory response syndrome (SIRS))
 Ya Tidak

Kekurangan volume cairan
 Ya Tidak

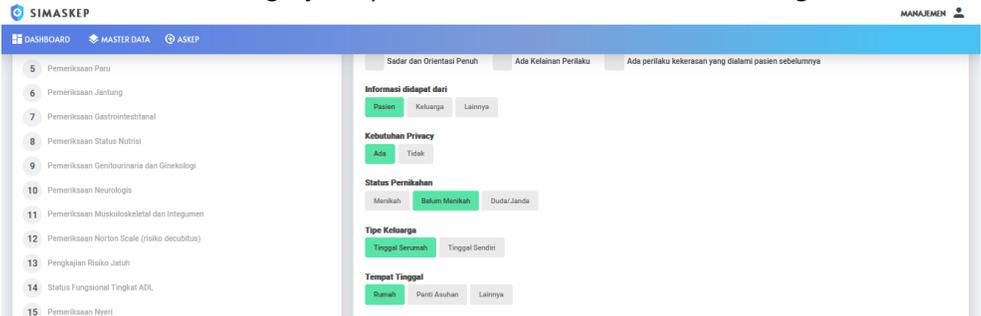
SIMPAN

Gambar 3.6c
Menu Pegkajian Data Riwayat Pasien

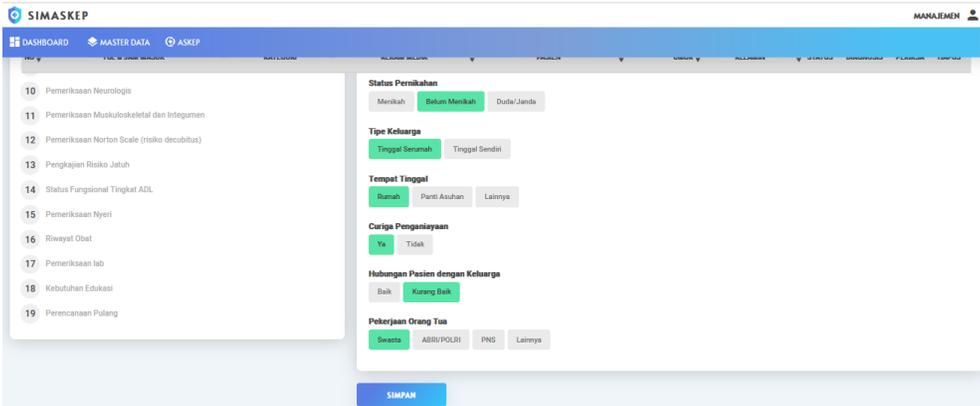
Setelah pengkajian data riwayat pasien, maka selanjutnya menu pengkajian data Spiritual/Psikososial/Ekonomi/Keluarga, yang meliputi kebiasaan beribadah, persepsi terhadap Kesehatan sekarang, kepercayaan khusus/sosial budaya, status emosional psikologi, kebutuhan privacy, dan lain-lain. Pengkajian data Riwayat data Spiritual/Psikososial/Ekonomi/Keluarga dalam sistem informasi asuhan keperawatan dapat tersaji pada gambar 3.7a-3.7c



Gambar 3.7a
Menu Pengkajian Spiritual/Psikososial/Ekonomi/Keluarga

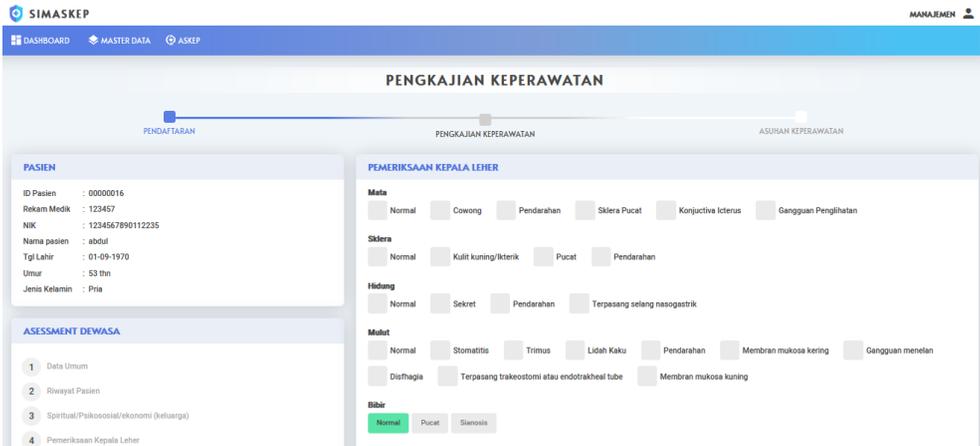


Gambar 3.7b
Menu Pengkajian Spiritual/Psikososial/Ekonomi/Keluarga

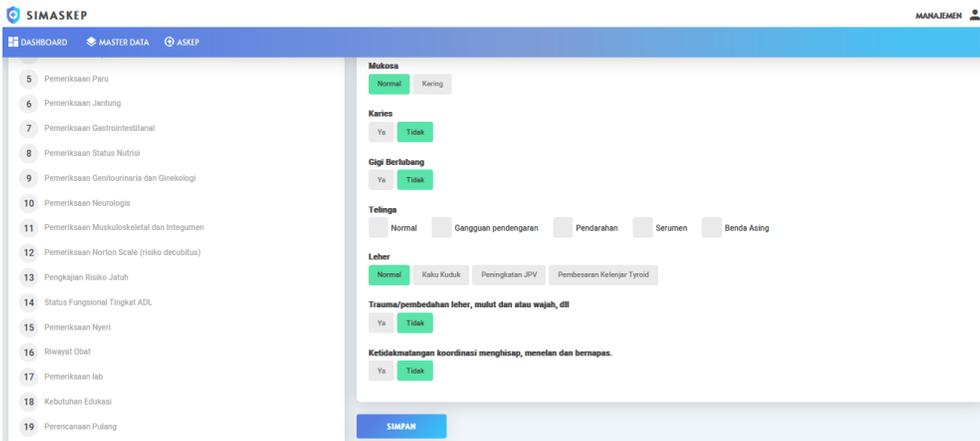


Gambar 3.7c
Menu Pegkajian Spiritual/Psikososial/Ekonomi/Keluarga

Setelah pengkajian data Spiritual/Psikososial/Ekonomi/Keluarga, maka selanjutnya memilih menu pengkajian pemeriksaan kepala leher, yang meliputi pemeriksaan mata, sklera, hidung, mulut, bibir, mukosa, gigi, telinga, leher, dan lain-lain. Pengkajian data Spiritual/Psikososial/Ekonomi/Keluarga dalam sistem informasi asuhan keperawatan dapat tersaji pada gambar 3.8a-3.8b



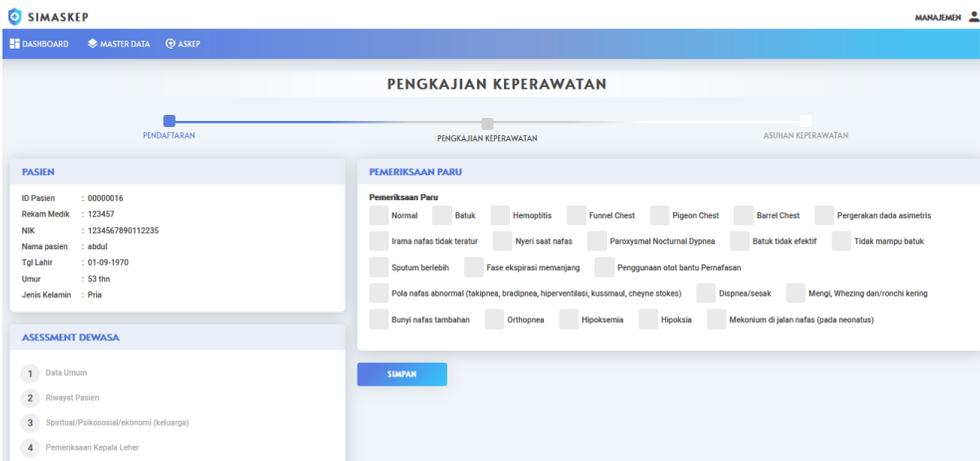
Gambar 3.8a
Menu Pegkajian Pemeriksaan Kepala Leher



Gambar 3.8b

Menu Pegkajian Pemeriksaan Kepala Leher

Setelah pengkajian data Pemeriksaan Kepala Leher, maka selanjutnya memilih menu pengkajian pemeriksaan paru, yang meliputi pemeriksaan terhadap bentuk, ada tidanya batuk, irama nafas, penggunaan alat bantu nafas, pergerakan dada, bunyi nafas, dan lain-lain. Pegkajian data pemeriksaan paru dalam sistem informasi asuhan keperawatan dapat tersaji pada gambar 3.9

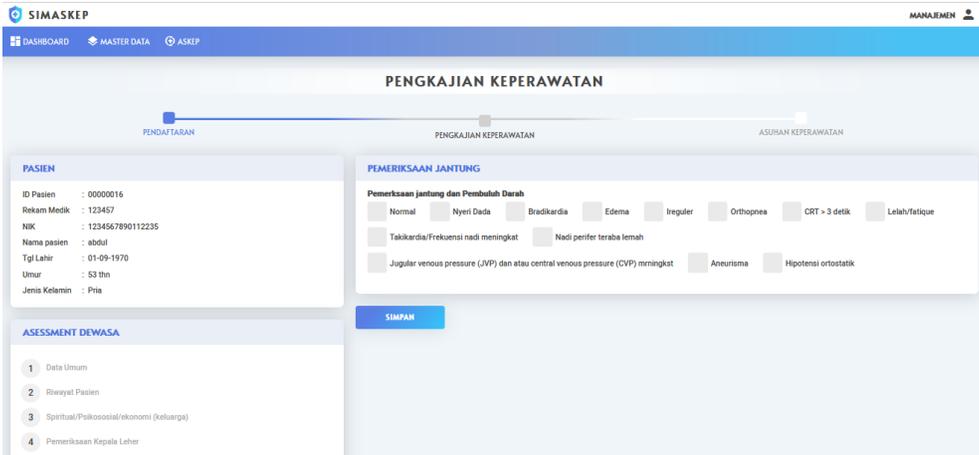


Gambar 3.9

Menu Pegkajian Pemeriksaan Paru

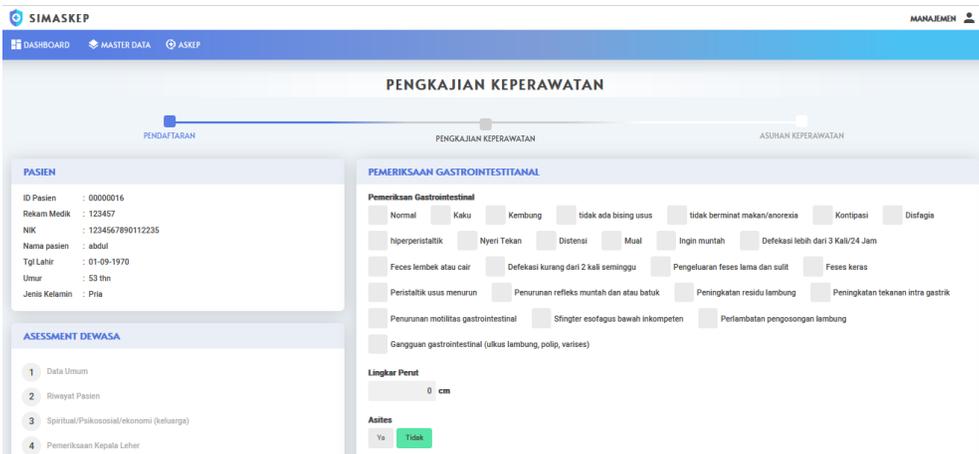
Setelah pengkajian data Pemeriksaan Paru, maka selanjutnya memilih menu pengkajian pemeriksaan jantung, yang meliputi pemeriksaan terhadap kondisi nyeri dada, irama jantung, CRT, kondisi nadi, JVP, dan lain-lain. Pegkajian data

pemeriksaan jantung dalam sistem informasi asuhan keperawatan dapat tersaji pada gambar 3.10

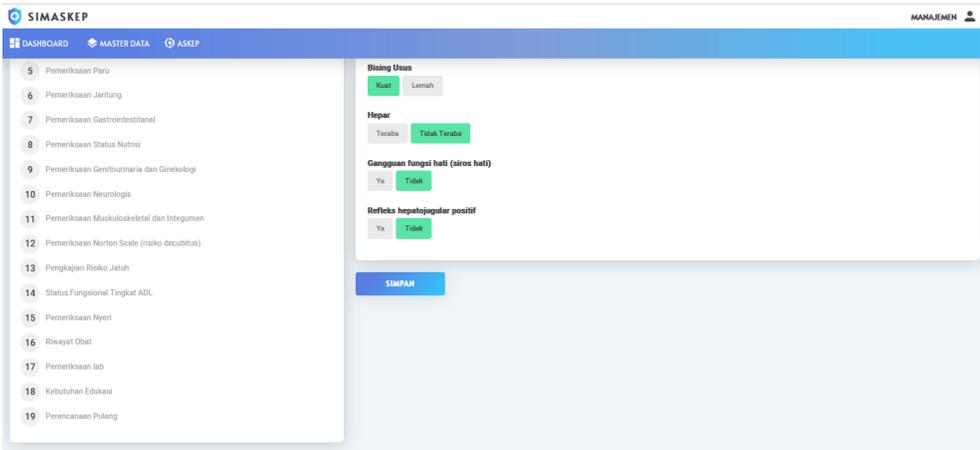


Gambar 3.10
Menu Pegkajian Pemeriksaan Jantung

Setelah pengkajian data Pemeriksaan Jantung, maka selanjutnya memilih menu pengkajian pemeriksaan gastrointestinal, yang meliputi pemeriksaan terhadap kondisi normalitasnya, ada tidanya kembung, bising usus, nafsu makan, nyeri tekan, mual/muntah, BAB, peristaltik usus, dan lain-lain. Pegkajian data pemeriksaan gastrointestinal dalam sistem informasi asuhan keperawatan dapat tersaji pada gambar 3.11

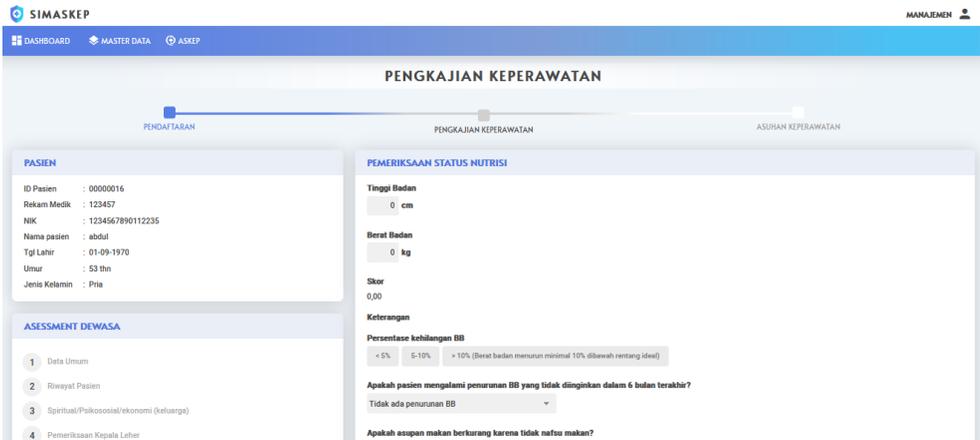


Gambar 3.11a
Menu Pegkajian Pemeriksaan Gastrointestinal

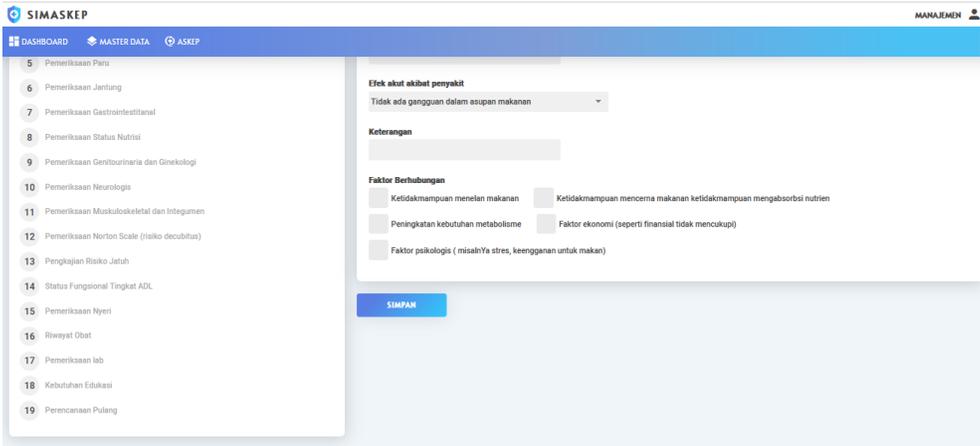


Gambar 3.11b
Menu Pegkajian Pemeriksaan Gastrointestinal

Setelah pengkajian data Pemeriksaan Gastrointestinal, maka selanjutnya memilih menu pengkajian pemeriksaan status nutrisi, yang meliputi pemeriksaan terhadap tinggi badan, berat badan, persentase kehilangan berat badan, dan lain-lain. Pegkajian data pemeriksaan status nutrisi dalam sistem informasi asuhan keperawatan dapat tersaji pada gambar 3.12

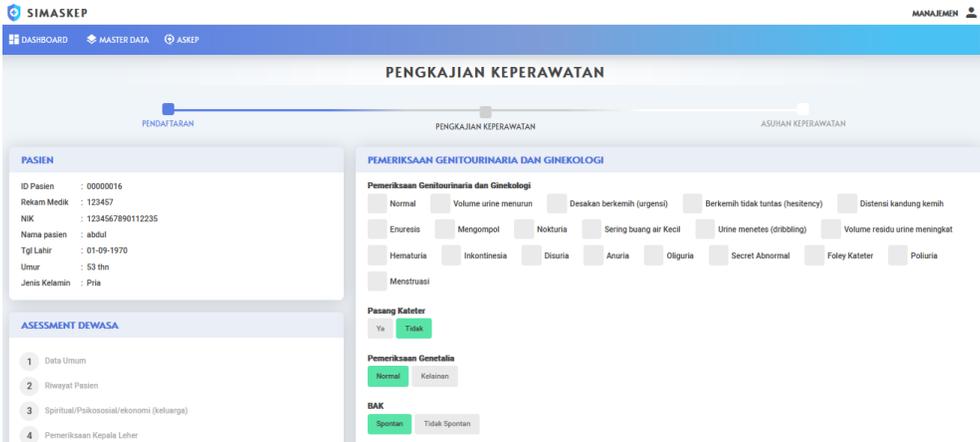


Gambar 3.12a
Menu Pegkajian Pemeriksaan Status Nutrisi

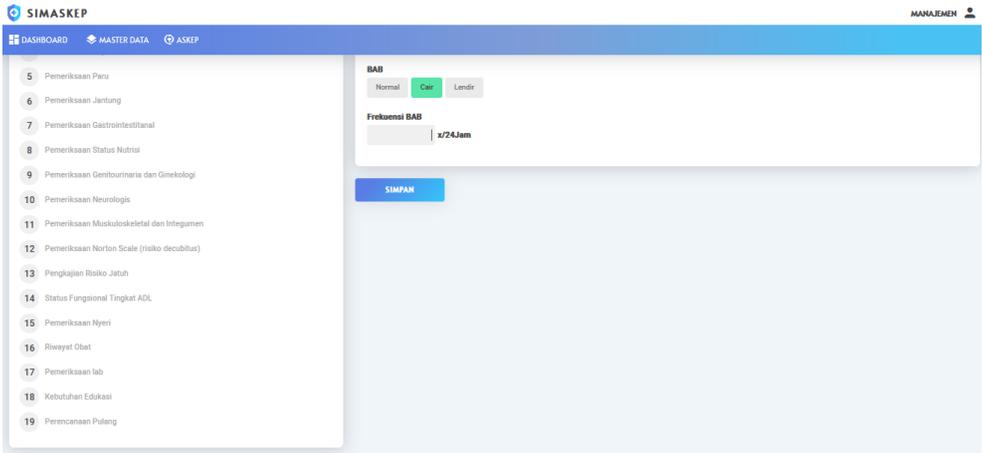


Gambar 3.12b
Menu Pegkajian Pemeriksaan Status Nutrisi

Setelah pengkajian data Pemeriksaan Status Nutrisi, maka selanjutnya memilih menu pengkajian pemeriksaan Genitourinaria dan Ginekologi, yang meliputi pemeriksaan terhadap volume urine, kondisi berkemih (urgency, hesitency, distensi kandung kemih, enuresis, hematurie, dan lain-lain). Pegkajian data pemeriksaan Genitourinaria dan Ginekologi dalam sistem informasi asuhan keperawatan dapat tersaji pada gambar 3.13

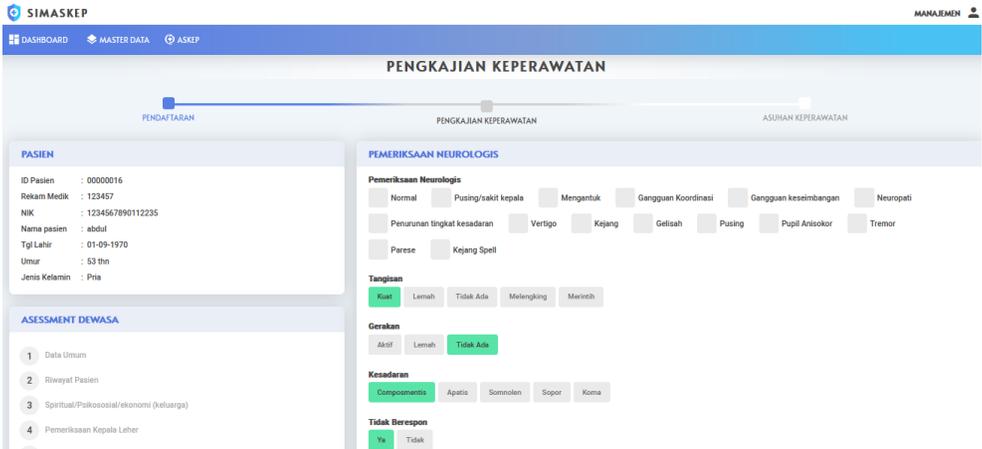


Gambar 3.13a
Menu Pegkajian Pemeriksaan Genitourinaria dan Ginekologi

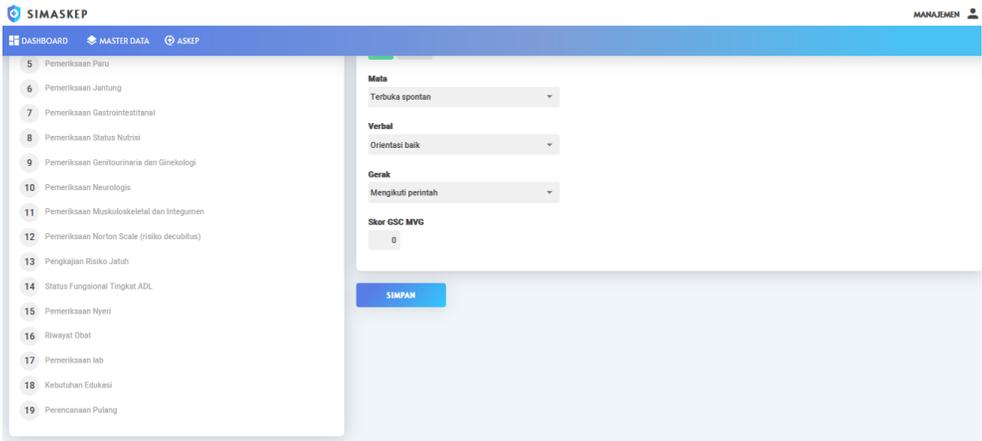


Gambar 3.13b
Menu Pengkajian Pemeriksaan Genitourinaria dan Ginekologi

Setelah pengkajian data Pemeriksaan Genitourinaria dan Ginekologi, maka selanjutnya memilih menu pengkajian pemeriksaan Neurologis, yang meliputi ada tidaknya nyeri kepala, mengantuk, gangguan koordinasi, gangguan keseimbangan, neuropati, penurunan kesadaran/GCS, dan lain-lain. Pengkajian data pemeriksaan neurologis dalam sistem informasi asuhan keperawatan dapat tersaji pada gambar 3.14

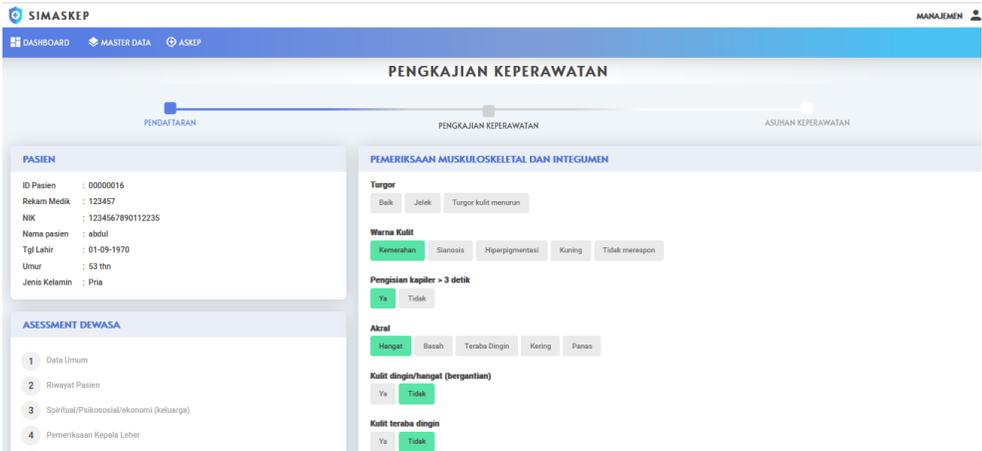


Gambar 3.14a
Menu Pengkajian Pemeriksaan Neurologi

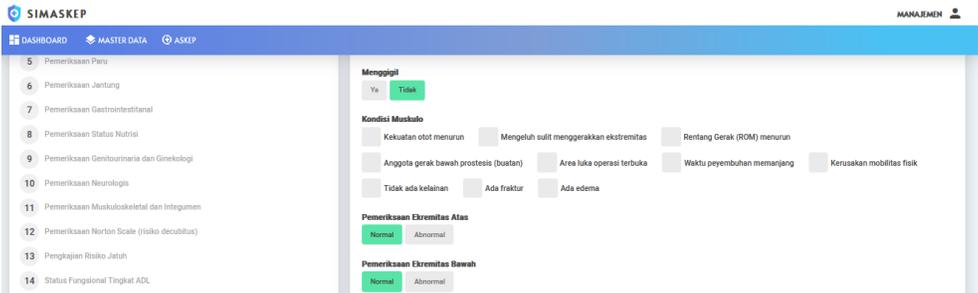


Gambar 3.14b
Menu Pegkajian Pemeriksaan Neurologi

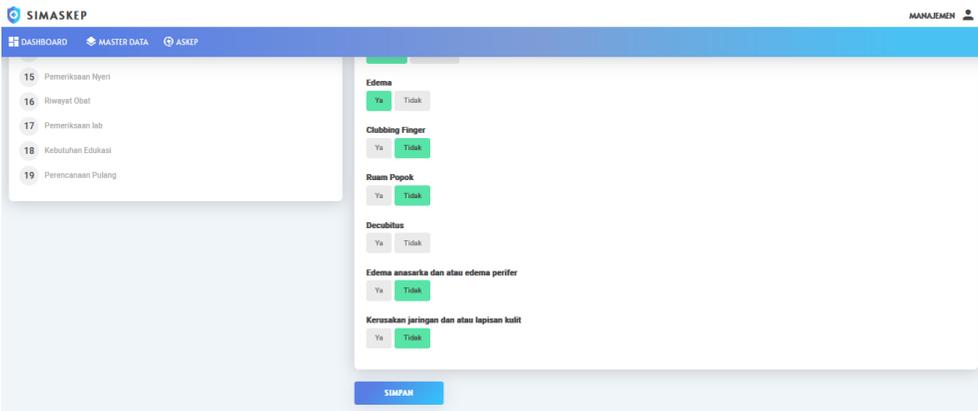
Setelah pengkajian data Pemeriksaan Neurologis, maka selanjutnya memilih menu pengkajian pemeriksaan muskuloskeletal dan integumen, yang meliputi kondisi turgor, warna kulit, akral, dan lain-lain. Pegkajian data pemeriksaan muskuloskeletal dan integument dalam sistem informasi asuhan keperawatan dapat tersaji pada gambar 3.15



Gambar 3.15a
Menu Pegkajian Pemeriksaan Muskuloskeletal dan Integumen

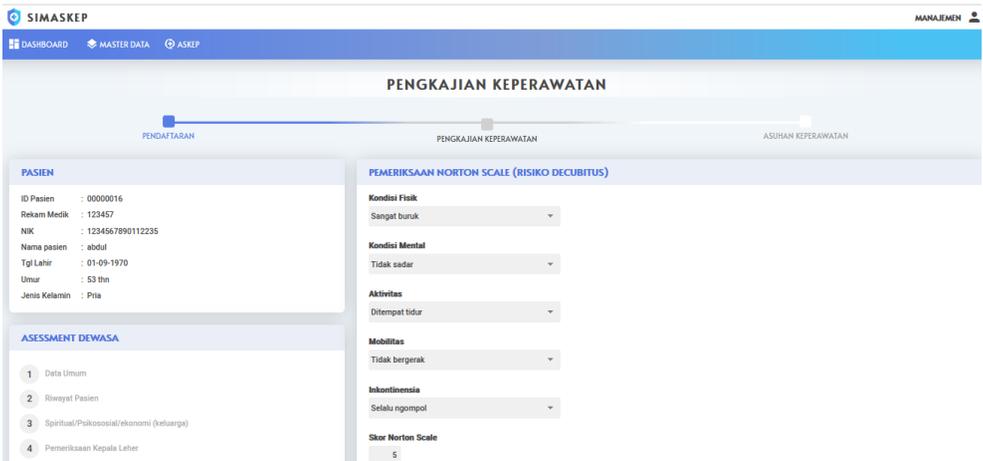


Gambar 3.15b
Menu Pegkajian Pemeriksaan Muskuloskeletal dan Integumen

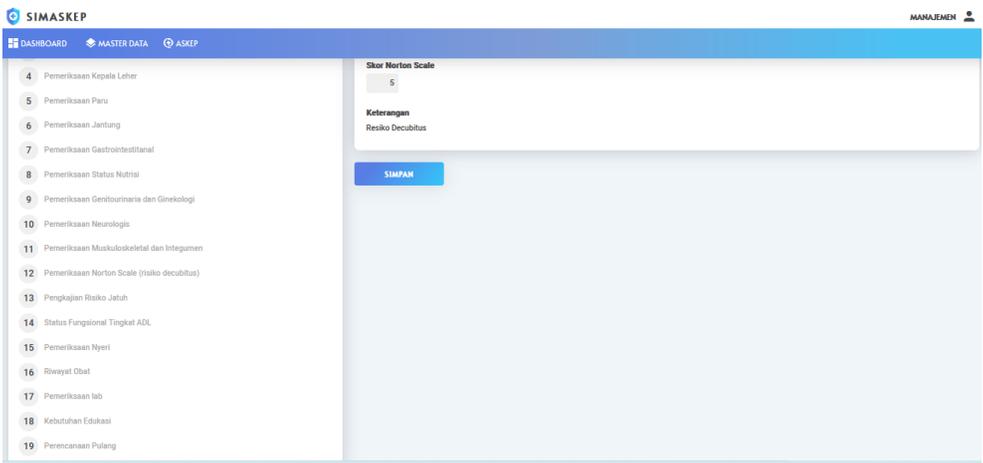


Gambar 3.15c
Menu Pegkajian Pemeriksaan Muskuloskeletal dan Integumen

Setelah pengkajian data Pemeriksaan Muskuloskeletal dan Integumen, maka selanjutnya memilih menu pengkajian pemeriksaan norton scale (risiko decubitus), yang meliputi kondisi fisik, mental, aktivitas, mobilitas, dan lain-lain. Pegkajian data pemeriksaan norton scale (risiko decubitus) dalam sistem informasi asuhan keperawatan dapat tersaji pada gambar 3.16



Gambar 3.16a
Menu Pegkajian Pemeriksaan Norton Sckale (risiko decubitus)



Gambar 3.16b
Menu Pegkajian Pemeriksaan Norton Scale (risiko decubitus)

Setelah pengkajian data Pemeriksaan Norton Scale (risiko decubitus), maka selanjutnya memilih menu pengkajian pemeriksaan risiko jatuh, yang meliputi faktor risiko, riwayat jatuh, diagnosis sekunder, gaya berjalan, penggunaan alat bantu, dan lain-lain. Pegkajian data pemeriksaan risiko jatuh dalam sistem informasi asuhan keperawatan dapat tersaji pada gambar 3.17

SIMASKEP MANAJEMEN

DASHBOARD MASTER DATA ASKEP

PENGKAJIAN KEPERAWATAN

PENDAFTARAN PENGKAJIAN KEPERAWATAN ASUHAN KEPERAWATAN

PASIEN

ID Pasien : 0000016
 Rekam Medik : 123457
 NIK : 1234567890112235
 Nama pasien : abdul
 Tgl Lahir : 01-09-1970
 Umrur : 53 thn
 Jenis Kelamin : Pria

ASSESSMENT DEWASA

- 1 Data Umum
- 2 Riwayat Pasien
- 3 Spiritual/Psikososial/ekonomi (keluarga)
- 4 Pemeriksaan Kepala Leher

PENGKAJIAN RISIKO JATUH

Faktor Risiko, Lainnya

Riwayat jatuh Usia > 65 tahun atau < 2 tahun Lingkungan tidak aman, seperti gelap, licin dll Kondisi pasca operasi

Riwayat Jatuh

Tidak

Terpapang Infus

Tidak

Diagnosa Sekunder

Tidak

Gaya Gejala

Normal/Tirahbaring/Imobilisasi

Menggunakan Alat Bantu

Tidak Ada/Kursi roda/Perawat/Tirahbaring

Gambar 3.17a
Menu Pegkajian Pemeriksaan Risiko Jatuh

SIMASKEP MANAJEMEN

DASHBOARD MASTER DATA ASKEP

- 5 Pemeriksaan Paru
- 6 Pemeriksaan Jantung
- 7 Pemeriksaan Gastrointestinal
- 8 Pemeriksaan Status Nutrisi
- 9 Pemeriksaan Genitourinaria dan Ginekologi
- 10 Pemeriksaan Neurologis
- 11 Pemeriksaan Muskuloskeletal dan Integrasen
- 12 Pemeriksaan Norton Scale (rasiko decubitus)
- 13 Pengkajian Risiko Jatuh
- 14 Status Fungsional Tingkat ADL
- 15 Pemeriksaan Nyeri
- 16 Riwayat Obat
- 17 Pemeriksaan lab
- 18 Kebutuhan Edukasi
- 19 Perencanaan Pulang

Status Mental

Orientasi baik terhadap diri sendiri

Kriteria Risiko Jatuh

Skor Rendah

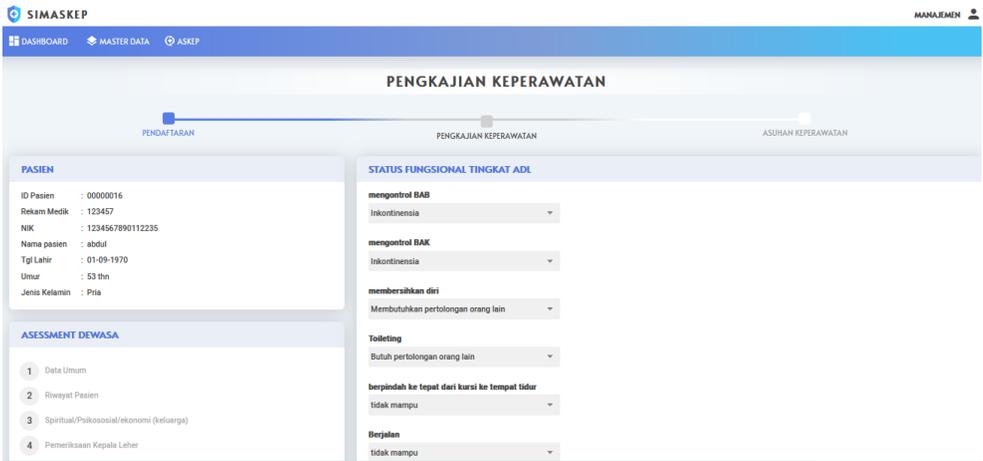
Skor Risiko Jatuh

0

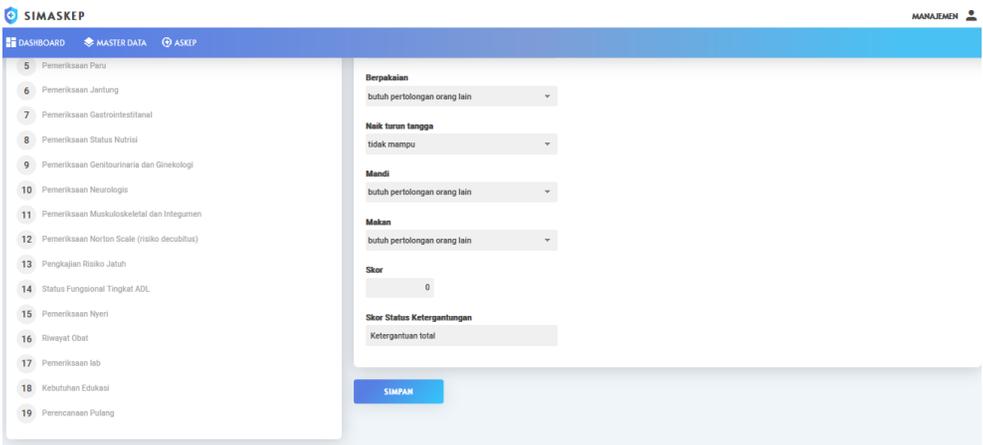
SIMPAN

Gambar 3.17b
Menu Pegkajian Pemeriksaan Risiko Jatuh

Setelah pengkajian data Pemeriksaan Risiko Jatuh, maka selanjutnya memilih menu pengkajian pemeriksaan status fungsional tingkat ADL, yang meliputi kondisi mengontrol BAB, BAK, toileting, berpindah, dan lain-lain. Pegkajian data pemeriksaan status fungsional tingkat ADL dalam sistem informasi asuhan keperawatan dapat tersaji pada gambar 3.18



Gambar 3.18a
Menu Pegkajian Pemeriksaan Status Fungsional ADL



Gambar 3.18b
Menu Pegkajian Pemeriksaan Status Fungsional ADL

Setelah pengkajian data Pemeriksaan Status Fungsional ADL, maka selanjutnya memilih menu pengkajian nyeri, yang meliputi skala nyeri, sifat nyeri, lokasi nyeri, lama nyeri dan lain-lain. Pegkajian data pemeriksaan nyeri dalam sistem informasi asuhan keperawatan dapat tersaji pada gambar 3.19

SIMASKEP MANAJEMEN

DASHBOARD MASTER DATA ASKEP

PENGKAJIAN KEPERAWATAN

PENDAFTARAN PENGKAJIAN KEPERAWATAN ASUHAN KEPERAWATAN

PASIENT

ID Pasien : 0000016
 Rekam Medik : 123457
 NIK : 1234567890112235
 Nama pasien : abdul
 Tgl Lahir : 01-09-1970
 Umur : 53 thn
 Jenis Kelamin : Pria

ASSESSMENT DEWASA

- 1 Data Umum
- 2 Riwayat Pasien
- 3 Spiritual/Psikososial/ekonomi (keluarga)
- 4 Pemeriksaan Kepala Leher

PEMERIKSAAN NYERI

Kondisi Berhubungan Nyeri

Bersikap protektif Takikardia/Frekuensi nadi meningkat Gelisah Mengeluh nyeri Sulit tidur Tampak meringis

Merasa depresi (tertekan) Tidak mampu menuntaskan aktivitas

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Tidak Nyeri Nyeri Ringan Nyeri Sedang Nyeri Berat

Skor Skala Nyeri

0

Gambar 3.19a
Menu Pegkajian Pemeriksaan Nyeri

SIMASKEP MANAJEMEN

DASHBOARD MASTER DATA ASKEP

- 5 Pemeriksaan Paru
- 6 Pemeriksaan Jantung
- 7 Pemeriksaan Gastrointestinal
- 8 Pemeriksaan Status Nutrisi
- 9 Pemeriksaan Gendourinaria dan Ginekologi
- 10 Pemeriksaan Neurologis
- 11 Pemeriksaan Muskuloskeletal dan Integumen
- 12 Pemeriksaan Norton Scale (risiko decubitus)

Lokasi Nyeri

Lama Nyeri

Menjelar

Ya Tidak

Sifat Nyeri

Akut Kronis

Gambar 3.19b
Menu Pegkajian Pemeriksaan Nyeri

SIMASKEP MANAJEMEN

DASHBOARD MASTER DATA ASKEP

- 8 Pemeriksaan Status Nutrisi
- 9 Pemeriksaan Gendourinaria dan Ginekologi
- 10 Pemeriksaan Neurologis
- 11 Pemeriksaan Muskuloskeletal dan Integumen
- 12 Pemeriksaan Norton Scale (risiko decubitus)
- 13 Pengkajian Risiko Jatuh
- 14 Status Fungsional Tingkat ADL
- 15 Pemeriksaan Nyeri
- 16 Riwayat Obat
- 17 Pemeriksaan lab
- 18 Kebutuhan Edukasi
- 19 Perencanaan Pulang

Menjelar

Ya Tidak

Sifat Nyeri

Akut Kronis

Kualitas Nyeri

Nyeri Tajam Nyeri Bakar Nyeri Dalam

Frekuensi nyeri

Jarang Hilang Tumbuh Terus Menerus

Faktor pembeda

Cahaya Gerakan Berbaring

Faktor peringan

Makan Sunyi Dingin

SIMPAN

Gambar 3.19c
Menu Pegkajian Pemeriksaan Nyeri

Setelah pengkajian data Pemeriksaan Nyeri, maka selanjutnya memilih menu pengkajian riwayat obat, yang meliputi efek farmakologis, nama obat, lama penggunaan obat, dan lain-lain. Pengkajian data pemeriksaan riwayat obat dalam sistem informasi asuhan keperawatan dapat tersaji pada gambar 3.20

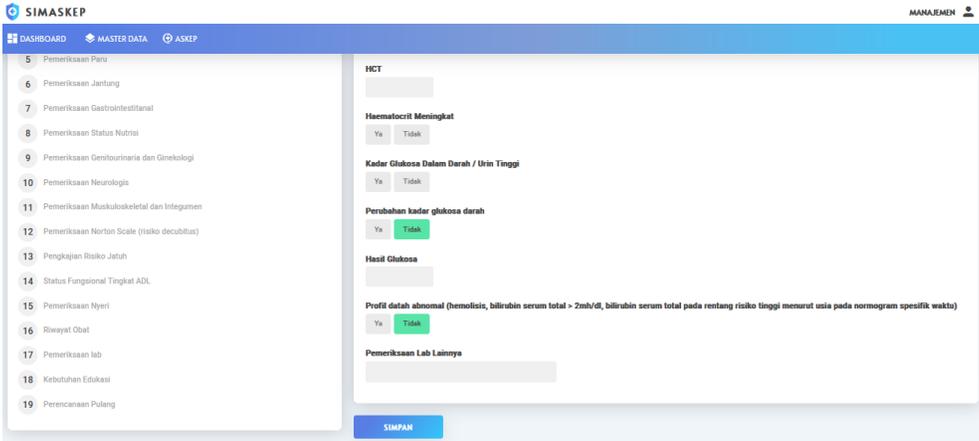
The screenshot displays the 'PENGKAJIAN KEPERAWATAN' (Nursing Assessment) interface. On the left, a 'PASIEEN' sidebar shows patient details: ID Pasien (00000016), Rekam Medik (123457), NIK (1234567890112235), Nama pasien (abdul), Tgl Lahir (01-09-1970), Umur (53 thn), and Jenis Kelamin (Pria). Below this is an 'ASSESSMENT DEWASA' section with a list of steps: 1. Data Umum, 2. Riwayat Pasien, 3. Spiritual/Psikososial/ekonomi (keluarga), and 4. Pemeriksaan Kepala Leher. The main area is titled 'PENGKAJIAN KEPERAWATAN' and features a progress bar with three stages: 'PENDAFTARAN', 'PENGKAJIAN KEPERAWATAN', and 'ASUHAN KEPERAWATAN'. The 'RIWAYAT OBAT' section contains the following fields: 'Efek agen farmakologis' with 'Ya' and 'Tidak' radio buttons; 'Nama Obat & Dosis' with a text input field; 'Lama Pakai' with a value of '0' and a 'Bulan' label; and 'Berlanjut' with 'Ya' and 'Tidak' radio buttons. A blue 'SIMPAN' button is located at the bottom of the form.

Gambar 3.20
Menu Pegkajian Riwayat Obat

Setelah pengkajian data Pemeriksaan riwayat obat, maka selanjutnya memilih menu pengkajian pemeriksaan laboratorium, yang meliputi hasil pemeriksaan PCO2, PaO2, pH arteri, dan lain-lain. Pegkajian data pemeriksaan laboratorium dalam sistem informasi asuhan keperawatan dapat tersaji pada gambar 3.21

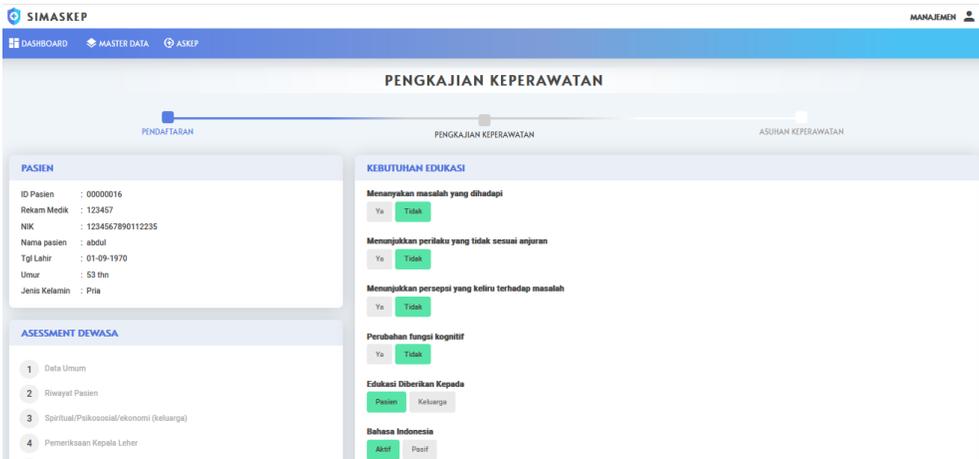
The screenshot displays the 'PENGKAJIAN KEPERAWATAN' (Nursing Assessment) interface, similar to the previous one. The 'PASIEEN' sidebar and 'ASSESSMENT DEWASA' section are identical. The main area is titled 'PENGKAJIAN KEPERAWATAN' and features the same progress bar. The 'PEMERIKSAAN LAB' section contains the following fields: 'PCO2 Meningkat/Memurun' with 'Ya' and 'Tidak' radio buttons; 'Hasil PCO2' with a text input field; 'pH arteri meningkat/memurun' with 'Ya' and 'Tidak' radio buttons; 'Hasil pH arteri' with a text input field; 'PO2' with a text input field; and 'PO2 Memurun' with 'Ya' and 'Tidak' radio buttons. A blue 'SIMPAN' button is located at the bottom of the form.

Gambar 3.21a
Menu Pegkajian Pemeriksaan Laboratorium

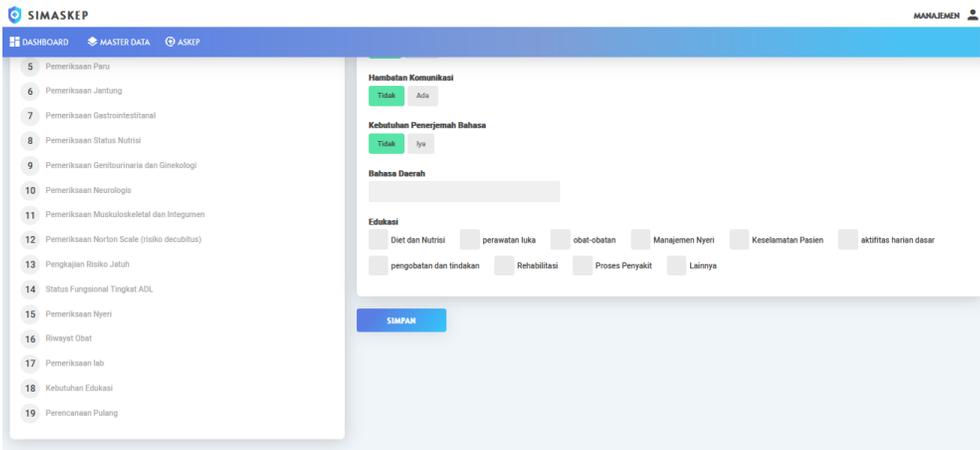


Gambar 3.21b
Menu Pengkajian Pemeriksaan Laboratorium

Setelah pengkajian data Pemeriksaan laboratorium, maka selanjutnya memilih menu pengkajian kebutuhan edukasi, yang meliputi perubahan fungsi kognitif, kebutuhan edukasi, Bahasa yang digunakan, pengetahuan terkait masalah yang dihadapi, dan lain-lain. Pengkajian data pemeriksaan kebutuhan edukasi dalam sistem informasi asuhan keperawatan dapat tersaji pada gambar 3.22

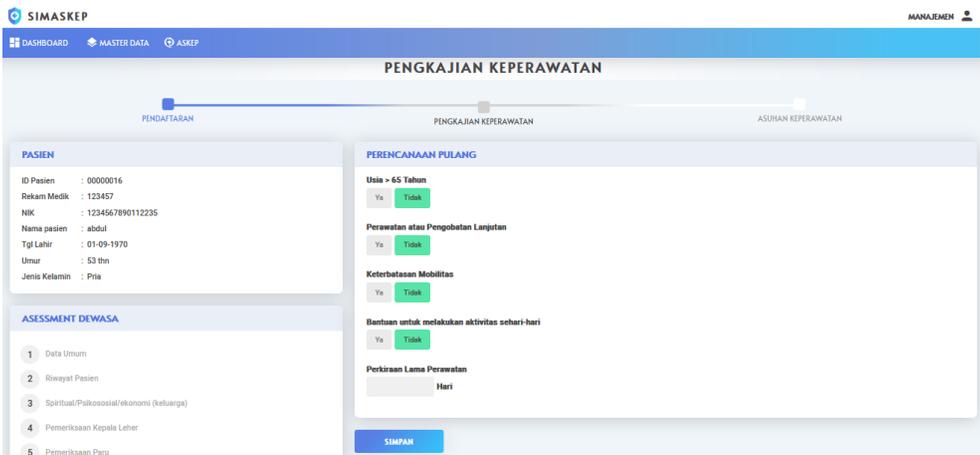


Gambar 3.22a
Menu Pengkajian Kebutuhan Edukasi



Gambar 3.22b
Menu Pengkajian Kebutuhan Edukasi

Setelah pengkajian data kebutuhan edukasi, maka selanjutnya memilih menu pengkajian perencanaan pulang, yang meliputi perawatan lanjutan, kondisi mobilitas, perkiraan lama perawatan, dan lain-lain. Pengkajian data perencanaan pulang dalam sistem informasi asuhan keperawatan dapat tersaji pada gambar 3.23



Gambar 3.23
Menu Pengkajian Perencanaan Pulang

Bab 4

Diagnosis Keperawatan dengan Sistem Pakar

Tujuan Pembelajaran

Setelah mempelajari bab ini diharapkan pembaca memahami pengertian diagnosis keperawatan , diagnosis keperawatan menurut NANDA, diagnosis keperawatan menurut SDKI dan Aplikasi Diagnosis Keperawatan dalam Sistem Informasi Asuhan Keperawatan Berbasis Digital

4.1 Pengertian

Diagnosis Keperawatan merupakan keputusan klinis mengenai seseorang, keluarga, atau masyarakat sebagai akibat dari masalah kesehatan atau proses kehidupan yang aktual atau potensial (NANDA 1990). Diagnosa keperawatan ini dapat memberikan dasar pemilihan intervensi untuk menjadi tanggung gugat perawat. Kemudian formulasi diagnosa keperawatan adalah bagaimana diagnosa keperawatan digunakan dalam proses pemecahan masalah karena melalui identifikasi masalah dapat digambarkan berbagai masalah keperawatan yang membutuhkan asuhan keperawatan, disamping itu dengan menentukan atau menginvestigasi dari etiologi masalah maka akan dapat dijumpai faktor yang menjadi kendala atau penyebabnya, dengan menggambarkan tanda dan gejala akan dapat digunakan untuk memperkuat masalah yang ada.

Untuk menyusun diagnosa keperawatan yang tepat dibutuhkan beberapa pengetahuan dan ketrampilan yang harus dimiliki diantaranya: kemampuan dalam memahami beberapa masalah keperawatan, faktor yang menyebabkan masalah, batasan karakteristiknya, beberapa ukuran normal dari masalah tersebut serta kemampuan dalam memahami mekanisme penanganan masalah, berfikir kritis, dan membuat kesimpulan dari masalah.

Dalam penyusunan pernyataan diagnosa keperawatan perlu dibedakan dengan penyusunan diagnosa medik, mengingat ada beberapa hal yang terdapat dalam diagnosa keperawatan dan tidak ada dalam diagnosa medik, sebagaimana gambar di bawah ini :

Diagnosa medik	Diagnosa keperawatan
Menguraikan proses patologis (penyakit secara spesifik)	Menguraikan respon individu terhadap proses penyakit yang dialami klien .
Sifatnya relatif konstan (tetap), namun juga dapat berubah	Sifatnya akan berubah apabila respon pun berubah

Dalam penulisan pernyataan diagnosa keperawatan dapat meliputi tiga komponen yaitu komponen P (problem), komponen E (etiologi) dan komponen S (simtom atau

dikenal dengan batasan karakteristik), dengan demikian cara dalam membuat diagnosa keperawatan adalah menentukan masalah keperawatan yang terjadi, kemudian mencari penyebab dari masalah yang ada.

4.2 Katagori Diagnosa Keperawatan menurut NANDA

Ada beberapa type diagnosa keperawatan diantaranya type aktual, resiko, kemungkinan, sehat dan sejahtera (wellness), dan sindroma.

1. Diagnosa keperawatan aktual

Diagnosa keperawatan aktual menurut NANDA adalah menyajikan keadaan secara klinis yang telah divalidasikan melalui batasan karakteristik mayor yang diidentifikasi. Diagnosa keperawatan aktual penulisannya adalah adanya pernyataan masalah (P), adanya pernyataan evaluasi (E), dan adanya pernyataan tanda dan gejala (Symtom)

1) Menentukan Problem (P)

Pernyataan masalah (problem, P) keperawatan yang diklasifikasikan oleh NANDA Internasional 2012-2014, sebagaimana dalam tabel 3.1

Tabel 3.1
Daftar Masalah Keperawatan/Diagnosis

No	Diagnosis/Masalah Keperawatan	No	Diagnosis/Masalah Keperawatan
Domain 1: Promosi Kesehatan		15	Kesiapan meningkatkan nutrisi (00163)
Kelas I : Kesadaran Kesehatan		16	Risiko ketidakseimbangan nutrisi (lebih dari kebutuhan tubuh) (00003)
1	Defisiensi aktivitas pengalih (00097)	17	Gangguan menelan (00103)
2	Gaya hidup monoton (00168)	Kelas 2: Pencernaan	
3	Defisiensi kesehatan komunitas (00215)		-
Kelas 2 : Manajemen Kesehatan		Kelas 3: Absorbsi	
4	Perilaku kesehatan		-

	cenderung berisiko (00188)		
5	Ketidakefektifan pemeliharaan kesehatan (00099)	Kelas 4: Metabolisme	
6	Kesiapan meningkatkan status imunisasi (00186)	18	Risiko ketidaksetabilan kadar glukosa darah (00179)
7	Ketidakefektifan Perlindungan (00043)	19	Ikterik neonatus (00194)
8	Ketidakefektifan manajemen kesehatan diri (00078)	20	Risiko ikterik neonatus (00230)
9	Kesiapan meningkatkan manajemen kesehatan diri (00162)	21	Risiko gangguan fungsi hati (00178)
10	Ketidakefektifan manajemen regimen terapeutik keluarga (00080)	Kelas 5: Hidrasi	
Domain 2 : Nutrisi		22	Risiko ketidakseimbangan elektrolit (00195)
Kelas 1 : makan		23	Kesiapan meningkatkan keseimbangan cairan (00160)
11	Ketidacukupan Air Susu Ibu (00216)	24	Kekurangan volume cairan (00027)
12	Ketidakefektifan pola makan bayi (00107)	25	Kelebihan volume cairan (00026)
13	Ketidakseimbangan nutrisi (kurang dari kebutuhan tubuh (00002)	26	Risiko kekurangan volume cairan (00028)
		27	Risiko ketidakseimbangan volume cairan (00025)
14	Ketidakseimbangan nutrisi : lebih dari kebutuhan tubuh (00001)	Domain 4: Aktivitas/Istirahat	

Domain 3 : Eliminasi dan Pertukaran		Kelas 1: Tidur/istirahat	
Kelas 1: Fungsi urinarius		45	Insomnia (00095)
28	Inkontinensia urinarius fungsional (00020)	46	Deprivasi tidur (00096)
29	Inkontinensia urine aliran berlebih (00176)	47	Kesiapan meningkatkan tidur (00165)
30	Inkontinensia urine refleks (00018)	48	Gangguan pola tidur (00198)
31	Inkontinensia urine stres (00017)	Kelas 2: Aktivitas/latihan	
32	Inkontinensia urine dorongan (00019)	49	Risiko sindrom disuse (00040)
33	Risiko inkontinensia urine dorongan (00022)	50	Hambatan mobilitas di tempat tidur (00091)
34	Gangguan eliminasi urine (00016)	51	Hambatan mobilitas fisik (00085)
35	Kesiapan meningkatkan eliminasi urine (00166)	52	Hambatan mobilitas berkursi roda (00089)
36	Retensi urine (00023)	53	Hambatan kemampuan berpindah (00090)
Kelas 2: Fungsi gastrointestinal		54	Hambatan berjalan (00088)
37	Konstipasi (00011)	Kelas 3: Keseimbangan energi	
38	Persepsi konstipasi (00012)	55	Gangguan medan energi (00050)
39	Risiko konstipasi (00015)	56	Keletihan (00093)
40	Diare (00013)	57	Keluyuran (00154)
41	Disfungsi motilitas gastrointestinal (00196)	Kelas 4: Respon kardiovaskular/pulmonal	
42	Risiko disfungsi motilitas gastrointestinal	58	Intoleran aktivitas (00092)

	(00197)		
43	Inkontinensia defekasi (00014)	59	Risiko intoleran aktivitas (00094)
Kelas 3 : Fungsi integumen		60	Ketidakefektifan pola napas (00032)
	-	61	Penurunan curah jantung (00029)
Kelas 4: Fungsi pernapasan		62	Risiko ketidakefektifan perfusi gastrointestinal (00202)
44	Gangguan pertukaran gas (00030)	63	Risiko ketidakefektifan perfusi ginjal (00203)
Domain 5 : Persepsi/kognisi		64	Gangguan ventilasi spontan (00033)
Kelas 1: Perhatian		65	Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer (00204)
77	Kealpaan tubuh unilateral (00123)	66	Risiko penurunan perfusi jaringan jantung (00200)
Kelas 2: Orientasi		67	Risiko ketidakefektifan perfusi jaringan otak (00201)
78	Sindrom gangguan interpretasi lingkungan (00127)	68	Risiko ketidakefektifan perfusi jaringan perifer (00228)
Kelas 3: Sensasi/persepsi		69	Disfungsi respons penyapihan ventilator (00034)
	-	Kelas 5 : Perawatan diri	
Kelas 4: Kognisi		70	Hambatan pemeliharaan rumah (00098)
79	Konfusi akut (00128)	71	Kesiapan meningkatkan perawatan diri (00182)
80	Konfusi kronik (00129)	72	Defisit perawatan diri : mandi (00108)
81	Risiko konfusi akut (00173)	73	Defisit perawatan diri berpakaian (00109)
82	Ketidakefektifan kontrol impuls (00222)	74	Defisit perawatan diri : makan (00102)
83	Dedisiensi pengetahuan (00126)	75	Defisit perawatan diri : eliminasi (00110)
84	Kesiapan meningkatkan	76	Pengabdian diri (00193)

	pengetahuan (00161)		
85	Kerusakan memori (00131)	Domain 8 : Seksualitas	
Kelas 5 : Komunikasi		Kelas 1: Identitas sosial	
86	Kesiapan meningkatkan komunikasi (00157)		-
87	Hambatan komunikasi verbal (00051)	Kelas 2 : Fungsi seksual	
Domain 6: Persepsi diri		117	Disfungsi seksual (00059)
Kelas 1: Konsep diri		118	Ketidakefektifan pola seksualitas (00065)
88	Keputusan (00124)	Kelas 3: Reproduksi	
89	Risiko pelemahan martabat (00174)	119	Ketidakefektifan proses kehamilan-melahirkan (00221)
90	Risiko kesepian (00054)	120	Kesiapan meningkatkan proses kehamilan-melahirkan (00208)
91	Gangguan identitas pribadi (00121)	121	Risiko ketidakefektifan proses kehamilan-melahirkan (00227)
92	Risiko gangguan identitas pribadi (00225)	122	Risiko gangguan hubungan ibu-janin (00209)
93	Kesiapan meningkatkan konsep diri (00167)		
Kelas 2 : Harga diri		Domain 9: Koping/toleransi stres	
94	Harga diri rendah kronik (00119)	Kelas 1: Respons pascatrauma	
95	Harga diri rendah situasional (00120)	123	Sindroma pascatrauma (00141)
96	Risiko harga diri rendah kronik (00224)	124	Risiko sindrom pascatrauma (00145)
97	Risiko harga diri rendah situasional (00153)	125	Sindrom trauma perkosaan (00142)
Kelas 3: Citra tubuh		126	Sidrom stres akibat perpindahan (00114)
98	Gangguan citra tubuh (00118)	127	Risiko sindroma stres akibat perpindahan (00149)

Domain 7: Hubungan peran		Kelas 2: Respons koping	
Kelas 1: Peran pemberi Asuhan		128	Ketidakefektifan perencanaan aktivitas (00199)
99	Ketidakefektifan pemberian ASI (00104)	129	Risiko ketidakefektifan perencanaan aktivitas (00226)
100	Diskontinuitas pemberian ASI (00105)	130	Ansietas (00146)
101	Kesiapan meningkatkan pemberian ASI (00106)	131	Koping defensif (00071)
102	Ketegangan peran pemberi asuhan (00061)	132	Ketidakefektifan koping (00069)
103	Risiko ketegangan peran pemberi asuhan (00062)	133	Kesiapan meningkatkan koping (00158)
104	Ketidakmampuan menjadi orag tua (00056)	134	Ketidakefektifan koping komunitas (00077)
105	Kesiapan meningkatkan menjadi orang tua (00164)	135	Kesiapan meningkatkan koping komunitas (00076)
106	Risiko ketidakampuan menjadi orang tua (00057)	136	Penurunan koping keluarga (00074)
Kelas 2: Hubungan keluarga		137	Ketidakmampuan koping keluarga (00073)
107	Risiko gangguan perlekatan (00058)	138	Kesiapan meningkatkan koping keluarga (00075)
108	Disfungsi proses keluarga (00063)	139	Ansietas kematian (00147)
109	Gangguan proses keluarga (00060)	140	Ketidakefektifan penyangkalan (00072)
110	Kesiapan meningkatkan proses	141	Gagal bertumbuh dewasa (00101)

	keluarga (00159)		
Kelas 3: Performa peran		142	Ketakutan (00148)
111	Ketidakefektifan hubungan (00223)	143	Dukacita (00136)
112	Kesiapan meningkatkan hubungan (00207)	144	Dukacita terganggu (00135)
113	Risiko ketidakefektifan hubungan (00229)	145	Risiko dukacita terganggu (00172)
114	Konflik peran orang tua (00064)	146	Kesiapan meningkatkan kekuatan (00187)
115	Ketidakefektifan performa peran (00055)	147	Ketidakberdayaan (00125)
116	Hambatan interaksi sosial (00052)	148	Risiko ketidakberdayaan (00152)
Domain 10: Prinsip hidup		149	Gangguan penyesuaian individu (00210)
Kelas 1: Nilai		150	Kesiapan meningkatkan penyesuaian (00212)
160	Kesiapan meningkatkan harapan (00185)	151	Risiko gangguan penyesuaian (00211)
Kelas 2: Keyakinan		152	Kepedihan kronis (00137)
161	Kesiapan meningkatkan kesejahteraan spiritual (00068)	153	Stres berlebihan (00177)
Kelas 3: Keselarasan nilai/keyakinan/tindakan		Kelas 3: Stres neurobehavioral	
161	Kesiapan meningkatkan pengambilan keputusan (00184)	154	Disrefleksia autonomik (00009)
162	Konflik pengambilan keputusan (00083)	155	Risiko disrefleksia autonomik (00010)
163	Distress moral (00175)	156	Disintegrasi perilaku bayi (00116)
164	Ketidakpatuhan	157	Kesiapan meningkatkan integrasi

	(00079)		perilaku bayi (00117)
165	Hambatan religiositas (00169)	158	Risiko disintegrasi perilaku bayi (00115)
166	Kesiapan meningkatkan religiositas (00171)	159	Penurunan kapasitas adaptif intrakranial (00049)
167	Risiko hambatan religiositas (00170)		
168	Distress spiritual (00066)	Domain 12 : Kenyamanan	
169	Risiko distress spiritual (00067)	Kelas 1 : Kenyamanan fisik	
		206	Gangguan rasa nyaman (00214)
Domain 11: Keamanan/perlindungan		207	Kesiapan meningkatkan rasa nyaman (00183)
Kelas 1 : Infeksi		208	Mual (00134)
170	Risiko infeksi (00004)	209	Nyeri akut (001320)
Kelas 2: Cedera fisik		210	Nyeri kronis (000133)
171	Ketidakefektifan bersihan jalan napas (00031)	Kelas 2: Kenyamanan lingkungan	
172	Risiko aspirasi (00039)		Gangguan rasa nyaman (00214)
173	Risiko perdarahan (00206)		Kesiapan meningkatkan rasa nyaman (00183)
174	Kerusakan gigi (00048)	Kelas 3: Kenyamanan sosial	
175	Risiko mata kering (00219)		Gangguan rasa nyaman (00214)
176	Risiko jatuh (00155)		Kesiapan meningkatkan rasa nyaman (00183)
177	Risiko cedera (00035)	211	Isolasi sosial (00053)
178	Kerusakan membran mukosa oral (00045)		
179	Risiko cedera akibat posisi perioperatif (00087)	Domain 13 : Pertumbuhan/perkembangan	
180	Risiko disfungsi neurovaskular perifer (0086)	Kelas 1: Pertumbuhan	

181	Risiko syok (00205)	212	Risiko pertumbuhan tidak proporsional (00113)
182	Kerusakan integritas kulit (00046)	213	Keterlambatan pertumbuhan dan perkembangan (00111)
183	Risiko kerusakan integritas kulit (00047)	Kelas 2: Perkembangan	
184	Risiko sindrom kematian bayi mendadak (00156)		Keterlambatan Pertumbuhan dan Perkembangan (00111)
185	Pelambatan pemulihan pascabedah (00100)	214	Risiko keterlambatan perkembangan (00112)
186	Risiko cedera termal (00220)		
187	Kerusakan integritas jaringan (00044)		
188	Risiko trauma (00038)		
189	Risiko trauma vaskular (00213)		
Kelas 3: Perilaku kekerasan			
190	Risiko perilaku kekerasan terhadap orang lain (00138)		
191	Risiko perilaku kekerasan terhadap diri sendiri (00140)		
192	Mutilasi diri (00151)		
193	Risiko mutilasi diri (00139)		
194	Risiko bunuh diri (00150)		
Kelas 4: Bahaya lingkungan			
195	Kontaminasi (00181)		
196	Risiko kontaminasi (00180)		
197	Risiko keracunan (00037)		
Kelas 5: Proses pertahanan			

tubuh		
198	Risiko efek samping media kontras beryodium (00218)	
199	Respons alergi lateks (00041)	
200	Risiko respons alergi (00217)	
201	Risiko respons alergi lateks (00042)	
Kelas 6 : Termoregulasi		
202	Risiko ketidakseimbangan suhu tubuh (00005)	
203	Hipertermia (00007)	
204	Hipotermia (00006)	
205	Ketidakefektifan termoregulasi (00008)	

2) Menentukan etiologi (E)

Dalam menentukan etiologi dalam pernyataan diagnosa keperawatan adalah dihubungkan sebagai faktor yang berhubungan dengan masalah keperawatan yang dapat mempengaruhi perubahan status kesehatan. Faktor yang berhubungan atau dapat digunakan dalam etiologi terdiri dari empat komponen diantaranya :

- Patofisiologi (biologi atau psikologi)
- Tindakan yang berhubungan
- Situasional (lingkungan, personal)
- Maturasional

Contoh etiologi :

Patofisiologi : Intoleran aktivitas yang berhubungan dengan **penurunan transpor oksigen sekunder terhadap gagal jantung kongestif** dibuktikan dengan nafas pendek, frekuensi nafas meningkat, nadi lemah dan menurun, tekanan diastolik meningkat > 15 mmhg, pucat, sianosis, kelemahan

Tindakan yang berhubungan : Intoleran aktivitas yang berhubungan dengan **penurunan transpor oksigen sekunder terhadap tirah baring lama** dibuktikan dengan nafas pendek, frekuensi nafas meningkat, nadi lemah dan menurun, tekanan diastolik meningkat > 15 mmhg, pucat, sianosis, kelemahan

Situasional : Intoleran aktivitas yang berhubungan dengan **peningkatan kebutuhan metabolik sekunder terhadap stres berat atau hambatan lingkungan.**

Maturasional : Intoleran aktivitas yang berhubungan dengan **penurunan kekuatan atau fleksibilitas otot , defisit sensori akibat lanjut usia.**

3) Menentukan Simptom (S)

Dalam menentukan simtom yang merupakan tanda dan gejala dari masalah keperawatan yang terjadi dapat diperoleh dari hasil pengelompokan data yaitu data subyektif dan data obyektif dengan memperhatikan batasan karakteristik dari pernyataan masalah (diagnosa keperawatan).

2. Diagnosa Keperawatan resiko atau resiko tinggi

Menurut NANDA adalah keputusan klinis tentang individu, keluarga, atau komunitas sangat rentan untuk mengalami masalah di banding yang lain pada situasi yang sama atau hampir sama.

Diagnosa keperawatan ini mengganti istilah diagnosa keperawatan potensial dengan menggunakan “ resiko terhadap atau resiko tinggi terhadap” dan validasi untuk menunjang diagnosa resiko tinggi adalah faktor resiko yang memperlihatkan keadaan dimana kerentanan meningkat terhadap klien atau kelompok dan tidak menggunakan batasan karakteristik.

Contoh :

Resiko terhadap penularan infeksi berhubungan dengan kurangnya pengetahuan tentang menurunnya resiko penularan virus AIDS.

3. Diagnosa keperawatan kemungkinan

Menurut NANDA adalah pernyataan tentang masalah–masalah yang diduga masih memerlukan data tambahan, dengan harapan masih diperlukan untuk memastikan adanya tanda dan gejala utama adanya faktor risiko

Contoh :

Kemungkinan gangguan konsep diri yang berhubungan dengan kehilangan peran tanggung jawab .

4. Diagnosa Keperawatan Sehat–Sejahtera (wellness)

Menurut NANDA diagnosa keperawatan sehat adalah ketentuan klinis mengenai individu, kelompok atau masyarakat dalam transisi dari tingkat kesehatan khusus ke tingkat kesehatan yang lebih baik. Cara pembuatan dapat menggabungkan pernyataan fungsi positif dalam masing–masing pola kesehatan fungsional sebagai alat pengkajian yang disyahkan. Dalam menentukan diagnosa keperawatan sehat menunjukkan terjadi peningkatan fungsi kesehatan menjadi fungsi yang positif

Sebagai contoh pasangan muda yang kemudian menjadi orang tua telah melaporkan fungsi positif dalam perannya pola hubungan, perawat dapat memakai informasi dan lahirnya bayi baru sebagai tambahan dalam unit keluarga, untuk membantu keluarga mempertahankan yang efektif pola hubungan .

Contoh :

Perilaku mencari bantuan kesehatan yang berhubungan dengan kurangnya pengetahuan tentang peran sebagai orang baru (Linda Jual Carpenito, 1995)

5. Diagnosa Keperawatan Sindroma

Menurut NANDA diagnosa keperawatan sindroma adalah diagnosa keperawatan yang terdiri dari sekelompok diagnosa keperawatan aktual atau resiko tinggi yang diduga akan tampak karena suatu kejadian atau situasi tertentu.

Contoh :

Sindroma disuse yang berhubungan dengan tindakan pembedahan (amputasi)

Dalam perkembangannya kategori diagnosis menurut NANDA Internasional, diagnosis keperawatan terdiri atas diagnosis keperawatan aktual, promosi kesehatan, risiko, sindrom. Diagnosis keperawatan aktual merupakan diagnosis keperawatan yang menjelaskan kondisi kesehatan/proses hidup yang ada pada individu, keluarga, kelompok atau komunitas. Diagnosis promosi kesehatan merupakan penilaian mengenai motivasi seseorang, keluarga, kelompok atau komunitas yang memiliki keinginan untuk meningkatkan kesejahteraan serta mewujudkan kesehatan manusia, seperti dinyatakan dalam kesiapan untuk meningkatkan perilaku kesehatan. Diagnosis keperawatan risiko merupakan penilaian klinis tentang pengalaman manusia/respon manusia terhadap kondisi kesehatan/proses hidup yang terjadi pada individu, keluarga, komunitas yang rentan. Diagnosis keperawatan sindrom merupakan penilaian klinik yang menjelaskan pengelompokan khusus diagnosis keperawatan yang terjadi bersama dan memusatkan bersama serta melalui intervensi yang sama.

Pernyataan diagnosis keperawatan menurut NANDA Internasional mengacu pada 13 domain, diantaranya promosi kesehatan, nutrisi, eliminasi dan pertukaran, aktivitas/istirahat, persepsi/kognisi, persepsi diri, hubungan peran, seksualitas, koping/toleransi stress, prinsip hidup, keamanan/perlindungan, kenyamanan dan pertumbuhan atau perkembangan. Dalam klasifikasi NANDA Internasional terdiri atas 220 diagnosis keperawatan

1. Diagnosis Keperawatan

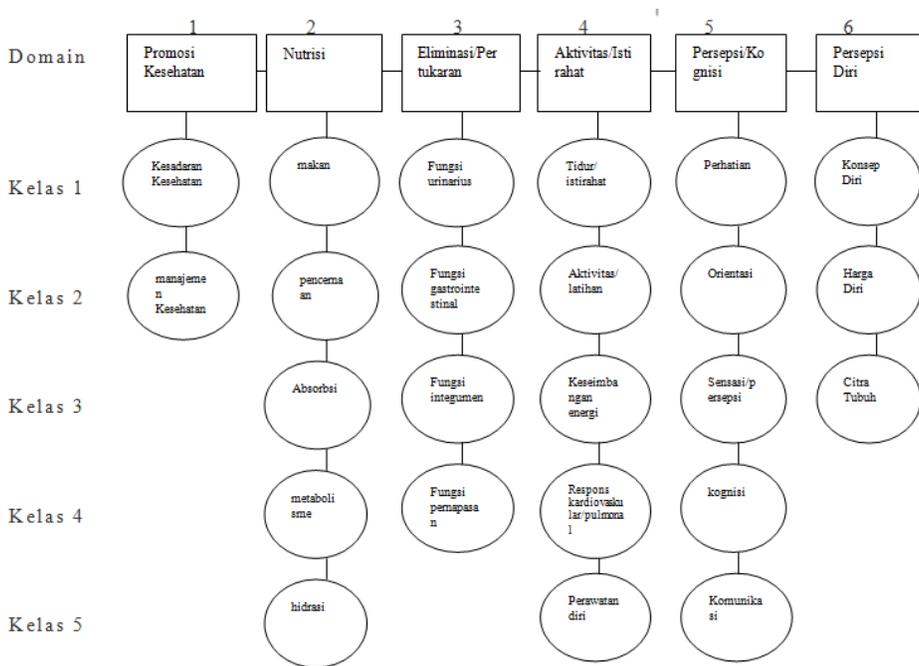
Proses penegakkan diagnosis keperawatan sebagaimana dalam penjelasan sebelumnya adalah diawali dengan proses pengkajian melalui pengumpulan dan analisis data. Penegakkan diagnosis keperawatan sebagaimana dalam rekomendasi *National Library of Medicine* (NLM) dapat mengacu pada taksonomi II yang merupakan bahasa keperawatan yang telah ditetapkan oleh *Committee for Nursing Practice Information infrastructure of American Nurses Association* (ANA)(Lundberg, Warren, Brokel, et al, 2008).

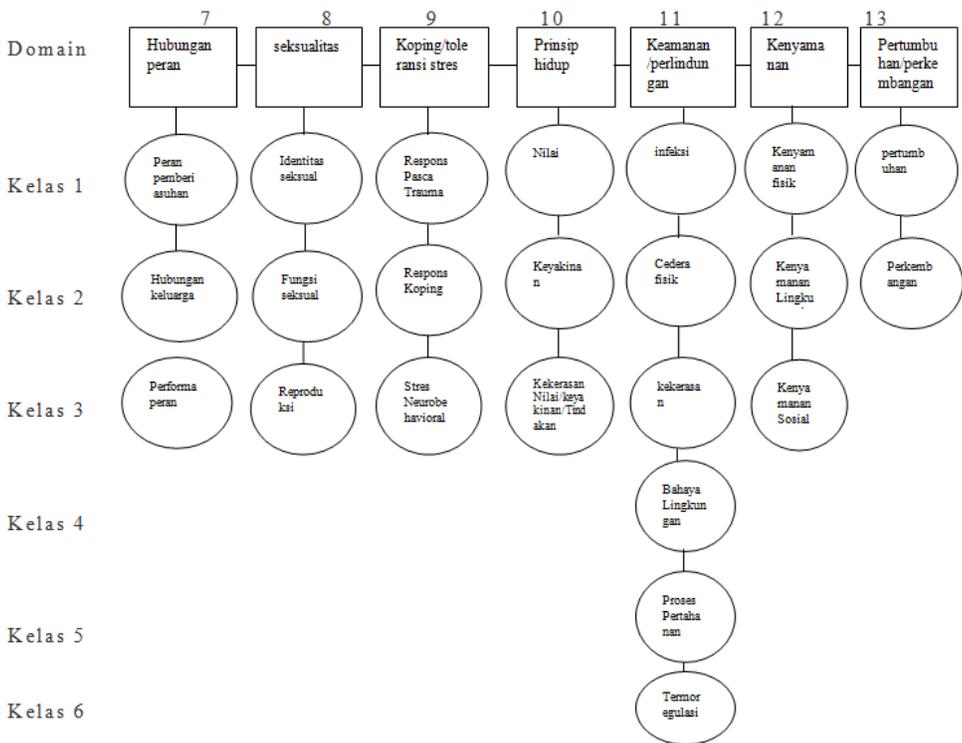
Cara menegakkan diagnosis keperawatan yang mengacu pada 13 Domain dan kelas dalam Diagnosis keperawatan, adalah sebagai berikut: Menilai hasil pengkajian keperawatan, sebagai contoh berikut:

Data subyektif : pasien mengatakan kurang minat makan, menghindari makanan

Data obyektif : Berat badan kurang dari berat badan ideal, Bising usus hiperaktif, nyeri abdomen, kram abdomen, kesulitan menelan.

Memilih domain dan kelas diagnosis sebagaimana dalam bagan taksonomy NANDA (lihat bagan berikut).





Berdasarkan pilihan domain dan kelas, sebagaimana dalam bagan diatas. Hasil domain dan kelas adalah domain 2 (nutrisi) dan kelas 1 (makan) karena berdasarkan data pengkajian pasien kurang minat makan, berat badan kurang ideal, menghindari makanan.

Mencocokkan domain dan kelas sebagaimana dalam taksonomi II diagnosis NANDA-Internasional 2012-2014, dengan melihat definisi, batasan karakteristik, dan faktor yang berhubungan. Selanjutnya melihat daftar diagnosis yang sesuai (lihat diagnosis ketidakseimbangan nutrisi: kurang dari kebutuhan tubuh)

Diagnosis Keperawatan : Ketidakseimbangan nutrisi: kurang dari kebutuhan tubuh

Definisi : asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolik

Batasan Karakteristik :

- nyeri abdomen
- menghindari makan
- kurang minat makan
- berat badan kurang dari ideal

- bising usus hiperaktif
- kram abdomen

Faktor yang berhubungan :
ketidakmampuan menelan makan

4.3 Diagnosis Keperawatan Menurut Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia

Kategori diagnosis keperawatan menurut SDKI ada 2, yaitu diagnosis positif dan diagnosis negatif. Diagnosis negatif terdiri atas diagnosis aktual, risiko, sedangkan diagnosis positif menunjukkan kondisi sehat tetapi ingin mencapai lebih sehat atau optimal atau dikenal dengan diagnosis promosi kesehatan. Standar diagnosis keperawatan Indonesia mengadaptasi dari klasifikasi diagnosis keperawatan berdasarkan *International classification of nursing practice (ICNP)*, yang membagi diagnosis menjadi lima kategori, diantaranya fisiologis, psikologis, perilaku, relasional dan lingkungan.

Dalam menegakkan diagnosis keperawatan berdasarkan SDKI caranya adalah dengan melakukan analisis data terlebih dahulu dengan membandingkan dengan nilai normal serta mengelompokkan data, selanjutnya identifikasi masalah untuk menentukan masalah actual, risiko dan promosi kesehatan selanjutnya perumusan diagnosis (daftar diagnosis dapat dilihat tabel 3.1). Untuk merumuskan diagnosis dapat dilihat contoh sebagai berikut :

1. Diagnosis aktual : perumusannya adalah masalah berhubungan dengan penyebab dibuktikan/ditandai dengan tanda/gejala (P+E+S)
2. Diagnosis risiko : masalah dibuktikan/ditandai dengan faktor risiko (P+FR)
3. Diagnosis promosi kesehatan: masalah dibuktikan/ditandai dengan tanda/gejala (P+S).

Tabel 3.2 Daftar Diagnosis Keperawatan dan Indikator diagnostik menurut Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI)

No	Diagnosis/Masalah Keperawatan	Indikator Diagnostik
1	Bersihkan jalan napas tidak efektif	Gejala dan tanda mayor : 1. Batuk tidak efektif 2. Tidak mampu batuk 3. Sputum berlebih

		<ol style="list-style-type: none"> 4. Mengi, wheezing dan atau ronki kering 5. Mekonium di jalan napas (pada neonatus)
2	Gangguan penyapihan ventilator	<p>Gejala dan tanda mayor :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Frekuensi napas meningkat 2. Penggunaan otot bantu napas 3. Napas megap-megap (gaspings) 4. Upaya napas dan bantuan ventilator tidak sinkron 5. Napas dangkal 6. Agitasi 7. Nilai gas darah arteri abnormal
3	Gangguan pertukaran gas	<p>Gejala dan tanda mayor :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dispnea 2. PCO₂ meningkat/menurun 3. PO₂ menurun 4. Takikardia 5. pH arteri meningkat/menurun 6. Bunyi napas tambahan
4	Gangguan ventilasi spontan	<p>Gejala dan tanda mayor :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dispnea 2. Penggunaan otot bantu napas meningkat 3. Volume tidal menurun 4. PCO₂ meningkat 5. PO₂ menurun 6. SaO₂ menurun
5	Pola Napas tidak efektif	<p>Gejala dan tanda mayor :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dispnea 2. Penggunaan otot bantu pernapasan 3. Fase ekspirasi memanjang 4. Pola napas abnormal (takipnea, bradipnea,, hiperventilasi, kusamaul, cheyne stokes)

6	Risiko aspirasi	<p>Faktor risiko :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Penurunan tingkat kesadaran 2. Penurunan refleks muntah dan atau batuk 3. Gangguan menelan 4. Disfhagia 5. Kerusakan mobilitas fisik 6. Peningkatan residu lambung 7. Peningkatan tekanan intra gastrik 8. Penurunan motilitas gastrointestinal 9. Sfingter esofagus bawah inkompeten 10. Perlambatan pengosongan lambung 11. Terpasang selang nasogastrik 12. Terpasang trakeostomi atau endotrakheal tube 13. Trauma/pembedahan leher, mulut dan atau wajah 14. Efek agen farmakologis 15. Ketidakmatangan koordinasi menghisap, menelan dan bernapas.
7	Gangguan sirkulasi spontan	<p>Gejala dan tanda mayor :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tidak berespon 2. Frekuensi nadi < 50 kali/menut atau > 150 kali/menit 3. Tekanan darah sistolik < 60 mmHg atau > 200 mmHg 4. Frekuensi napas < 6 kali/menit atau > 30 kali/menit 5. Kesadaran menurun atau tidak sadar
8	Penurunan curah jantung	<p>Gejala dan tanda mayor : Perubahan irma jantung</p>

		<ol style="list-style-type: none"> 1. Palpitasi 2. Bradikardia/takikardia 3. Gambaran EKG aritmia atau gangguan konduksi <p>Perubahan preload</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lelah 2. Edema 3. Distensi vena jugularis 4. Central venous pressure (CVP) meningkat/menurun 5. Hepatomegali <p>Perubahan afterload</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dispnea 2. Tekanan darah meningkat/menurun 3. Nadi perifer teraba lemah 4. Capillary refill time > 3 detik 5. Oliguria 6. Warna kulit pucat dan atau sianosis <p>Perubahan kontraktilitas</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Paroxysmal nocturnal dypnea (PND) 2. Orthopnea 3. Batuk 4. Terdengar suara jantung S3 dan atau S4 5. Ejection fraction menurun
9	Perfusi perifer tidak efektif	<p>Gejala dan tanda mayor :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pengisian kapiler > 3 detik 2. Nadi perifer menurun atau tidak teraba 3. Akral teraba dingin 4. Warna kulit pucat 5. Turgor kulit menurun
10	Risiko gangguan sirkulasi spontan	<p>Faktor risiko :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kekurangan volumen cairan

		<ol style="list-style-type: none"> 2. Hipoksia 3. Hipotermia 4. Hpokalemaia/hiperkalemia 5. Hipoglikemia/hiperglikemia 6. Asidosis 7. Toksin (kracunan atau overdosis obat) 8. Tamponade jantung 9. Tension pneumothorax 10. Trombosis jantung 11. Trombosis paru (emboli paru)
11	Risiko penurunan curah jantung	<p>Faktor risiko :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Perubahan afterload 2. Perubahan frekuensi jantung 3. Perubahan irama jantung 4. Kontraktilitas 5. Perubahan preload
12	Risiko perdarahan	<p>Faktor risiko :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Aneurisma 2. Gangguan gastrointestinal (ulkus lambung, polip, varises) 3. Gangguan fungsi hati (sirosis hati) 4. Gangguan kehamilan (ketuban pecah sebeuum waktunya, plasenta previa/sbrupsio, kehamilan kembar) 5. Komplikasi pasca partum (atoni uterus, reteni plasenta) 6. Gangguan koagulasi (trombositopenia) 7. Efek agen farmakologis 8. Tindakan pembedahan 9. Trauma 10. Kurang terpapar infomasi tentang pencegahan perdarahan 11. Proses keganasan

13	Risiko perfusi gastrointestinal tidak efektif	<p>Faktor risiko :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Perdarahan gastrointestinal akut 2. Trauma abdomen 3. Sindroma kompartemen abdomen 4. Aneurisma aorta abdomen 5. Varises gastroesofagus 6. Penurunan kinerja ventrikel kiri 7. Koagulopati (anemi sel sabit, koagulasi intravaskuler diseminata) 8. Penurunan konsentrasi haemoglobin 9. Keabnormalan masa protombin dan atau masa tromboplastin parsial 10. Disfungsi hati (sirosis hepatis) 11. Disfungsi ginjal (ginjal polikistik, stenosis arteri ginjal, gagal ginjal) 12. Disfungsi gastrointestinal (ulkus duodenum atau ulkus lambung, kolitis iskemik, pankreatitis iskemik) 13. Hiperglikemia 14. Ketidakstabilan haemodinamik 15. Efek agen farmakologis 16. Usia > 60 tahun 17. Efek samping tindakan (cardiopulmonary bypass, anestesia, pembedahan lambung)
14	Risiko perfusi miokard tidak efektif	<p>Faktor risiko :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Hipertensi 2. Hiperlipidemia 3. Hiperglikemia 4. Hipoksemia

		<ol style="list-style-type: none"> 5. Hipoksia 6. Kekurangan volume cairan 7. Pembedahan jantung 8. Penyalahgunaan zat 9. Spasme arteri koroner 10. Peningkatan protein C reaktif 11. Tamponade jantung 12. Efek agen farmakologis 13. Riwayat penyakit kardiovaskular pada keluarga 14. Kurang terpapar informasi tentang faktor risiko (merokok, gaya hidup kurang gerak, obesitas)
15	Risiko perfusi perifer tidak efektif	<p>Faktor risiko :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Hiperglikemia 2. Gaya hidup kurang gerak 3. Hipertensi 4. Merokok 5. Prosedur endovaskuler 6. Trauma 7. Kurang terpapar informasi tentang faktor pemberat (merokok, gaya hidup kurang gerak, obesitas dan imobilitas)
16	Risiko perfusi renal tidak efektif	<p>Faktor risiko :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kekurangan volume cairan 2. Embolisme vaskular 3. Vaskulitis 4. Hipertensi 5. Disfungsi ginjal 6. Hiperglikemia 7. Keganasan 8. Pembedahan jantung 9. Bypass kardiopulmonal 10. Hipoksemia 11. Hipoksia 12. Asidosis metabolik

		<ul style="list-style-type: none"> 13. Trauma 14. Sindrom kompartemen abdomen 15. Luka bakar 16. Sepsis 17. Sindrom respon inflamasi sistemik 18. Lanjut usia 19. Merokok 20. Penyalahgunaan zat
17	Risiko perfusi serebral tidak efektif	<p>Faktor risiko :</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Keabnormalan masa protombin dan atau masa tromboplastin parsial 2. Penurunan kinerja ventrikel kiri 3. Aterosklerosis aorta 4. Diseksi arteri 5. Fibrilasi atrium 6. Tumor otak 7. Stenosis karotis 8. Miksoma atrium 9. Aneurisma serebri 10. Koagulopati (anemia sel sabit) 11. Dilatasi kardiomiopati 12. Koagulasi intravaskuler diseminata 13. Embolisme 14. Cedera kepala 15. Hiperkolesteronemia 16. Hipertensi 17. Endokarditis infeksi 18. Katup prostetik mekanis 19. Stenosis mitral 20. Neoplasma otak 21. Infark miokard akut 22. Sindrom sick sinus 23. Penyalahgunaan zat 24. Terapi trombolik 25. Efek samping tindakan (operasi)

		bypass)
18	Berat badan lebih	Gejala dan tanda mayor : 1. IMT > 25 kg/m ² (pada dewasa) atau berat dan panjang badan lebih dari presentil 95 (pada anak < 2 thun) atau IMT pada presentil ke 85-95 (pada anak 2-18 tahun)
19	Defisit nutrisi	Gejala dan tanda mayor : 1. Berat badan menurun minimal 10% dibawah rentang ideal
20	Diare	Gejala dan tanda mayor : 1. Defekasi lebih dari tiga kali dalam 24 jam 2. Feses lembek atau cair
21	Disfungsi motilitas gastrointestinal	Gejala dan tanda mayor : 1. Mengungkapkan flatuliditas tidak ada 2. Nyeri/kram abdomen 3. Suara peristaltik berubah (tidak ada, hipoaktif, atau hiperaktif)
22	Hipervolemia	Gejala dan tanda mayor : 1. Orthopnea 2. Dispnea 3. Paroxysmal nocturnal dyspnea (PND) 4. Edema anasarka dan atau edema perifer 5. Berat badan meningkat dalam waktu singkat 6. Jugular venous pressure (JVP) dan atau central venous pressure (CVP) meningkat 7. Refleks hepatojugular positif

23	Hipovolemia	<p>Gejala dan tanda mayor :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Frekuensi nadi meningkat 2. Nadi teraba lemah 3. Tekanan darah menurun 4. Tekanan nadi menyempit 5. Turgor kulit menurun 6. Membran mukosa kering 7. Volume urin menurun 8. Hematokrit meningkat
24	Ikterik Neonatus	<p>Gejala dan tanda mayor :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Profil datah abnormal (hemolisis, bilirubin serum total > 2mh/dl, bilirubin serum total pada rentang risiko tinggi menurut usia pada normogram spesifik waktu) 2. Membran mukosa kuning 3. Kulit kuning 4. Sklera kuning
25	Kesiapan peningkatan keseimbangan cairan	<p>Gejala dan tanda mayor :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengekspresikan keinginan untuk meningkatkan keseimbangan cairan 2. Membran mukosa lembab 3. Asupan makanan dan cairan adekuat untuk kebutuhan harian 4. Turgor jaringan baik 5. Tidak ada tanda edema atau dehidrasi
26	Kesiapan peningkatan nutrisi	<p>Gejala dan tanda mayor :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengekspresikan keinginan untuk meningkatkan nutrisi 2. Makan teratur dan adekuat
27	Ketidakstabilan kadar glukosa darah	<p>Gejala dan tanda mayor : Hipoglikemia</p>

		<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengantuk 2. Pusing 3. Gangguan koordinasi 4. Kadar glukosa dalam darah/urin rendah <p>Hiperglikemia</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lelah atau lesu 2. Kadar glukosa dalam darah/urin tinggi
28	Menyusui efektif	<p>Gejala dan tanda mayor :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ibu merasa percaya diri selama proses menyusui 2. Bayi melekat pada payudara ibu dengan benar 3. Ibu mampu memposisikan bayi dengan benar 4. Miksi bayi lebih dari 8 kali dalam 24 jam 5. Berat badan bayi meningkat 6. ASI menetes/memancar 7. Suplai ASI adekuat 8. Puting tidak lecet setelah minggu kedua
29	Menyusui tidak efektif	<p>Gejala dan tanda mayor :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kelelahan maternal 2. Kecemasan maternal 3. Bayi tidak mampu melekat pada payudara 4. ASI tidak menetes/memancar 5. BAK bayi kurang dari 8 kali dalam 24 jam 6. Nyeri dan atau lecet terus menerus setelah minggu kedua
30	Obesitas	<p>Gejala dan tanda mayor :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. IMT > 27 kh/m² (pada dewasa) atau lebih dari presentil ke 95 untuk usia dan jenis (pada

		anak)
31	Risiko berat badan lebih	<p>Faktor risiko :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kurang aktivitas fisik harian 2. Kelebihan konsumsi gula 3. Gangguan kebiasaan makan 4. Ganggguan persepsi makan 5. Kelebihan konsumsi alkohol 6. Penggunaan energi kurang dari asupan 7. Sering mengemil 8. Sering memakan makanan yang berminya/berlemak 9. Faktor keturunan (distribusi jaringan adiposa, pengeluaran energi, aktifitas lipase lipoprotein, sintesis lipid, lipolisis) 10. Penggunaan makanan formula atau makanan campuran pada bayi 11. Asupan kalsium rendah pada anak-anak 12. Berat badan bertambah cepat (selama masa anak-anak, selama masa bayi termasuk minggu pertama, 4 bulan pertama dan tahun pertama) 13. Makanan padat sebagai sumber makanan utama pada usia < 5 bulan.
32	Risiko defisit nutrisi	<p>Faktor risiko :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ketidakmampuan menelan makanan 2. Ketidakmampuan mencerna makanan ketidakmampuan mengabsorbsi nutrisi 3. Peningkatan kebutuhan metabolisme

		<ol style="list-style-type: none"> 4. Faktor ekonomi (seperti finansial tidak mencukupi) 5. Faktor psikologis (misalnya stres, keengganan untuk makan)
33	Risiko disfungsi motilitas gastrointestinal	<p>Faktor risiko :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pembedahan abdomen 2. Penurunan sirkulasi gastrointestinal 3. Intoleransi makanan 4. Refluks gastrointestinal 5. Hiperglikemia 6. Imobilitas 7. Proses penuaan 8. Infeksi gastrointestinal 9. Efek agen farmakologis (misalnya antibiotik, laksatif dan narkotik) 10. Prematuritas 11. Kecemasan 12. Stres 13. Kurangnya sanitasi pada persiapan makanan
34	Risiko Hipovolemia	<p>Faktor risiko :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kehilangan cairan secara aktif 2. Gangguan absorpsi cairan 3. Usia lanjut 4. Kelebihan berat badan 5. Status hipermetabolik 6. Kegagalan mekanisme regulasi 7. Evaporasi 8. Kekurangan intake cairan 9. Efek agen farmakologis
35	Risiko ikterik neonatus	<p>Faktor risiko :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Penurunan berat badan abnormal > 7-8% pada bayi baru lahir yang menyusu ASI, >

		<ul style="list-style-type: none"> 15% pada bayi cukup bulan 2. Pola makan tidak ditetapkan dengan baik 3. Kesulitan transisi ke kehidupan ekstra uterin 4. Usia kurang dari 7 hari 5. Keterlambatan pengeluaran feses (mekonium) 6. Prematuritas (<37 minggu)
36	Risiko ketidakseimbangan cairan	<p>Faktor risiko :</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Prosedur pembedahan mayor 2. Trauma/perdarahan 3. Luka bakar 4. Asites 5. Obstruksi intestinal 6. Peradangan pankreas 7. Penyakit ginjal dan kelenjar 8. Disfungsi intestinal
37	Risiko ketidakseimbangan elektrolit	<p>Faktor risiko :</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Ketidak seimbangan cairan (misalnya dehidrasi) 2. Kelebihan volume cairan 3. Gangguan mekanisme regulasi (misalnya diabetes) 4. Efek samping prosedur (misalnya pembedahan) 5. Diare 6. Muntah 7. Disfungsi ginjal 8. Disfungsi regulasi endokrin
38	Risiko ketidakstabilan kadar glukosa darah	<p>Faktor risiko :</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Kurang terpapar informasi tentang manajemen diabetes 2. Ketidaktepatan pemantauan glukosa darah 3. Kurang patuh pada rencana manajemen diabetes

		<ol style="list-style-type: none"> 4. Manajemen medikasi tidak terkontrol 5. Kehamilan 6. Periode pertumbuhan cepat 7. Stres berlebihan 8. Penambahan berat badan 9. Kurang dapat menerima diagnosis
39	Risiko syok	<p>Faktor risiko :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Hipoksemia 2. Hipoksia 3. Hipotensi 4. Kekurangan volume cairan 5. Sepsis 6. Sindroma respon inflamasi sistemik (systemic inflamantory response syndrome (SIRS))
40	Gangguan eliminasi urine	<p>Gejala dan tanda mayor :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Desakan berkemih (urgensi) urine menetes (dribbing), sering buang air kecil 2. Nokturia 3. Mengompol 4. Enuresis 5. Distensi kandung kemih 6. Berkemih tidak tuntas (hesitancy) 7. Volume residu urine meningkat
41	Inkontinensia fekal	<p>Gejala dan tanda mayor :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tidak mampu mengontrol pengeluaran feses 2. Tidak mampu menunda defekasi 3. Feses keluar sedikit-sedikit dan sering
42	Inkontinensia urin berlanjut	<p>Gejala dan tanda mayor :</p>

		<ol style="list-style-type: none"> 1. Keluarnya urine konstan tanpa distensi 2. Nokturia lebih dari 2 kali sepanjang tidur
43	Inkontinensia urin berlebih	<p>Gejala dan tanda mayor :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Residu volume urine setelah berkemih atau keluhan kebocoran sedikit urin 2. Nokuria 3. Kandung kemih distensi (bukan berhubungan dengan penyebab reversible akut) atau kandung kemih distensi dengan sering, sedikit berkemih atau dribbling
44	Inkontinensia urin fungsional	<p>Gejala dan tanda mayor :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengompol sebelum mencapai atau selama usaha mencapai toilet
45	Inkontinensia urin refleks	<p>Gejala dan tanda mayor :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tidak mengalami sensasi berkemih 2. Dribbling 3. Sering buang air kecil 4. Hesitancy 5. Nokturia 6. Enuresis 7. Volume residu urin meningkat
46	Inkontinensia urin stress	<p>Gejala dan tanda mayor :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengeluh keluar urine < 50 ml saat tekanan abdominal meningkat (misalnya saat berdiri, bersin, tertawa, berlari atau mengangkat benda berat)
47	Inkontinensia urin urgensi	<p>Gejala dan tanda mayor :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keinginan berkemih yang kuat

		disertai dengan inkontinensia
48	Kesiapan peningatan eliminasi urin	Gejala dan tanda mayor : <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengungkapkan keinginan untuk meningkatkan eliminasi urin 2. Jumlah urine normal 3. Karakteristik urin normal
49	Konstipasi	Gejala dan tanda mayor : <ol style="list-style-type: none"> 1. Defekasi kurang dari 2 kali seminggu 2. Pengeluaran feses lama dan sulit 3. Feses keras 4. Peristaltik usus menurun
50	Reteni urin	Gejala dan tanda mayor : <ol style="list-style-type: none"> 1. Sensasi penuh pada kandung kemih 2. Disuria/anuria 3. Distensi kandung kemih
51	Risiko inkontinensia urin urgensi	Faktor risiko : <ol style="list-style-type: none"> 1. Efek samping obat, kopi alkohol 2. Hiperefeks destrusor 3. Gangguan sistem saraf pusat 4. Kerusakan kontraksi kandung kemih, relaksasi spingter tidak terkendali 5. Ketidakefektifan kebiasaan berkemh 6. Kapasitas kandung kemih kecil
52	Risiko konstipasi	Faktor risiko : Fisiologi <ol style="list-style-type: none"> 1. Penurunan motilitas gastrointestinal 2. Pertumbuhan gigi tidak adekuat 3. Ketidacukupan diet

		<ol style="list-style-type: none"> 4. Ketidacukupan asupan serat 5. Ketidacukupan asupan cairan 6. Aganglionik (misalnya penyakit hisprung) 7. Kelemahan otot abdomen <p>Psikologis</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Konfusi 2. Depresi 3. Gangguan emosional <p>Situasional</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Perubahan kebiasaan makan (misalnya jenis makanan, jadwal makan) 2. Ketidakadequatan toileting 3. Aktivitas fisik harian kurang dari yang dianjurkan 4. Penyalahgunaan laksatif 5. Efek agen farmakologis 6. Ketidakteraturan kebiasaan defekasi 7. Kebiasaan menahan dorongan defekasi 8. Perubahan lingkungan
53	Disorganisasi perilaku bayi	<p>Gejala dan tanda mayor :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Hiperekstensi ekstremitas 2. Jari-jari meregang atau tangan menggenggam 3. Respon abnormal terhadap stimulasi sensorik 4. Gerakan tidak terkoordinasi
54	Gangguan mobilitas fisik	<p>Gejala dan tanda mayor :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas 2. Kekuatan otot menurun rentang gerak (ROM) menurun
55	Gangguan pola tidur	<p>Gejala dan tanda mayor :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengeluh sulit tidur

		<ol style="list-style-type: none"> 2. Mengeluh sering terjaga 3. Mengeluh tidak puas tidur 4. Mengeluh pola tidur berubah 5. Mengeluh istirahat tidak cukup
56	Intoleransi aktivitas	<p>Gejala dan tanda mayor :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengeluh lelah 2. Frekuensi jantung meningkat > 20 % dari kondisi istirahat
57	Keletihan	<p>Gejala dan tanda mayor :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Merasa energi tidak pulih walaupun telah tidur 2. Merasa kurang tenaga 3. Mengeluh lelah 4. Tidak mampu mempertahankan aktivitas rutin 5. Tanpak lesu
58	Kesiapan peningkatan tidur	<p>Gejala dan tanda mayor :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengekspresikan keinginan untuk meningkatkan tidur 2. Mengekspresikan perasaan cukup istirahat setelah tidur 3. Jumlah waktu tidur sesuai dengan pertumbuhan dan perkembangan
59	Risiko disorganisasi perilaku bayi	<p>Faktor risiko :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kelebihan stimulasi sensorik 2. Prematuritas 3. Prosedur invasif 4. Gangguan motorik 5. Kelainan kongenitas 6. Kelainan genetik
60	Risiko intoleransi aktivitas	<p>Faktor risiko :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gangguan sirkulasi 2. Ketidakbugaran status fisik 3. Riwayat intoleransi aktivitas

		<p>sebelumnya</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Tidak berpengalaman dengan suatu aktivitas 5. Gangguan pernapasan
61	Disrefleksia otonom	<p>Gejala dan tanda mayor :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sakit kepala 2. Tekanan darah sistolik meningkat > 20 % 3. Bercak merah pada kulit di atas lokasi cedera 4. Diaforesis diatas lokasi cedera 5. Pucat dibawah lokasi cedera 6. Bradikardia dan atau takikardia
62	Gangguan memori	<p>Gejala dan tanda mayor :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melaporkan pernah mengalami pengalaman lupa 2. Tidak mampu mempelajari keterampilan baru 3. Tidak mampu mengingat informasi faktual 4. Tidak mampu mengingat perilaku tertentu yang pernah dilakukan 5. Tidak mampu mengingat peristiwa 6. Tidak mampu melakukan kemampuan yang dipelajari sebelumnya
63	Gangguan menelan	<p>Gejala dan tanda mayor :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengeluh sulit menelan 2. Batuk sebelum menelan 3. Batuk setelah makan atau minum tersedak 4. Makanan tertinggal di rongga mulut
64	Konfusi akut	<p>Gejala dan tanda mayor :</p>

		<ol style="list-style-type: none"> 1. Kurang motivasi untuk memulai/menyesuaikan perilaku berorientasi tujuan 2. Kurang motivasi untuk memulai/menyelesaikan perilaku terarah 3. Fluktuasi fungsi kognitif 4. Fluktuasi tingkat kesadaran 5. Fluktuasi psikomotorik
65	Konfusi kronis	<p>Gejala dan tanda mayor :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kurang motivasi untuk memulai/menyesuaikan perilaku berorientasi tujuan 2. Kurang motivasi untuk memulai/menyesuaikan perilaku terarah 3. Fungsi kognitif berubah progresif 4. Memori jangka pendek dan atau panjang berubah 5. Interpretasi berubah 6. Fungsi sosial terganggu 7. Respon terhadap stimulus berubah
66	Peurunan kapasitas adaptif intrakranial	<p>Gejala dan tanda mayor :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sakit kepala 2. Tekanan darah meningkat dengan tekanan nadi (pulse pressure) melebar 3. Bradikardia 4. Pola napas ireguler 5. Tingkat kesadaran menurun 6. Respon pupil melambat atau tidak sama 7. Refleks neurologis terganggu
67	Risiko disfungsi neurovaskuler perifer	<p>Faktor risiko :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Hiperglikemia

		<ol style="list-style-type: none"> 2. Obstruksi vaskuler 3. Fraktur 4. Imobilisasi 5. Penekanan mekanis 6. Pembedahan orthopedi 7. Trauma 8. Luka bakar
68	Risiko konfusi akut	<p>Faktor risiko :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Usia diatas 60 tahun 2. Perubahan fungsi kognitif 3. Perubahan siklus tidur bangun 4. Dehidrasi 5. Demensia 6. Riwayat stroke 7. Gangguan fungsi metabolik 8. Gangguan mobilitas 9. Penggunaan restrain yang tidak tepat 10. Infeksi 11. Malnutrisi 12. Nyeri 13. Efek agen farmakologis 14. Deprivasi sensori 15. Penyalahgunaan zat
69	Disfungsi seksual	<p>Gejala dan tanda mayor :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengungkapkan aktivitas seksual berubah 2. Mengungkapkan eksitasi seksual berubah 3. Merasa hubungan seksual tidak memuaskan 4. Mengungkapkan peran seksual berubah 5. Mengeluhkan hastrat seksual menurun 6. Mengungkapkan fungsi seksual menurun 7. Mengeluh nyeri saat

		berhubungan seksual (dispareunia)
70	Kesiapan persalinan	Gejala dan tanda mayor : <ol style="list-style-type: none"> 1. Menyatakan keinginan untuk menerapkan gaya hidup yang tepat untuk persalinan 2. Menyatakan keinginan untuk menerapkan penatalaksanaan gejala ketidaknyamanan selama persalinan 3. Menyatakan rasa percaya diri menjalani persalinan
71	Pola seksual tidak efektif	Gejala dan tanda mayor : <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengeluh sulit melakukan aktivitas seksual 2. Mengungkapkan aktivitas seksual berubah 3. Mengungkapkan perilaku seksual berubah 4. Orientasi seksual berubah
72	Risiko disfungsi seksual	Faktor risiko : Biologis <ol style="list-style-type: none"> 1. Gangguan neurologis 2. Gangguan urologi 3. Gangguan endokrin 4. Keganasan 5. Faktor ginekologi 6. Efek agen farmakologis Psikologis <ol style="list-style-type: none"> 1. Depresi 2. Kecemasan 3. Penganiayaan psikologi/seksual 4. Penyalahgunaan obat/zat Situasional <ol style="list-style-type: none"> 1. Konflik hubungan 2. Kurangnya privasi 3. Pola seksual pasangan

		<p>menyimpang</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Ketiadaan pasangan 5. Ketidakadequatan edukasi 6. Konflik nilai personal dalam keluarga, budaya dan agama
73	Risiko kehamilan tidak dikehendaki	<p>Faktor risiko :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pemerkosaan 2. Hubungan seksual sedarah (incest) 3. Gangguan jiwa 4. Kegagalan penggunaan alat kontrasepsi 5. Kekerasan dalam rumah tangga 6. Tidak menggunakan alat kontrasepsi 7. Faktor sosial ekonomi
74	Gangguan rasa nyaman	<p>Gejala dan tanda mayor :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengeluh tidak nyaman 2. Gelisah
75	Ketidaknyamanan pasca partum	<p>Gejala dan tanda mayor :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengeluh tidak nyaman 2. Tanpak meringis 3. Terdapat kontraksi uterus 4. Luka episiotomi 5. Payudara bengkak
76	Nausea	<p>Gejala dan tanda mayor :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengeluh mual 2. Merasa ingin muntah 3. Tidak berminat makan
77	Nyeri akut	<p>Gejala dan tanda mayor :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengeluh nyeri 2. Tanpak meringis 3. Bersikap protektif misalnya waspada posisi menghindari nyeri

		<ol style="list-style-type: none"> 4. Gelisah 5. Frekuensi nadi meningkat 6. Sulit tidur
78	Nyeri kronis	<p>Gejala dan tanda mayor :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengeluh nyeri 2. Merasa depresi (tertekan) 3. Tanpak meringis 4. Gelisah 5. Tidak mampu menuntaskan aktivitas
79	Nyeri melahirkan	<p>Gejala dan tanda mayor :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengeluh nyeri 2. Perineum terasa tertekan 3. Ekspresi wajah meringis 4. Berposisi meringankan nyeri 5. Uterus teraba membulat
80	Ansietas	<p>Gejala dan tanda mayor :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Merasa bingung 2. Merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi 3. Sulit berkonsentrasi 4. Tanpak gelisah 5. Tanpak tegang 6. Sulit tidur
81	Berduka	<p>Gejala dan tanda mayor :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Merasa sedih 2. Merasa bersalah atau menyalahkan orang lain 3. Tidak menerima kehilangan 4. Merasa tidak ada harapan 5. Menangis 6. Pola tidur berubah 7. Tidak mampu berkonsentrasi
82	Distress spiritual	<p>Gejala dan tanda mayor :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mempertanyakan hidupnya

		<p>makna atau tujuan hidupnya</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Menyatakan hidupnya terasa tidak atau kurang bermakna 3. Merasa menderita atau tidak berdaya 4. Tidak mampu beribadah 5. Marah pada tuhan
83	Gangguan citra tubuh	<p>Gejala dan tanda mayor :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengungkapkan kecacatan atau kehilangan bagian tubuh 2. Kehilangan bagian tubuh 3. Fungsi atau struktur tubuh berubah atau hilang
84	Gangguan identitas diri	<p>Gejala dan tanda mayor :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Persepsi terhadap diri berubah 2. Bingung dengan nilai-nilai budaya, tujuan hidup, jenis kelamin dan atau nilai-nilai ideal 3. Perasaan yang fluktuatif terhadap diri 4. Perilaku tidak konsisten 5. Hubungan yang tidak efektif 6. Strategi koping tidak efektif 7. Penampilan peran tidak efektif
85	Gangguan persepsi sensori	<p>Gejala dan tanda mayor :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mendengar suara bisikan atau melihat bayangan merasakan sesuatu melalui indera perabaan, penciuman, perabaan atau pengecapan 2. Distorsi sensori 3. Respon tidak sesuai 4. Bersikap seolah melihat, mendengar, mengecap, meraba atau mencium sesuatu

86	Harga diri rendah kronis	<p>Gejala dan tanda mayor :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menilai diri negatif seperti tidak berguna, tidak tertolong 2. Merasa malu/bersalah 3. Merasa tidak mampu melakukan apapun 4. Meremehkan kemampuan mengatasi masalah 5. Merasa tidak memiliki kelebihan atau kemampuan positif 6. Melebih-lebihkan penilaian negatif tentang diri sendiri 7. Menolak penilaian positif tentang diri sendiri 8. Enggan mencoba hal baru 9. Berjalan menunduk 10. Postur tubuh menunduk
87	Harga diri rendah situasional	<p>Gejala dan tanda mayor :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menilai diri negatif misalnya tidak berguna, tidak tertolong 2. Merasa malu/bersalah 3. Melebih-lebihkan penilaian negatif tentang diri sendiri 4. Menolak penilaian positif tentang diri sendiri 5. Berbicara pelan dan lirih 6. Menolak berinteraksi dengan orang lain 7. Berjalan menunduk 8. Postur tubuh menunduk
88	Keputusasaan	<p>Gejala dan tanda mayor :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengungkapkan keputusasaan 2. Berperilaku pasif
89	Kesiapan peingkatan konsep diri	<p>Gejala dan tanda mayor :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengekspresikan keinginan untuk meningkatkan konsep diri

		<ol style="list-style-type: none"> 2. Mengekspresikan kepuasan dengan diri, harga diri, penampilan peran, citra tubuh dan identitas pribadi
90	Kesiapan peningkatan koping keluarga	<p>Gejala dan tanda mayor :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anggota keluarga menetapkan tujuan untuk meningkatkan gaya hidup sehat 2. Anggota keluarga menetapkan sasaran untuk meningkatkan kesehatan
91	Kesiapan peningkatan koping komunitas	<p>Gejala dan tanda mayor :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Perencanaan aktif oleh komunitas mengenai prediksi stressor 2. Pemecahan masalah aktif oleh komunitas saat menghadapi masalah 3. Terdapat sumber-sumber daya yang adekuat untuk mengatasi stressor
92	Ketidakberdayaan	<p>Gejala dan tanda mayor :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menyatakan frustrasi atau tidak mampu melaksanakan aktivitas sebelumnya 2. Bergantung pada orang lain
93	Ketidakmampuan koping keluarga	<p>Gejala dan tanda mayor :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Merasa diabaikan 2. Tidak memenuhi kebutuhan anggota keluarga 3. Tidak toleran 4. Mengabaikan anggota keluarga
94	Koping defensif	<p>Gejala dan tanda mayor :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menyalahkan orang lain 2. Menyangkal adanya masalah

		<ol style="list-style-type: none"> 3. Menyangkal kelemahan diri 4. Merasionalisasi kegagalan 5. Hipersensitif terhadap kritik
95	Koping komunitas tidak efektif	<p>Gejala dan tanda mayor :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengungkapkan ketidakberdayaan komunitas 2. Komunitas tidak memenuhi harapan anggota 3. Konflik masyarakat meningkat 4. Insiden masalah masyarakat tinggi, seperti pembunuhan, pengrusakan, terorisme, perampokan, pelecahan, pengangguran, kemiskinan dan penyakit mental
96	Koping tidak efektif	<p>Gejala dan tanda mayor :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengungkapkan tidak mampu mengatasi masalah 2. Tidak mampu memenuhi peran yang diharapkan (sesuai usia) 3. Menggunakan mekanisme koping yang tidak sesuai
97	Penurunan koping keluarga	<p>Gejala dan tanda mayor :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengeluh/khawatir tentang respon orang terdekat pada masalah kesehatan 2. Orang terdekat menarik diri dari klien 3. Terbatasnya komunikasi orang terdekat dengan klien
98	Penyangkalan tidak efektif	<p>Gejala dan tanda mayor :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tidak mengakui dirinya mengalami gejala atau bahaya (walaupun kenyataan sebaliknya) 2. Mencari pertolongan pelayanan

		kesehatan
99	Perilaku kesehatan cenderung beresiko	Gejala dan tanda mayor : <ol style="list-style-type: none"> 1. Menunjukkan penolakan terhadap perubahan status kesehatan 2. Gagal melakukan tindakan pencegahan masalah kesehatan 3. Menunjukkan upaya peningkatan status kesehatan yang minimal
100	Risiko distress spiritual	Faktor risiko : <ol style="list-style-type: none"> 1. Perubahan hidup 2. Perubahan lingkungan 3. Bencana alam 4. Sakit kronis 5. Sakit fisik 6. Penyalahgunaan zat 7. Kecemasan 8. Perubahan dalam ritual agama 9. Perubahan dalam praktik spiritual 10. Konflik spiritual 11. Depresi 12. Ketidakmampuan memaafkan 13. Kehilangan 14. Harga diri rendah 15. Hubungan buruk 16. Berpisah dengan sistem pendukung 17. Stress
101	Risiko harga diri rendah kronis	Faktor risiko : <ol style="list-style-type: none"> 1. Gangguan psikiatrik 2. Kegagalan berulang 3. Ketidakesuaian budaya 4. Ketidakesuaian spiritual 5. Ketidakefektifan koping terhadap kehilangan

		<ol style="list-style-type: none"> 6. Kurang mendapat kasih sayang 7. Kurang keterlibatan dalam kelompok atau masyarakat 8. Kurang penghargaan dari orang lain 9. Ketidakmampuan menunjukkan perasaan 10. Perasaan kurang didukung orang lain 11. Pengalaman traumatik
102	Risiko harga diri rendah situasional	<p>Faktor risiko :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gangguan gambaran diri 2. Gangguan fungsi 3. Gangguan peran sosial 4. Harapan tidak realistis 5. Kurang pemahaman terhadap situasi 6. Penurunan kontrol terhadap lingkungan 7. Penyakit fisik 8. Perilaku tidak sesuai dengan nilai setempat 9. Kegagalan 10. Perasaan tidak berdaya 11. Riwayat kehilangan 12. Riwayat pengabdian 13. Riwayat penolakan riwayat penganiayaan (misalnya fisik, psikologis dan seksual) 14. Transisi perkembangan
103	Risiko ketidakberdayaan	<p>Faktor risiko :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Perjalanan penyakit yang berlangsung lama atau tidak dapat diprediksi 2. Harga diri rendah yang berlangsung lama 3. Status ekonomi rendah 4. Ketidakmampuan mengatasi

		<p>masalah</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Kurang dukungan sosial 6. Penyakit yang melemahkan secara progresif 7. Marginalisasi sosial 8. Kondisi terstigma 9. Kurang terpapar informasi 10. Kecemasan
104	Sindroma pasca trauma	<p>Gejala dan tanda mayor :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengungkapkan secara berlebihan atau menghindari pembicaraan kejadian trauma 2. Merasa cemas 3. Teringat kembali kejadian traumatis 4. Memori masa lalu terganggu 5. Mimpi buruk berulang 6. Ketakutan berulang 7. Menghindari aktivitas, tempat atau orang yang membangkitkan kejadian trauma
105	Waham	<p>Gejala dan tanda mayor :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengungkapkan isi waham 2. Menunjukkan perilaku sesuai dengan isi waham 3. Isi pikir tidak sesuai realitas 4. Isi pembicaraan sulit dimengerti
106	Gangguan tumbuh kembang	<p>Gejala dan tanda mayor :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tidak mampu melakukan keterampilan atau perilaku khas sesuai usia (fisik, bahasa motorik dan psikososial) 2. Pertumbuhan fisik terganggu
107	Risiko gangguan perkembangan	<p>Faktor risiko :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ketidakadequatan nutrisi 2. Ketidakadequatan perawatan prenatal

		<ol style="list-style-type: none"> 3. Keterlambatan perawatan prenatal 4. Usia hamil dibawah 15 tahun 5. Usia hamil diatas 35 tahun 6. Kehamilan tidak berencana 7. Kehamilan tidak diinginkan 8. Gangguan endokrin 9. Prematuritas 10. Kelainan genetik atau kongenital 11. Kerusakan otak 12. Penyakit kronis 13. Infeksi 14. Efek samping terapi 15. Penganiayaan 16. Gangguan pendengaran 17. Gangguan penglihatan 18. Penyalahgunaan zat 19. Ketidakmampuan belajar 20. Anak adopsi 21. Kejadian bencana 22. Ekonomi lemah
108	Risiko gangguan pertumbuhan	<p>Faktor risiko :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ketidakadequatan nutrisi 2. Penyakit kronis 3. Nafsu makan tidak terkontrol 4. Prematuritas 5. Terpapar teratogen 6. Ketidakadeqatan nutrisi maternal 7. Proses infeksi 8. Proses infeksi maternal 9. Perilaku akan maladaptif 10. Penyalahgunaan zat 11. Kelainan genetik atau kongenital 12. Penganiayaan 13. Ekonomi lemah

109	Defisit perawatan diri	Gejala dan tanda mayor : <ol style="list-style-type: none"> 1. Menolak melakukan perawatan 2. Tidak mampu mandi/mengenakan pakaian/makan/ke toilet/berhias secara mandiri 3. Minat melakukan perawatan diri kurang
110	Defisit kesehatan komunitas	Gejala dan tanda mayor : <ol style="list-style-type: none"> 1. Terjadi masalah kesehatan yang dialami komunitas 2. Terdapat faktor risiko fisiologis dan atau psikologis yang menyebabkan anggota komunitas menjalani perawatan
111	Defisit pengetahuan	Gejala dan tanda mayor : <ol style="list-style-type: none"> 1. Menunjukkan perilaku yang tidak sesuai anjuran 2. Menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah
112	Kesiapan peningkatan manajemen kesehatan	Gejala dan tanda mayor : <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengekspresikan keinginan untuk mengelola masalah kesehatan dan pencegahannya 2. Pilihan hidup sehari-hari tepat untuk memenuhi tujuan program kesehatan
113	Kesiapan peningkatan pengetahuan	Gejala dan tanda mayor : <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengungkapkan minat dalam belajar 2. Menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik 3. Menggambarkan pengalaman sebelumnya yang sesuai dengan topik

		4. Perilaku sesuai dengan pengetahuan
114	Ketidapatuhan	Gejala dan tanda mayor : <ol style="list-style-type: none"> 1. Menolak menjalani perawatan/pengobatan 2. Menolak mengikuti anjuran 3. Perilaku tidak mengikuti program perawatan/pengobatan 4. Perilaku tidak menjalankan anjuran
115	Manajemen kesehatan keluarga tidak efektif	Gejala dan tanda mayor : <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengungkapkan tidak memahami masalah kesehatan yang diderita 2. Mengungkapkan kesulitan menjalankan perawatan yang ditetapkan 3. Gejala penyakit anggota keluarga semakin memberat 4. Aktivitas keluarga untuk mengatasi masalah kesehatan tidak tepat
116	Manajemen kesehatan tidak efektif	Gejala dan tanda mayor : <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengungkapkan kesulitan dalam menjalani program perawatan/pengobatan 2. Gagal melakukan tindakan untuk mengurangi faktor risiko 3. Gagal menerapkan program perawatan/pengobatan 4. Aktivitas hidup sehari-hari tidak efektif untuk memenuhi tujuan kesehatan
117	Pemeliharaan kesehatan tidak efektif	Gejala dan tanda mayor : <ol style="list-style-type: none"> 1. Kurang menunjukkan perilaku

		<p>adaptif terhadap perubahan lingkungan</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Kurang menunjukkan pemahaman tentang perilaku sehat 3. Tidak mampu menjalankan perilaku sehat
118	Gangguan interaksi sosial	<p>Gejala dan tanda mayor :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Merasa tidak nyaman dengan situasi sosial 2. Merasa sulit menerima atau mengkomunikasikan perasaan 3. Kurang responsif atau tertarik pada orang lain
119	Gangguan komunikasi verbal	<p>Gejala dan tanda mayor :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tidak mampu berbicara atau mendengar 2. Menunjukkan respon tidak sesuai
120	Gangguan proses keluarga	<p>Gejala dan tanda mayor :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluarga tidak mampu beradaptasi terhadap situasi 2. Tidak mampu berkomunikasi secara terbuka diantara anggota keluarga
121	Isolasi sosial	<p>Gejala dan tanda mayor :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Merasa tidak sendirian 2. Merasa tidak aman ditempat umum 3. Menarik diri 4. Tidak berminat/menolak berinteraksi dengan orang lain atau lingkungan
122	Kesiapan peningkatan menjadi orang tua	<p>Gejala dan tanda mayor :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengekspresikan keinginan

		<p>untuk meningkatkan peran menjadi orang tua</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Tanpa adanya dukungan emosi dan pengertian pada anak atau anggota keluarga
123	Kesiapan peningkatan proses keluarga	<p>Gejala dan tanda mayor :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengekspresikan keinginan untuk meningkatkan dinamika keluarga 2. Menunjukkan fungsi keluarga dalam memenuhi kebutuhan fisik, sosial dan psikologis anggota keluarga 3. Menunjukkan aktivitas untuk mendukung keselamatan dan pertumbuhan anggota keluarga 4. Peran keluarga fleksibel dan tepat dengan tahap perkembangan 5. Terlihat adanya respek dengan anggota keluarga
124	Ketegangan peran pemberi asuhan	<p>Gejala dan tanda mayor :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Khawatir klien akan kembali dirawat di rumah sakit 2. Khawatir tentang kelanjutan perawatan klien 3. Khawatir tentang ketidakmampuan pemberi asuhan dalam merawat klien
125	Penampilan peran tidak efektif	<p>Gejala dan tanda mayor :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Merasa bingung menjalankan peran 2. Merasa harapan tidak terpenuhi 3. Merasa tidak puas dalam menjalankan peran 4. Konflik peran

		<ol style="list-style-type: none"> 5. Adaptasi tidak adekuat 6. Strategi koping tidak efektif
126	Pencapaian peran menjadi orang tua	<p>Gejala dan tanda mayor :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bounding attachment optimal 2. Perilaku positif menjadi orang tua 3. Sering berinteraksi dalam merawat bayi
127	Risiko gangguan perlekatan	<p>Faktor risiko :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Hospitalisasi 2. Prematuritas 3. Penyakit kronis pada orang tua atau anak 4. Retardasi mental 5. Komplikasi maternal 6. Sakit selama periode hamil dan melahirkan 7. Post partum blues
128	Risiko proses pengasuhan tidak efektif	<p>Faktor risiko :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kekerasan dalam rumah tangga 2. Kehamilan tidak diinginkan atau direncanakan 3. Kurang terpapar informasi tentang proses persalinan atau pengasuhan 4. Ketidakberdayaan maternal 5. Distress psikologis 6. Penyalahgunaan obat 7. Ketidakefektifan manajemen ketidaknyamanan selama persalinan 8. Akses pelayanan kesehatan sulit dijangkau 9. Kurangnya minat/proaktif dalam proses persalinan 10. Ketidakesesuaian kondisi bayi dengan harapan

		11. Ketidakamanan lingkungan untuk bayi
129	Gangguan integritas kulit/jaringan	Gejala dan tanda mayor : 1. Kerusakan jaringan dan atau lapisan kulit
130	Hipertermia	Gejala dan tanda mayor : 1. Suhu tubuh diatas nilai normal
131	Hipotermia	Gejala dan tanda mayor : 1. Kulit teraba dingin 2. Menggigil 3. Suhu tubuh di bawah nilai normal
132	Perilaku kekerasan	Gejala dan tanda mayor : 1. Mengancam 2. Mengumpat dengan kata-kata kasar 3. Suara keras 4. Bicara ketus 5. Menyerang orang lain 6. Melukai diri sendiri atau orang lain 7. Merusak lingkungan 8. Perilaku agresif atau amuk
133	Perlambatan pemulihan pasca pembedahan	Gejala dan tanda mayor : 1. Mengeluh tidak nyaman 2. Area luka operasi terbuka 3. Waktu penyembuhan yang memanjang
134	Risiko alergi	Faktor risiko : 1. Makanan alpukat, pisang, kiwi, kacang, olahan laut, buah tropis, jamur dan lain-lain) 2. Terpapar zat alergen (zat kimia, agen farmakologis)

		<ol style="list-style-type: none"> 3. Terpapar alergen lingkungan (seperti debu, serbuk sari) 4. Sengatan serangga
135	Risiko bunuh diri	<p>Faktor risiko :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gangguan perilaku (seperti euforia mendadak setelah depresi, perilaku mencari senjata berbahaya, membeli obat dalam jumlah banyak, dan lain-lain) 2. Demografi (misalnya lansia, status perceraian, janda/duda, ekonomi rendah, pengangguran) 3. Gangguan fisik (misalnya nyeri kronis, penyakit terminal) 4. Masalah sosial (misalnya berduka, tidak berdaya, putus asa, dan lain-lain) 5. Gangguan psikologis (misalnya penganiayaan masa kanak-kanak, riwayat bunuh diri, dan lain-lain)
136	Risiko cedera	<p>Faktor risiko :</p> <p>Eksternal</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Terpapar patogen 2. Terpapar zat kimia toksik 3. Terpapar agen nosokomial 4. Ketidakamanan transportasi <p>Internal</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Ketidaknormalan profil darah 6. Perubahan orientasi afektif 7. Perubahan sensasi 8. Disfungsi autoimun 9. Hipoksia jaringan 10. Kegagalan mekanisme pertahanan tubuh 11. Malnutrisi

		<p>12. Perubahan fungsi psikomotor</p> <p>13. Perubahan fungsi kognitif</p>
137	Risiko cedera pada ibu	<p>Faktor risiko :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Besarnya ukuran janin 2. Malposisi janin 3. Induksi persalinan 4. Persalinan lama kala I, II dan III 5. Disfungsi uterus 6. Efek metode atau intervensi bedah selama persalinan 7. Kurangnya dukungan keluarga 8. Kurang adekuatnya observasi dan antisipasi 9. Keterlambatan pengambilan keputusan 10. Skrining perawatam prenatal yang tidak adekuat 11. Kecemasan berlebihan 12. Riwayat cedera persalinan 13. Usia ibu (< 15 tahun atau > 35 tahun) 14. Paritas banyak 15. Perubahan hormonal 16. Perubahan postur tubuh 17. Ketuban pecah 18. Proses infeksi 19. Penyakit penyerta 20. Masalah kontraksi
138	Risiko cedera pada janin	<p>Faktor risiko :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Besarnya ukuran janin 2. Malposisi janin 3. Induksi persalinan 4. Persalinan lama kala I, II dan III 5. Disfungsi uterus 6. Kecemasan yang berlebihan tentang persalinan 7. Riwayat persalinan sebelumnya 8. Usia ibu < 15 tahun atau > 35

		<p>tahun</p> <ol style="list-style-type: none"> 9. Paritas banyak 10. Efek metode atau intervensi bedah selama persalinan nyeri abdomen 11. Nyeri pada jalan lahir 12. Penggunaan alat bantu persalinan 13. Kelelahan 14. Merokok 15. Efek agen farmakologis 16. Pengaruh budaya 17. Pola makan yang tidak sehat 18. Faktor ekonomi 19. Konsumsi alkohol 20. Terpapar agen teratogen
139	Risiko gangguan integritas kulit atau jaringan	<p>Faktor risiko :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Perubahan sirkulasi 2. Perubahan status nutrisi 3. Kekurangan/kelebihan volume cairan 4. Penurunan mobilitas 5. Bahan kimia iritatif 6. Suhu lingkungan yang ekstrem 7. Faktor mekanis (penekanan atau gesekan) atau faktor elektrik 8. Terapi radiasi 9. Kelembapan 10. Proses penuaan 11. Neuropati perifer 12. Perubahan pigmentasi 13. Perubahan hormonal 14. Penekanan pada tonjolan tulang 15. Kurang terpapar informasi tentang upaya mempertahankan atau melindungi integritas jaringan

140	Risiko hipotermia	<p>Faktor risiko :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berat badan ekstrem 2. Kerusakan hipotalamus 3. Konsumsi alkohol 4. Kurangnya lapisan lemak sub kutan 5. Suhu lingkungan rendah 6. Malnutrisi 7. Pemakaian pakaian yang tipis 8. Penurunan laju metabolisme 9. Terapi radiasi 10. Tidak beraktivitas 11. Transfer panas (konduksi, konveksi, evaporasi dan radiasi) 12. Trauma 13. Prematuritas 14. Penuaan 15. Bayi baru lahir 16. Berat badan lahir rendah 17. Kurang terpapar informasi tentang pencegahan hipotermia 18. Efek agen farmakologis
141	Risiko hipotermia perioperatif	<p>Faktor risiko :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Prosedur pembedahan 2. Kombinasi anaestesi regional dan umum 3. Skor american society of anesthesiologit (ASA) > 1 4. Suhu pra operasi rendah (< 36 derajat celsius) 5. Berat bdan rendah 6. Neuropati 7. Komplikasi kardiovaskuler 8. Suhu lingkungan rendah 9. Transfer panas (misalnya volume tinggi infus yang tidak dihangatkan, irigasi > 2 liter yang tidak dihangatkan)

142	Risiko infeksi	<p>Faktor risiko :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Penyakit kronis 2. Efek prosedur invasif 3. Malnutrisi 4. Peningkatan paparan organisme patogen lingkungan 5. Ketidakadequatan pertahaam tubuh primer <ol style="list-style-type: none"> a. Gangguan peristaltik b. Kerusakan integritas kulit c. Perubahan sekresi pH d. Perubahan kerja siliaris e. Ketuban pecah lama f. Ketuban pecah sebelum waktunya g. Merokok h. Statis cairan tubuh 6. Ketidakadequatan pertahan tubuh sekunder <ol style="list-style-type: none"> a. Penurunan haemoglobin b. Imunosupresi c. Leukopenia d. Supresi respon inflamasi e. Vaksinasi tidak adekuat
143	Risiko jatuh	<p>Faktor risiko :</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 (licin dll) 8. Kondisi pasca oeprasi 9. Hipotensi orthostatik 10. Perubahan kadar glukosa darah 11. Anemia

		<ol style="list-style-type: none"> 12. Kekuatan otot menurun 13. Gangguan pendengaran 14. Gangguan keseimbangan 15. Gangguan penglihatan (seperti glaukoma, katarak, ablasio retina, dll) 16. Neuropati 17. Efek agen farmakologis seperti sedasi alkohol dan anestesi umum
144	Risiko luka tekan	<p>Faktor risiko :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Skor skala braden $Q_{\leq} 16$ anak atau skor skala Braden < 18 pada dewasa 2. Perubahan fungsi kognitif 3. Perubahan sensasi 4. Skor ASA ≥ 2 5. Anemia 6. Penurunan mobilisasi 7. Penurunan kadar albumi 8. Penurunan oksigenasi jaringan 9. Penurunan perfusi jaringan 10. Dehidrasi 11. Kulit kering 12. Edema 13. Peningkatan suhu tubuh 1-2 derajat celcius 14. Periode imobilisasi yang lama diatas permukaan yang keras seperti prosedur operasi ≥ 2 jam 15. Usia ≥ 65 tahun 16. Berat badan lebih 17. Fraktur tungkai 18. Riwayat stroke 19. Riwayat luka tekan 20. Riwayat trauma 21. Hipertermia 22. Inkontinensia

		<ul style="list-style-type: none"> 23. Ketidakadequatan nutrisi 24. Skor Risk Assessment pressure Score rendah 25. Klasifikasi fungsi new york hearth association ≥ 2 26. Efek agen farmakologis seperti anestesi umum 27. Imobilisasi fisik 28. Penekanan diatas tonjolan tulang 29. Penurunan tebal lipatan kulit trisep 30. Kulit bersisik 31. Gesekan permukaan kulit
145	Risiko mutilasi diri	<p>Faktor risiko :</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Perkembangan remaja 2. Individu autistik 3. Gangguan kepribadian 4. Penyakit keturunan 5. Penganiayaan 6. Gangguan hubungan interpersonal 7. Perceraian keluarga 8. Keterlambatan perkembangan 9. Riwayat perilaku mencederai diri 10. Ancaman kehilangan hubungan bermakna 11. Ketidakmampuan mengungkapkan ketegangan secara verbal 12. Ketidakmampuan mengatasi masalah 13. Harga diri rendah 14. Peningkatan ketegangan yang tidak dapat diobservasi
146	Risiko perilaku kekerasan	<p>Faktor risiko :</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Pemikiran waham/delusi

		<ol style="list-style-type: none"> 2. Curiga pada orang lain 3. Halusinasi 4. Berencana bunuh diri 5. Disfungsi sistem keluarga 6. Kerusakan kognitif 7. Persepsi pada lingkungan tidak adekuat 8. Alam perasaan depresi 9. Riwayat kekerasan kelainan neurologis 10. Lingkungan tidak teratur 11. Penganiayaan anak 12. Riwayat atau ancaman kekerasan terhadap diri sendiri atau orang lain 13. Impulsif 14. Ilusi
147	Risiko perlambatan pemulihan pasca bedah	<p>Faktor risiko :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Skor klasifikasi status fisik American Society anesthesiologists (ASA) ≥ 3 2. Hiperglikemia 3. Edema di lokasi pembedahan 4. Prosedur perlambatan penyembuhan luka 5. Gangguan mobilitas 6. Malnutrisi 7. Obesitas 8. Infeksi luka perioperatif 9. Mual muntah persisten 10. Respon emosional pasca operasi 11. Pemanjangan proses operasi 12. Kontaminasi bedah 13. Trauma luka operasi 14. Efek agen farmakologis
148	Risiko termoregulasi tidak efektif	<p>Faktor risiko :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cedera otak akut

		<ol style="list-style-type: none"> 2. Dehidrasi 3. Pakaian tidak sesuai dengan suhu lingkungan 4. Peningkatan area permukaan tubuh terhadap rasio berat badan 5. Kebutuhan oksigen meningkat 6. Perubahan laju metabolisme 7. Proses penyakit 8. Suhu lingkungan ekstrem 9. Suplai lemah sub kutan tidak memadai 10. Proses penuaan 11. Berat badan ekstrem 12. Efek agen farmakologis
149	Termoregulasi tidak efektif	Gejala dan tanda mayor : <ol style="list-style-type: none"> 1. Kulit dingin/hangat 2. Menggigil 3. Suhu fluktuatif

4.4 Aplikasi Diagnosis Keperawatan dalam Sistem Informasi Asuhan Keperawatan Berbasis Digital

Diagnosis keperawatan dalam sistem informasi asuhan keperawatan dalam proses kerja menggunakan teknologi sistem pakar, yang masuk dalam rangkaian menu assessment. Proses analisisnya diawali dengan melakukan assessment terlebih dahulu, setelah pengisian data assessment, maka akan terlihat menu sebagaimana dalam gambar 4.1

NO	TEL & JAM MASUK	KATEGORI	REKAM MEDIK	PASIHEN	UMUR	KELAMIN	STATUS	DIAGNOSIS	PERIKSA	HAPUS
1	03 Jul 2023, 10:00	Dewasa	000003	Taufik Hidayat	33 th	Pria	✓			✕
2	04 Jul 2023, 10:00	Dewasa		Hasan	68 th	Pria	✓			✕
3	26 Aug 2023, 17:00	Anak	123456	abdulrah	4 th	Pria	!			✕
4	26 Aug 2023, 17:00	Dewasa		Hasan	68 th	Pria	!			✕
5	26 Aug 2023, 18:00	Dewasa	123456	amar	53 th	Pria	!			✕
6	01 Sep 2023, 13:00	Dewasa		ab	51 th	Pria	✓			✕
7	02 Sep 2023, 08:00	Anak		Dodo	9 th	Pria	✓			✕

Gambar 4.1
Hasil Data Assessment

Dalam tampilan data assessment terdapat menu diagnosis, maka selanjutnya dapat di pilih tersebut dengan cara klik, maka selanjutnya akan tampil dalam system informasi asuhan keperawatan secara otomatis diagnosis keperawatan, analisis diagnosis keperawatan ini bekerja dengan menggunakan system pakar dalam teknologi informasi, hasil dari analisis sebagaimana dalam tampilan gambar 4.2.

NO	DIAGNOSIS	STATUS	RENCANA
1	Defisit Nutrisi	✓	
2	Gangguan Mobilitas Fisik	!	✎
3	Gangguan rasa nyaman	!	✎
4	Ansietas	!	✎
5	Defisit pengetahuan	!	✎
6	Gangguan integritas Kulit/Jaringan	!	✎
7	Risiko Jatuh	✓	
8	Risiko Infeksi	!	✎
9	Risiko aspirasi	!	✎
10	Risiko perdarahan	!	✎

Gambar 4.2
Hasil Diagnosis Keperawatan

Bab 5

Perencanaan Keperawatan dalam Sistem Informasi

Tujuan Pembelajaran

Setelah mempelajari bab ini diharapkan pembaca memahami pengertian perencanaan keperawatan, tahap perencanaan keperawatan, type instruksi keperawatan dalam perencanaan, Nursing Outcomes Classification dan Aplikasi Perencanaan dalam Sistem Informasi Asuhan Keperawatan Berbasis Digital.

5.1 Pengertian

Perencanaan merupakan suatu proses menyusun berbagai rencana intervensi keperawatan yang dibutuhkan untuk mencegah, menurunkan atau mengurangi masalah–masalah klien, perencanaan ini merupakan langkah ketiga dalam membuat suatu proses keperawatan, dalam menentukan tahap perencanaan bagi perawat diperlukan berbagai pengetahuan dan keterampilan diantaranya pengetahuan tentang kekuatan dan kelemahan dari klien, nilai dan kepercayaan klien, batasan praktik keperawatan, peran dari tenaga kesehatan lainnya, kemampuan dalam memecahkan masalah, mengambil keputusan, menulis tujuan serta memilih dan membuat strategi keperawatan yang aman dalam memenuhi tujuan, menulis instruksi keperawatan serta kemampuan dalam melaksanakan kerja sama dengan tingkat kesehatan lain.

5.2 Tahap Perencanaan

Pada tahap perencanaan dapat dilaksanakan dengan berbagai kegiatan atau tahap dapat digambarkan sebagai berikut :

1. Penentuan prioritas diagnosa

Penentuan prioritas diagnosa ini dilakukan pada tahap perencanaan setelah tahap diagnosa keperawatan, dengan menentukan diagnosa keperawatan maka dapat diketahui diagnosa mana yang akan dilakukan atau diatasi pertama kali atau yang segera dilakukan. Dalam menentukan prioritas terdapat beberapa pendapat urutan dalam memprioritaskan diantara :

1) Berdasarkan tingkat kegawatan (mengancam jiwa)

Penentuan prioritas berdasarkan tingkat kegawatan (mengancam jiwa) ini dilatarbelakangi dari prinsip pertolongan pertama yaitu dengan membagi beberapa prioritas diantaranya: prioritas tinggi, prioritas sedang dan prioritas rendah.

Prioritas tinggi :

Prioritas tinggi mencerminkan situasi yang mengancam kehidupan (nyawa seseorang) sehingga perlu dilakukan tindakan terlebih dahulu seperti masalah bersihan jalan nafas.

Prioritas sedang :

Prioritas ini menggambarkan situasi yang tidak gawat dan tidak mengancam hidup klien seperti masalah higiene perseorangan

Prioritas rendah :

Prioritas rendah ini menggambarkan situasi yang tidak berhubungan langsung dengan prognosis dari suatu penyakit yang secara spesifik, seperti masalah keuangan atau lainnya.

2) Berdasarkan kebutuhan Maslow

Maslow dalam menentukan prioritas diagnosa yang akan direncanakan berdasarkan kebutuhan yang disusunnya diantaranya kebutuhan fisiologis keselamatan dan keamanan, mencintai dan memiliki, harga diri dan aktualisasi diri. Untuk prioritas diagnosa yang akan direncanakan Maslow membagi urutan tersebut berdasarkan urutan kebutuhan dasar manusia diantaranya:

- Kebutuhan fisiologis, meliputi masalah respirasi, sirkulasi, suhu, nutrisi, nyeri, cairan, perawatan kulit, mobilitas, eliminasi.
- Kebutuhan keamanan dan keselamatan, meliputi masalah lingkungan, kondisi tempat tinggal, perlindungan, pakaian, bebas dari infeksi dan rasa takut.
- Kebutuhan mencintai dan dicintai, meliputi masalah kasih sayang, sexualitas, afiliasi dalam kelompok, hubungan antar manusia
- Kebutuhan harga diri, meliputi masalah respek dari keluarga, perasaan menghargai diri sendiri
- Kebutuhan aktualisasi diri, meliputi masalah kepuasan terhadap lingkungan

2. Penentuan tujuan dan hasil yang diharapkan

Tujuan merupakan hasil yang ingin dicapai untuk mengatasi masalah diagnosa keperawatan dengan kata lain tujuan merupakan sinonim dari kriteria hasil yang mempunyai komponen sebagai berikut: S (Subyek) P (predikat) K (kriteria) K (kondisi) W (waktu) dengan penjabaran sebagai berikut :

S : Perilaku pasien yang diamati

P : Kondisi yang melengkapi pasien

K : Kata kerja yang dapat diukur atau untuk menentukan tercapainya tujuan

K : Sesuatu yang menyebabkan asuhan diberikan

W : Waktu yang ingin di capai

Kriteria hasil (hasil yang diharapkan) merupakan standar evaluasi yang merupakan gambaran tentang faktor–faktor yang dapat memberi petunjuk bahwa tujuan telah tercapai dan digunakan dalam membuat pertimbangan dengan ciri–ciri sebagai berikut: setiap kriteria hasil, berhubungan dengan tujuan yang telah ditetapkan, hasil yang ditetapkan dalam kriteria hasil memungkinkan untuk dicapai, setiap kriteria hasil adalah pernyataan satu hal yang spesifik, harus sekongkrit mungkin untuk memudahkan pengukuran, kriteria cukup besar atau dapat diukur, hasilnya dapat dilihat, didengar dan kriteria menggunakan kata–kata positif bukan menggunakan kata negatif.

Contoh :

Diagnosa keperawatan : bersihan jalan nafas tidak efektif
Tujuan :
<u>Klien mampu mengeluarkan sekresi paru tanpa bantuan pada tanggal</u> Subyek kata kerja yang dpat diukur hasil kriteria
<u>3 Februari 2021</u> target waktu
Kriteria Hasil :
Suara nafas bersih (tidak ada suara nafas tambahan), seperti whezing, rales atau ronchi), frekwensi nafas (16-20 kali permenit) iramanya teratur, pola pernafasan eupnea (teratur), tidak terdapat batuk, sianosis tidak ada.

3. Penentuan rencana tindakan

Langkah dalam tahap perencanaan ini dilaksanakan setelah menentukan tujuan dan kriteria hasil yang diharapkan dengan menentukan rencana tindakan apa yang akan dilaksanakan dalam mengatasi masalah klien. Dalam membuat rencana tindakan perawat harus mengetahui juga tentang instruksi atau perintah tentang tindakan keperawatan apa yang akan dilakukan dari perawat primer (pembuat asuhan

keperawatan). Untuk memudahkan dalam menentukan rencana tindakan maka ada beberapa persyaratan dalam menuliskan rencana tindakan diantaranya harus terdapat unsur tanggal, kata kerja yang dapat diukur yang dapat dilihat, dirasa dan di dengar (sepaimana dalam contoh di bawah ini), adanya subyek, hasil, target tanggal dan tanda tangan perawat.

KATA KERJA YANG DAPAT DIUKUR			
Melihat	Mendengar	Merasakan	Menghidu
Berjalan	Mengauskultasi	Merasakan	Memancarkan
Menkaji	Berkomunikasi	Menunjuk	Menghembuskan
Membetulkan	Melakukan	Menangani	Menghidu
Bernafas dalam	konsul	Mempalpasi	Mengamati
Mendemonstrasikan	Mendelegasikan	Mengusap	
Mencatat	Menguaraiakan	Menyentuh	
Minum	Membahas		
Makan	Menjelaskan		
Memeriksa	Mengidentifikasi		
Melatih	Mendapatkan		
Mengeluarkan	Berpartisipasi		
Mengimplementasikan	Melakukan		
Mengukur	perkusi		
Memantau	Merujuk		
Mengobservasi	Berespons		
Melaksanakan	Menguatkan		
Merekam	Reinteraksi		
Mendemonstrasikan	Melaporkan		
kembali	Meninjau		
Memutar	Menyatakan		
Mencuci	Mengajarkan		

Dalam penentuan rencana tindakan terdapat beberapa instruksi tindakan keperawatan yang merupakan suatu bentuk tindakan yang menunjukkan perawatan dan pengobatan khusus, dimana perawat mempunyai kewenangan untuk melakukan tindakan pada pasien tertentu, perawatan dan pengobatan dirancang untuk membantu pencapaian satu atau lebih dari tujuan perawatan sehingga dapat mengurangi, mencegah atau menghilangkan dari masalah pasien.

5.3 Type Intruksi perawatan dalam rencana tindakan

Dalam memberikan instruksi keperawatan ada 4 type instruksi yang digunakan diantaranya type diagnostik, therapeutik, penyuluhan dan rujukan

1. Type Diagnostik

Type ini menilai kemungkinan klien kearah pencapaian kriteria hasil dengan observasi secara langsung

Contoh penulisan :

<u>2/2/2021,</u> tanggal	<u>kaji</u> kata kerja dapat diukur	<u>ROM ekstremitas atas</u> hasil	<u>klien</u> subyek
<u>pada tanggal 3/2/2021,</u> target waktu	<u>A.Aziz (tanda tangan)</u> nama perawat		

2. Type Terapeutik

Menggambarkan tindakan yang dilakukan oleh perawat secara langsung untuk mengurangi, memperbaiki dan mencegah kemungkinan masalah

Contoh penulisan :

<u>2/2/2021,</u> tanggal	<u>lakukan</u> kata kerja dapat diukur	<u>ROM pasif pada kaki kiri</u> hasil	<u>klien</u> subyek
<u>4 kali sehari,</u> target waktu	<u>A.Aziz (tanda tangan)</u> nama perawat		

3. Type Penyuluhan

Digunakan untuk meningkatkan perawatan diri pasien dengan membantu klien untuk memperoleh tingkah laku individu yang mempermudah pemecahan masalah

Contoh penulisan :

<p><u>2/2/2021</u>, <u>Ajarkan</u> <u>klien</u> <u>menggunakan walker</u> tanggal kata kerja dapat diukur subyek hasil</p> <p><u>pada tanggal 3/2/2021</u>, <u>A.Aziz (tanda tangan)</u> target waktu nama perawat</p>
--

4. Type Rujukan

Menggambarkan peran perawat sebagai koordinator dan manajer dalam perawatan klien dalam anggota tim kesehatan

Contoh penulisan :

<p><u>2/2/2021</u>, <u>konsul</u> <u>dengan ahli terapi fisik</u> tanggal kata kerja dapat diukur subyek</p> <p><u>mengenai kemajuan klien menggunakan walker</u> hasil</p> <p><u>pada tanggal 4/2/2021</u>, <u>A.Aziz (tanda tangan)</u> target waktu nama perawat</p>

Selain tipe tersebut diatas ada beberapa jenis tipe lain dalam menentukan rencana tindakan seperti tindakan yang sifatnya delegasi (pelimpahan tugas), edukasi (pendidikan), observasi (sifatnya melakukan pengawasan atau pengamatan), preventif (sifatnya pencegahan), sifat suportif (sifatnya pemberian dukungan), rehabilitasi (sifatnya membantu untuk mandiri), higienik yang bersifat membantu, untuk menjaga kebersihan diri.

Contoh Rencana Tindakan :

Diagnosa Keperawatan : Gangguan Mobilitas Fisik

Rencana Tindakan : (2 Februari 2021)

1. Kaji ROM ekstremitas atas klien pada tanggal 3/2/2021, A.Aziz (tanda tangan)
2. Lakukan ROM pasif pada kaki kiri klien 4 kali sehari, A.Aziz (tanda tangan)
3. Ajarkan klien menggunakan walker pada tanggal 3/2/2021, A.Aziz (tanda tangan)
4. konsul dengan ahli terapi fisik mengenai kemajuan klien menggunakan walker pada tanggal 4/2/2021, A.Aziz (tanda tangan)

5.4 Nursing Outcomes Classification (NOC)

Dalam menentukan tujuan keperawatan dapat menggunakan *nursing outcomes classification* (NOC). Pada prinsipnya tujuan disusun dengan menggunakan prinsip spesifik, *measurable, achievable, rational, timeline* (SMART), dengan indikator penilaian dan skala yang ada (lihat NOC).

Contoh :

Apabila anda ingin membuat tujuan diagnosis keperawatan ketidakseimbangan nutrisi: kurang dari kebutuhan tubuh, dengan menggunakan *nursing outcomes classification* (NOC), maka lihatlah NOC pada bagian diagnosis ketidakseimbangan nutrisi: kurang dari kebutuhan tubuh sebagaimana gambar 4.1. Ada dua kelompok *outcomes*, yaitu *suggested outcomes dan additional associated outcomes*. *Suggested outcomes* adalah tujuan yang disarankan karena sering digunakan dalam NANDA dan didukung dari berbagai hasil penelitian, sedangkan *additional associated outcomes* adalah tujuan tambahan yang melengkapi dalam membuat tujuan

Nutrition: imbalanced, less than body requirements	
DEFINITION: intake of nutrients insufficient to meet metabolic needs	
SUGGESTED OUTCOMES:	
Appetite	Nutritional Status: Food & Fluid Intake
Breastfeeding Establishment: Infant	Nutritional Status: Nutrient Intake
Gastrointestinal Function	Self Care: Eating
Nutritional Status	Weight: Body Mass
ADDITIONAL ASSOCIATED OUTCOMES:	
Adherence Behavior	Compliance Behavior
Adherence Behavior: Healthy Diet	Compliance Behavior: Prescribed Diet
Body Image	Depression Level
Bowel Elimination	Endurance
ADDITIONAL ASSOCIATED OUTCOMES: CONT'D	
Fatigue level	Nutritional Status: Energy
Health Beliefs	Prenatal Health Behavior
Hydration	Sensory Function: Taste & Smell
Knowledge: Diet	Symptom Control
Knowledge Weight Management	Symptom Severity
Nausea & Vomiting Severity	Weight Gain Behavior
Nutritional Status: Biochemical Measures	Weight Maintenance Behavior

Gambar 5.1

NOC untuk ketidakseimbangan nutrisi(Moorhead,S.,et all. 2004)

Gambar 4.1 menjelaskan NOC untuk diagnosis ketidakseimbangan nutrisi. Pada NOC ketidakseimbangan nutrisi, terdapat tujuan yang disarankan (*suggested outcomes*). Pada kelompok tujuan yang disarankan, pilihlah tujuan yang sesuai, Apabila anda memilih tujuan yang diharapkan adalah berkaitan dengan nafsu makan (*appetite*), maka selanjutnya lihat indikator NOC pada nafsu makan, seperti dalam buku NOC yang tersaji pada gambar 4.2

<i>Appetite-1014</i>					
Domain-physiologic Health (II)			Care Recipient:		
Class-Digestion & Nutrition (K)			Data Source:		
Scale-severely compromised to not compromised					
Desire to eat when ill or receiving treatment					
Outcome Target Rating:		Maintain at:.....	Increase to:.....		
Appetite Overall Rating	Severely compromised	Substantially compromised	Moderately compromised	Mildly compromised	Not compromised
	1	2	3	4	5
101401 Desire to eat	1	2	3	4	5
101402 Craving for food	1	2	3	4	5
101403 Enjoyment of food	1	2	3	4	5
101404 Pleasant taste of food	1	2	3	4	5
101405 Reports energy to eat	1	2	3	4	5
101406 food intake	1	2	3	4	5
101407 Nutrient intake	1	2	3	4	5
101408 Fluid intake	1	2	3	4	5
101409 Stimulus to eat	1	2	3	4	5

Gambar 5.2

NOC untuk ketidakseimbangan nutrisi (Moorhead,S.,et all. 2004)

Gambar 4.2 menunjukkan pilihan tujuan yang hendak dicapai dari diagnosis ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan berhubungan dengan nafsu makan, dengan sembilan indikator dan skala 1-5.

Dengan demikian dalam penyusunan tujuan dapat dicontohkan sebagai berikut: Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1 x24 jam, pasien dapat : Ingin makan (5)= pasien ingin makan hingga tidak ada gangguan dalam makan. Asupan makanan (5)=asuhan makan pada pasien tidak ada gangguan dan seterusnya

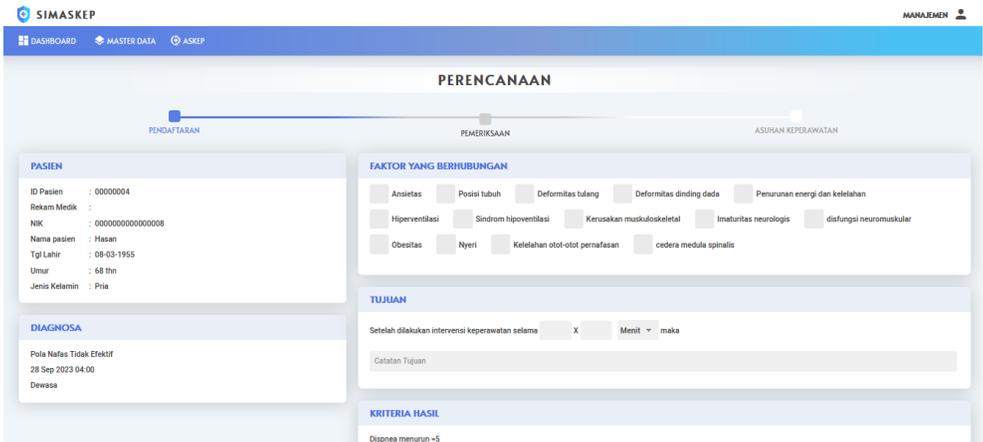
5.5 Aplikasi Perencanaan Keperawatan dalam Sistem Informasi Asuhan Keperawatan Berbasis Digital

Tahap ini dilakukan dengan cara memilih menu perencanaan sebagaimana dalam gambar 5.3



Gambar 5.3
Menu Perencanaan pada Sistem Informasi Asuhan Keperawatan

Setelah tampilan gambar 5.3 terdapat menu perencanaan, maka pilih (klik) menu tersebut, maka akan masuk menu pengisian data pasien sebagaimana pada gambar 5.4



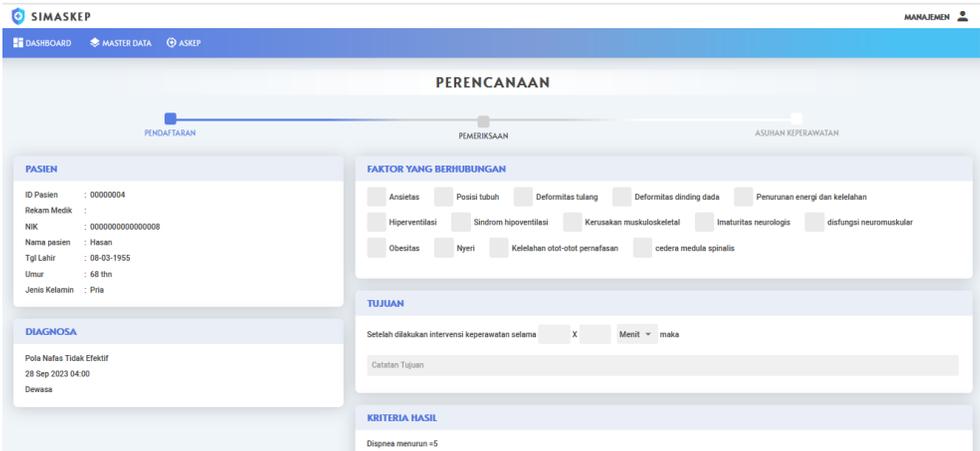
Gambar 5.4
Menu Perencanaan

Menu perencanaan ini setelah mengisi data pada data assesment dan melihat diagnosis keperawatan, dalam menu diagnosis terdapat menu rencana, sebagaimana gambar 5.5



Gambar 5.5 Hasil Diagnosis

Pada gambar 5.5 terdapat menu rencana selanjutnya dapat di pilih dengan cara melakukan tekan simbul di diagnosis tersebut, maka akan muncul seperti gambar 5.6, sebagaimana contoh doagnosis pola nafas tidak efektif ditekan simbil pada menu rencana.



Gambar 5.6 Contoh Menu Perencanaan pada Diagnosis Pola Nafas Tidak Efektif

Pada contoh gambar 5.6 dapat dilakukan pengisian untuk perencanaan, yang dimulai dari faktor yang berhubungan, tujuan, kriteria hasil dan rencana tindakan.

Bab 6

Pelaksanaan Keperawatan dalam Sistem Informasi

Tujuan Pembelajaran

Setelah mempelajari bab ini diharapkan pembaca memahami Pengertian pelaksanaan keperawatan, Jenis Tindakan Keperawatan, Nursing Interventions Classifications, dan Aplikasi Pelaksanaan Keperawatan dalam Sistem Informasi Asuhan Keperawatan Berbasis Digital.

6.1 Pengertian

Intervensi keperawatan merupakan langkah keempat dalam tahap proses keperawatan dengan melaksanakan berbagai strategi keperawatan (tindakan keperawatan) yang telah direncanakan dalam rencana tindakan keperawatan. dalam tahap ini perawat harus mengetahui berbagai hal diantaranya bahaya bahaya fisik dan perlidungan pada klien, teknik komunikasi, kemampuan dalam prosedur tindakan, pemahaman tentang hak-hak dari pasien serta dalam memahami tingkat perkembangan pasien. Dalam pelaksanaan rencana tindakan terdapat jenis dari tindakan yaitu tindakan jenis mandiri dan tindakan kolaborasi. Sebagai profesi perawat mempunyai kewenangan dan tanggung jawab dalam menentukan asuhan keperawatan.

6.2 Jenis Tindakan

Jenis tindakan keperawatan yang tercantun dalam langkah atau tahap pelaksanaan tersebut tedapat dua jenis yaitu tindakan keperawatan mandiri atau dikenal dengan tindakan independent dan tindakan kolaborasi atau dikenal dengan tidakan interdependent, sebagaimana dalam contoh berikut :

1. Mengkaji ROM ekstremitas atas klien (tindakan mandiri)
2. Melakukan latihan ROM pasif pada kaki kiri klien 4 kali sehari (tindakan mandiri)
3. Mengajarkan klien menggunakan walker (tindakan mandiri)
4. Konsultasi dengan ahli terapi fisik mengenai kemajuan klien menggunakan walker (tindakan kolaborasi)

6.3 *Nursing Interventions Classifications (NIC)*

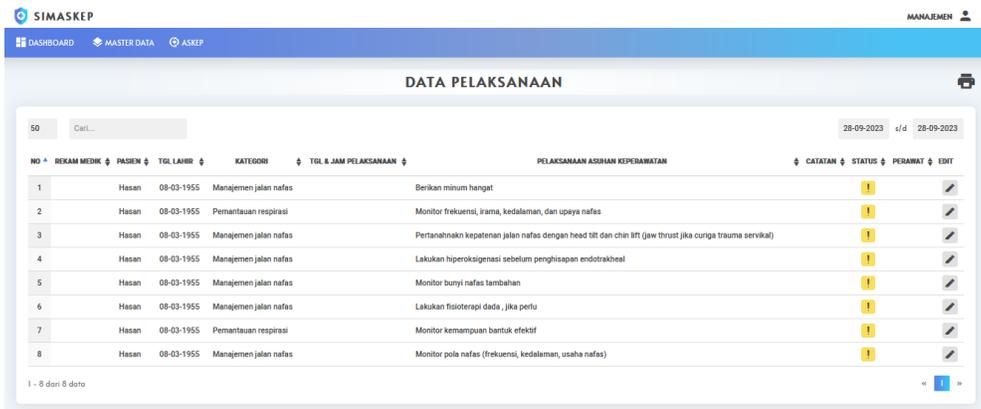
Dalam menentukan intervensi sebagaimana dalam *Nursing Interventions Classification (NIC)* dapat dilihat dalam Buku *Nursing Interventions Classification (NIC)*.

Cara menyusun intervensi keperawatan dengan menggunakan *Nursing Interventions Classification*, memiliki langkah yang sama dengan menyusun tujuan dengan menggunakan *Nursing Outcome Classificatios*, yaitu cari Intervensi untuk diagnosis keperawatan yang diinginkan, kemudian pilih kelompok intervensi

prioritas (yang berhubungan dengan diagnosis keperawatan) atau intervensi yang disarankan. Didalam NIC ada tiga kategori intervensi, diantaranya intervensi prioritas, intervensi yang disarankan dan intervensi tambahan (Bulechek, Butcher & Dochterman, 2008)

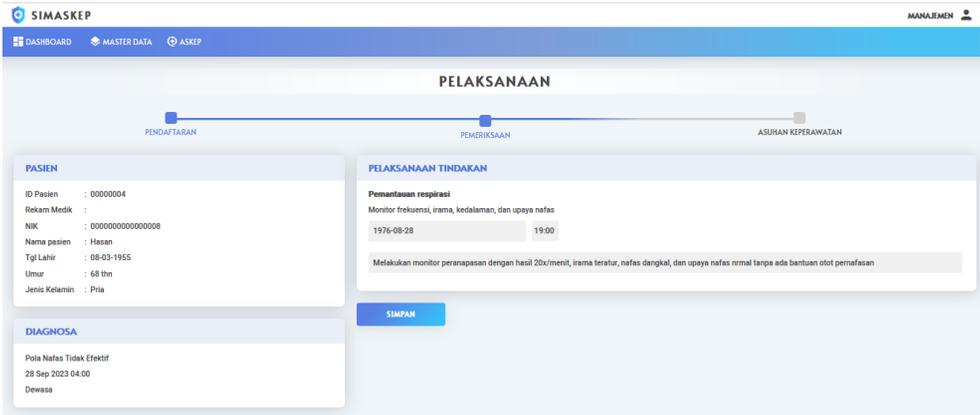
6.4 Aplikasi Pelaksanaan Keperawatan dalam Sistem Informasi Asuhan Keperawatan Berbasis Digital

Tahap ini dilakukan dengan cara memilih menu pelaksanaan sebagaimana dalam gambar 6.1



Gambar 6.1
Menu Data Pelaksanaan

Setelah tampil gambar 6.1 maka pilih menu edit untuk melakukan pencatatan pada setiap kegiatan pelaksanaan asuhan keperawatan sebagaimana dalam menu catatan pelaksanaan pada gambar 6.2



Gambar 6.2
Catatan Pelaksanaan dalam Sistem Informasi Asuhan Keperawatan

Setelah tampil menu sebagaimana gambar 6.2 maka dapat dilakukan pencatatan pelaksanaan keperawatan, yang meliputi tanggal pelaksanaan, dan catatan Tindakan yang dilakukan.

Bab 7

Evaluasi Keperawatan dalam Sistem Informasi

Tujuan Pembelajaran

Setelah mempelajari bab ini diharapkan pembaca memahami pengertian evaluasi keperawatan, jenis evaluasi dan Aplikasi Evaluasi Keperawatan dalam Sistem Informasi Asuhan Keperawatan Berbasis Digital.

7.1 Pengertian

Evaluasi merupakan langkah terakhir dari proses keperawatan dengan cara melakukan identifikasi sejauh mana tujuan dari rencana keperawatan tercapai atau tidak. Dalam melakukan evaluasi perawat seharusnya memiliki pengetahuan dan kemampuan dalam memahami respon terhadap intervensi keperawatan, kemampuan menggambarkan kesimpulan tentang tujuan yang dicapai serta kemampuan dalam menghubungkan tindakan keperawatan pada kriteria hasil. Pada tahap evaluasi ini terdiri dari dua kegiatan yaitu kegiatan yang dilakukan dengan mengevaluasi selama proses perawatan berlangsung atau menilai dari respon klien di sebut evaluasi proses, dan kegiatan melakukan evaluasi dengan target tujuan yang diharapkan disebut sebagai evaluasi hasil. Pada langkah evaluasi dapat digambarkan sebagai berikut :

7.2 Jenis evaluasi

1. Evaluasi formatif :

Menyatakan evaluasi yang dilakukan pada saat memberikan intervensi dengan respon segera seperti: kaji ROM ekstremitas atas klien, hasil evaluasi: ROM mengalami keterbatasan dengan hasil pengkajian gerakan sendi mengalami keterbatasan seperti pada fleksi siku: 100 derajat, (normalnya 150 derajat), fleksi pergelangan tangan 50 derajat (normalnya 80-90derajat), abduksi pada bahu 120 derajat (normalnya 180 derajat).

2. Evaluasi sumatif

Merupakan rekapitulasi dari hasil observasi dan analisis status pasien pada waktu tertentu berdasarkan tujuan yang direncanakan pada tahap perencanaan. Disamping itu evaluasi juga sebagai alat ukur suatu tujuan yang mempunyai kriteria tertentu yang membuktikan apakah tujuan tercapai, tidak tercapai atau tercapai sebagian dengan contoh penulisan sebagai berikut :

1) Tujuan tercapai

Tujuan ini dikatakan tercapai apabila klien telah menunjukkan perubahan dan kemajuan yang sesuai dengan kriteria yang telah ditetapkan.

Contoh Penulisan:

Diagnosa Keperawatan :
Bersihan jalan nafas tidak efektif

Tujuan :
Klien mampu mengeluarkan sekresi paru tanpa bantuan tanggal 3/2/2021

Evaluasi Tanggal 3/2/2021

- S : Sekarang saya membatukkan keluar dahak dalam dada saya
- O : Paru-paru bersih pada auskultasi
- A : Gangguan bersihan jalan nafas sudah teratasi
- P : Kunjungan rumah dihentikan

2) Tujuan tercapai sebagian

Tujuan ini dikatakan tercapai sebagian apabila tujuan tidak tercapai secara keseluruhan sehingga masih perlu dicari berbagai masalah atau penyebabnya, seperti pasien dapat makan sendiri tetapi masih merasa mual setelah makan bahkan kadang-kadang muntah

Contoh Penulisan :

Diagnosa Keperawatan :
Bersihan jalan nafas tidak efektif

Tujuan :
Klien mampu mengeluarkan sekresi paru tanpa bantuan tanggal 3/2/2021

Evaluasi Tanggal 3/2/2021

- S : Sekarang saya membatukkan tetapi dahak yang keluar masih ada sedikit dalam dada saya
- O : Paru-paru pada auskultasi masih ada bunyi nafas abnormal seperti crakles masih ada sedikit, perubahan frekuensi 18 kali permenit, pernafasan teratur
- A : Gangguan bersihan jalan nafas tercapai sebagian
- P : Lanjutkan latihan batuk efektif secara teratur

3) Tujuan tidak tercapai

Dikatakan tidak tercapai apabila tidak menunjukkan adanya perubahan kearah kemajuan sebagaimana kriteria yang diharapkan.

Contoh Penulisan :

Diagnosa Keperawatan :
Bersihan jalan nafas tidak efektif

Tujuan :
Klien mampu mengeluarkan sekresi paru tanpa bantuan tanggal 3/2/2021

Evaluasi Tanggal 3/2/2021

S : Sekarang saya tetap batuk dan dahak yang keluar tetap banyak tersisa dalam dada saya

O : Paru-paru pada auskultasi masih ada bunyi nafas abnormal seperti crackles, frekwensi pernafasan 24 kali permenit, pernafasan irregular

A : Gangguan bersihan jalan nafas tidak tercapai

P : Lanjutkan flaping, claping dan suction (kalau perlu), latihan batuk efektif secara teratur, dan konsul dalam pemberian obat pengencer sekret

7.3 Aplikasi Evaluasi Keperawatan dalam Sistem Informasi Asuhan Keperawatan Berbasis Digital

Tahap ini dilakukan dengan cara memilih menu evaluasi sebagaimana dalam gambar 7.1



Gambar 7.1
Menu Data Evaluasi Asuhan Keperawatan

Setelah tampil menu gambar 7.1 terdapat menu tambah, selanjutnya dapat dilakukan tekan tombol tambah, maka akan muncul gambar 7.2 untuk pengisian evaluasi keperawatan.

The screenshot shows the SIMASKEP system interface. At the top, there is a navigation bar with 'DASHBOARD', 'MASTER DATA', and 'ASKEP' options. The main title is 'EVALUASI'. Below the title, there is a progress bar with three stages: 'PENDAFTARAN', 'Pemeriksaan', and 'ASUHAN KEPERAWATAN'. The 'Pemeriksaan' stage is currently active. On the left, there is a 'PASIHEN' section with patient details: ID Pasien: 00000004, Rekam Medik: , NIK: 000000000000000008, Nama pasien: Hasan, Tgl Lahir: 08-03-1955, Umur: 68 thn, Jenis Kelamin: Pria. On the right, there is a 'TAMBAH EVALUASI' form with the following fields: Tgl Masuk (28 Sep 2023 04:00), Kategori (Dewasa), Subjective (text input), Objective (text input), Analysis (text input), and Planning (text input).

Gambar 7.2
Menu Catatan Evaluasi Keperawatan dalam Sistem Informasi Asuhan Keperawatan

Ketika ada tampilan sebagaimana gambar, selanjutnya dapat mengisi tanggal dan catatan evaluasi yang meliputi subyektif, obyektif, assessment dan planning dalam kolom menu dalam gambar 7,2

Daftar Pustaka

- Bradshaw, P.L. (1987). *Teaching and assesing in clinical Nursing Practice*, Prentile Hall, New york
- Chin, P, (1995). *Ethics in Nursing ; Fundamental of Nursing the skindmore Roth outline series*,MC Graw Hill international edition, singapore PP 46 – 47
- Daniels. (2010). *Nursing Fundamental: Caring & Clinical Decision Making*. New York. Delmar Cengage Learning
- Derrickson B. (2013). *Essentials of Anotomy Physiology*. Singapore. John Willey & Sons, Inc.
- Douglas G., Nicol F., Robertson C., Rudijanto A. (2014). *Pemeriksaan Klinis Macleod (dengan 28 online video)*. Edisi Bahasa Indonesia 13. Churchill Livingstone: Elsevier (Singapore) Pte. Ltd.
- Hidayat. AAA & Uliyah, M. (2005). *Buku saku praktikum kebutuhan dasar manusia*. Jakarta. EGC
- Hidayat. AAA & Uliyah, M. (2006). *Pengantar kebutuhan dasar manusia; aplikasi konsep dan asuhan keperawatan*. Jakarta. Salemba Medika
- Hidayat. AAA & Uliyah, M. (2011). *Praktik Kebutuhan Dasar Manusia*. Surabaya, Health Books Publishing
- Kozier, Barbara. (2008). *Fundamentals of Nursing: Concepts, Process and Practice*. 8th ed. New Jersey. Pearson Education
- Kozier, B., Erb, G., Berwan, A.J., & Burke, K. (2008). *Fundamentals of Nursing: Concepts, Process, and Practice*. New Jersey: Prentice Hall Health.
- Lynn, P (2011). *Taylor's Handbook of Clinical Nursing Skills*. 3rd ed. Wolter Kluwer, Lippincott Williams & Wilkins. Philadelphia.
- Marriner-T., (1994). *A. Nursing Theorist and Their Work, 3rd ed*. Mosby Company, St. Louis
- Mosby. (2014). *Mosby's Nursing Video Skills DVD Package: Basic, intermediate and advanced*. 4th Edition. Mosby: Elsevier Inc.
- Perry A.G., Potter P.A., Ostendorf W. (2014). *Clinical Nursing Skills and Techniques*. 8th edition. Mosby: Elsevier Inc. Potter, P.A. & Perry, A.G. (2010). *Fundamental Keperawatan (3-vol set)*. Edisi Bahasa Indonesia 7. Elsevier (Singapore) Pte. Ltd.
- Potter, P.A., Perry, A.G., Stockert P., Hall A. (2014). *Essentials for Nursing Practice*. 8th Ed. St. Louis, Missouri: Mosby Elsevier.
- Quinn, F, (1980). *The principles and practice of nursing education*, Croom Helm, London
- Rebeiro G., Jack L., Scully N., Wilson D., Novieastari E., Supartini Y. (2015). *Keperawatan Dasar: Manual Keterampilan Klinis*. Edisi Indonesia. Elsevier (Singapore) Pte Ltd.

ISBN 978-623-6418-23-9



9

786236

418239