



**GAMBARAN DIAGNOSIS KEPERAWATAN MENURUT SDKI
(STANDAR DIAGNOSIS KEPERAWATAN INDONESIA)
DI RUANG ICU (*INTENSIVE CARE UNIT*)
RSD dr. SOEBANDI JEMBER**

SKRIPSI

Oleh

Risa Syahbana Badar

NIM 152310101100

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER**

2019



**GAMBARAN DIAGNOSIS KEPERAWATAN MENURUT SDKI
(STANDAR DIAGNOSIS KEPERAWATAN INDONESIA)
DI RUANG ICU (*INTENSIVE CARE UNIT*)
RSD dr. SOEBANDI JEMBER**

SKRIPSI

Diajukan guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan di Program Studi Ilmu Keperawatan dan memperoleh gelar Sarjana Keperawatan

Oleh

Risa Syahbana Badar

NIM 152310101100

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER
2019**

SKRIPSI

**GAMBARAN DIAGNOSIS KEPERAWATAN MENURUT SDKI
(STANDAR DIAGNOSIS KEPERAWATAN INDONESIA)
DI RUANG ICU (*INTENSIVE CARE UNIT*)
RSD dr. SOEBANDI JEMBER**

Oleh

Risa Syahbana Badar

NIM 152310101100

Dosen Pembimbing Utama : Ns. Baskoro Setioputro, M.Kep

Dosen Pembimbing Anggota : Ns. Muhamad Zulfatul A'la, M.Kep

PERSEMBAHAN

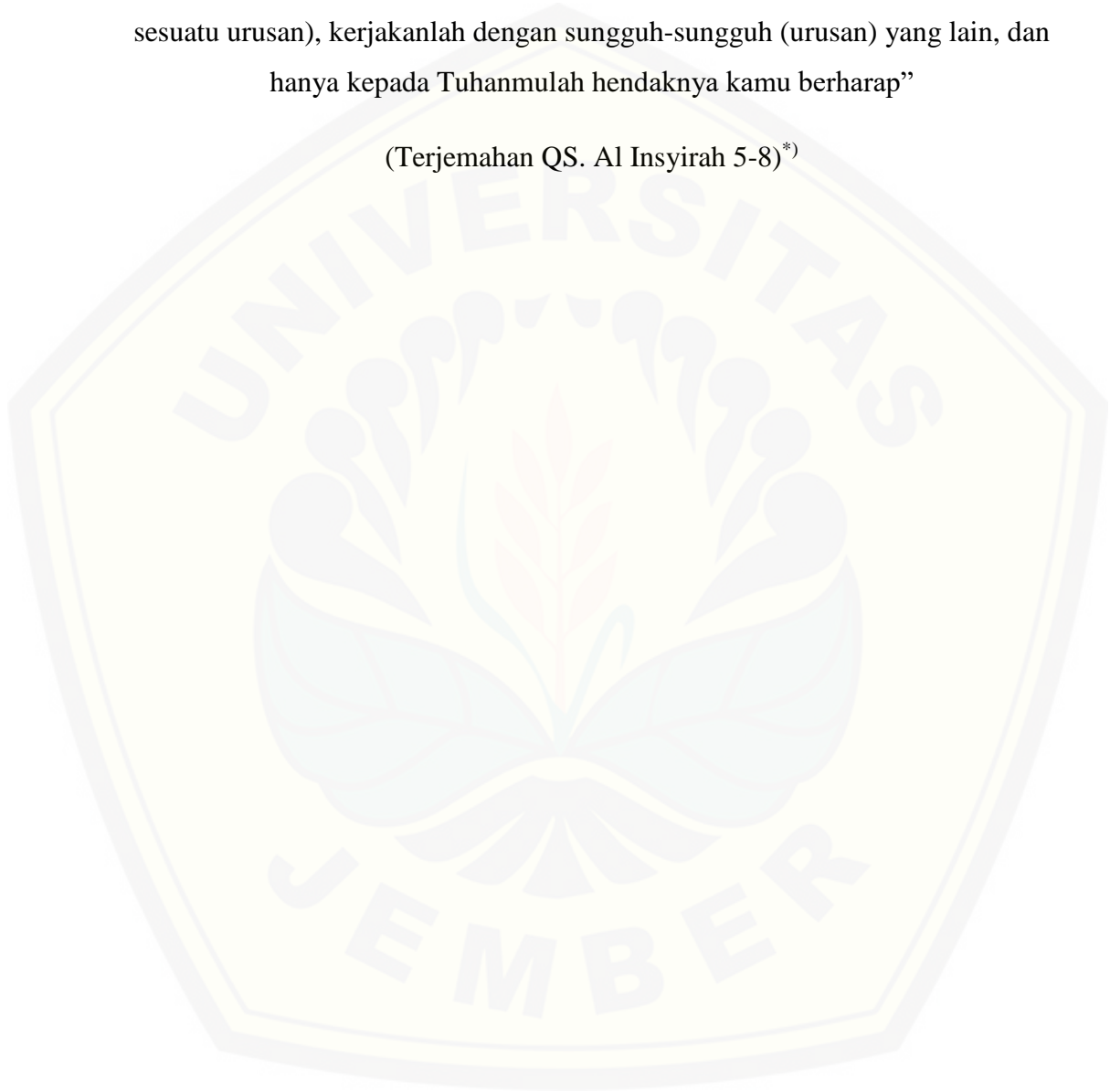
Dengan mengucapkan syukur kepada Allah SWT, peneliti mempersembahkan skripsi ini kepada:

1. Ayahanda Almarhum Yusuf Wahyudi, Ibunda Nasupa dan keluarga yang senantiasa memberikan doa dan dukungan serta selalu berusaha memberikan yang terbaik untuk saya;
2. Seluruh guru yang senantiasa memberikan ilmu dan bimbingan selama menuntut ilmu;
3. Teman-teman yang telah memberikan arti indahnya kebersamaan, saling tolong menolong, serta yang telah membantu dalam penelitian ini, sehingga skripsi ini dapat terselesaikan;
4. Almamater Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Jember;
5. Pihak RSD dr. Soebandi Jember yang telah memberikan bantuan serta dukungan dalam penyusunan skripsi.

MOTO

“Karena sesungguhnya setelah kesulitan itu ada kemudahan, sesungguhnya sesudah kesulitan itu ada kemudahan. Maka apabila kamu telah selesai (dari sesuatu urusan), kerjakanlah dengan sungguh-sungguh (urusan) yang lain, dan hanya kepada Tuhanmulah hendaknya kamu berharap”

(Terjemahan QS. Al Insyirah 5-8)*



*) Departemen Agama Republik Indonesia. 2005. *Al Quran dan Terjemahan Al Jumanatul Ali*. Bandung: Jamantul Ali-ART (J-ART)

PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Risa Syahbana Badar

NIM : 152310101100

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa skripsi berjudul “Gambaran Diagnosis Keperawatan menurut SDKI (Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia) di Ruang ICU (*Intensive Care Unit*) RSD dr. Soebandi Jember” adalah benar-benar hasil karya saya sendiri, kecuali kutipan yang telah saya sebutkan sumbernya, belum pernah diajukan pada institusi manapun, dan bukan karya jiplakan. Saya bertanggungjawab atas keabsahan dan kebenaran isi sesuai dengan sikap ilmiah yang harus dijunjung tinggi.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya tanpa ada tekanan dan paksaan dari pihak manapun. Saya bersedia mendapat sanksi akademik jika ternyata dikemudian hari pernyataan ini tidak benar.

Jember, Januari 2019

Yang menyatakan

Risa Syahbana Badar

NIM 152310101100

PENGESAHAN

PENGESAHAN

Skripsi yang berjudul “Gambaran Diagnosis Keperawatan Menurut SDKI (Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia) di Ruang ICU (*Intensive Care Unit*) RSD dr. Soebandi Jember” karya Risa Syahbana Badar telah diuji dan disahkan pada:

hari, tanggal : Kamis, 24 Januari 2019

tempat : Program Studi Ilmu Keperawatan, Fakultas Keperawatan
Universitas Jember

Mengetahui,

Dosen Pembimbing Utama



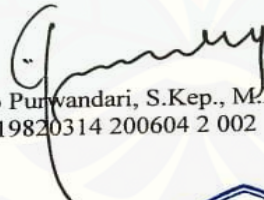
Ns. Baskoro Setiopotro, S.Kep., M.Kep
NIP 19830505 200812 1 004

Dosen Pembimbing Anggota



Ns. M. Zulfatul A'la, S.Kep., M.Kep
NIP 19880510 201504 1 002

Penguji I



Ns. Retno Purwandari, S.Kep., M.Kep
NIP 19820314 200604 2 002

Penguji II



Ns. Dicky Endrian K., S.Kep., M.Kep
NRP 760016846

Mengesahkan,



Ns. Lantir Sulistyorini, S.Kep., M.Kes
NIP 19780323 200501 2 002

Gambaran Diagnosis Keperawatan menurut SDKI (Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia) di Ruang ICU (*Intensive Care Unit*) RSD dr. Soebandi Jember (*The Description of Nursing Diagnosis According SDKI (Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia) in The ICU (Intensive Care Unit) dr. Soebandi Hospital Jember*)

Risa Syahbana Badar
Faculty of Nursing, University of Jember

ABSTRACT

Intensive Care Unit (ICUs) are areas that is designed to provide optimal management of care for clients with acute conditions. Therefore, nursing support in ICUs requires fast and accurate intervention including in the stating of diagnoses. This study aimed to identify the nursing diagnoses in ICU patients based on Indonesian Nursing Diagnoses Standard (Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia). This paper was conducted by descriptive research approach and consecutive sampling technique. There were 31 respondents who had been enrolled in 1 month. The variable in this research was nursing diagnoses. Five diagnoses that often occurred were self-care deficit (100%), risk of infection (100%), impaired physical mobility (96,8%), acute pain (93,5%) and risk of pressure sores (87,1%). In a nursing process, nursing diagnoses is a component that is used as a reference in determining therapeutic interventions. Without proper diagnoses, the intervention given would be difficult to give benefits for the clients. By acknowledging the nursing diagnoses, it is expected that nurses can provide the suitable intervention for ICU patients.

Keywords: ICU, nursing diagnoses, SDKI

RINGKASAN

Gambaran Diagnosis Keperawatan menurut SDKI (Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia) di Ruang ICU (*Intensive Care Unit*) RSD dr. Soebandi Jember: Risa Syhabana Badar, 152310101100; 2019; xix + 110 halaman; Program Studi Ilmu Keperawatan; Fakultas Keperawatan Universitas Jember

Intensive Care Unit (ICU) adalah area atau lingkungan yang dirancang khusus untuk menyediakan manajemen perawatan secara optimal pada klien dengan kondisi akut (Yoo, Edwards, Dean, & Dudley, 2014). Oleh karena itu, dukungan berupa pelayanan keperawatan di ruang ICU membutuhkan identifikasi kondisi kesehatan secara cepat dan akurat untuk berbagai kebutuhan dan strategi perawatan. *Health provider* dari tim perawat harus dapat memiliki pengetahuan dan strategi perawatan untuk memberikan hasil terbaik pada klien dalam memberikan asuhan keperawatan (Ferreira, Rocha, Lopes, Bachion, Lopes, & Barros, 2016).

Salah satu proses keperawatan adalah penegakan diagnosis keperawatan. Penegakan diagnosis keperawatan membutuhkan standar yang dapat digunakan sebagai dasar pengambilan keputusan dan menentukan intervensi yang akan diberikan kepada klien. Meskipun telah terdapat beberapa standar diagnosis keperawatan yang telah diakui secara internasional, namun karena standar-standar tersebut tidak disusun atau dikembangkan dengan memperhatikan aspek budaya dan ciri khas pelayanan keperawatan Indonesia, maka standar-standar tersebut dinilai kurang tepat untuk diterapkan di Indonesia (PPNI, 2017). Oleh karena itu PPNI (Persatuan Perawat Indonesia) menyusun SDKI (Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia) sebagai acuan perawat Indonesia untuk menegakkan diagnosis keperawatan.

Penelitian dilakukan di ruang ICU RSD dr. Soebandi Jember selama satu bulan. Penelitian ini merupakan jenis penelitian kuantitatif dengan metode

penelitian survei deskriptif dengan pendekatan prospektif. Variabel dalam penelitian ini adalah diagnosis keperawatan. Populasi dalam penelitian ini adalah semua klien yang dirawat di ruang ICU RSD dr. Soebandi Jember. Teknik sampling yang digunakan adalah *consecutive sampling*.

Hasil penelitian menunjukkan diagnosis keperawatan yang paling banyak muncul pada klien di ruang ICU adalah defisit perawatan diri 31 orang (100%), risiko infeksi 31 orang (100%), gangguan mobilitas fisik 30 orang (96,8%), nyeri akut sebanyak 29 orang (93,5%) dan risiko luka tekan sebanyak 27 (93,5%). Semua klien diruang ICU mengalami defisit perawatan diri dikarenakan tidak mampu untuk menyelesaikan atau melakukan perawatan diri secara mandiri. Risiko infeksi pada klien berhubungan dengan faktor risiko tindakan invasif yang dilakukan pada klien seperti pemasangan kateter, *IV line* dan luka post op. Gangguan mobilitas fisik pada klien diruang ICU disebabkan oleh gangguan neuromuskular atau gangguan muskuloskeletal. Nyeri akut pada klien disebabkan oleh proses penyakit yang dialami dan karena efek prosedur invasif seperti pemasangan *ETT*. Risiko luka tekan pada klien disebabkan oleh kondisi tirah baring yang cukup lama dan klien tidak mampu untuk membolak-balikkan badan secara mandiri karena mengalami penurunan kesadaran sehingga berpotensi untuk mengalami luka tekan. Dengan diketahuinya diagnosis keperawatan pada klien di ruang ICU, diharapkan perawat dapat memberikan intervensi yang tepat kepada klien agar masalah kesehatan klien dapat teratasi.

Selama proses penelitian, peneliti menemukan beberapa hambatan saat penegakan diagnosis keperawatan. Beberapa tanda dan gejala mayor pada diagnosis keperawatan dalam SDKI masih sulit untuk memenuhi 80-100% sebagai syarat penegakan diagnosis. Diharapkan PPNI sebagai penyusun SDKI dapat memperbaiki data tanda dan gejala mayor khususnya untuk klien yang mengalami penurunan kesadaran seperti klien di ruang ICU agar data tanda dan gejala mayor tersebut dapat pula mendukung penegakan diagnosis keperawatan pada klien yang mengalami penurunan kesadaran.

PRAKATA

Puji syukur kehadiran Allah SWT atas segala rahmat dan karunia-Nya sehingga peneliti dapat menyelesaikan penelitian tugas akhir yang berjudul “Gambaran Diagnosis Keperawatan menurut SDKI (Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia) di Ruang ICU (*Intensive Care Unit*) RSD dr. Soebandi Jember”. Skripsi ini disusun untuk memenuhi salah satu syarat menyelesaikan pendidikan strata satu (S1) pada Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember.

Penyusunan skripsi ini tidak lepas dari bantuan berbagai pihak. Oleh karena itu, pada kesempatan ini peneliti ingin menyampaikan terimakasih kepada:

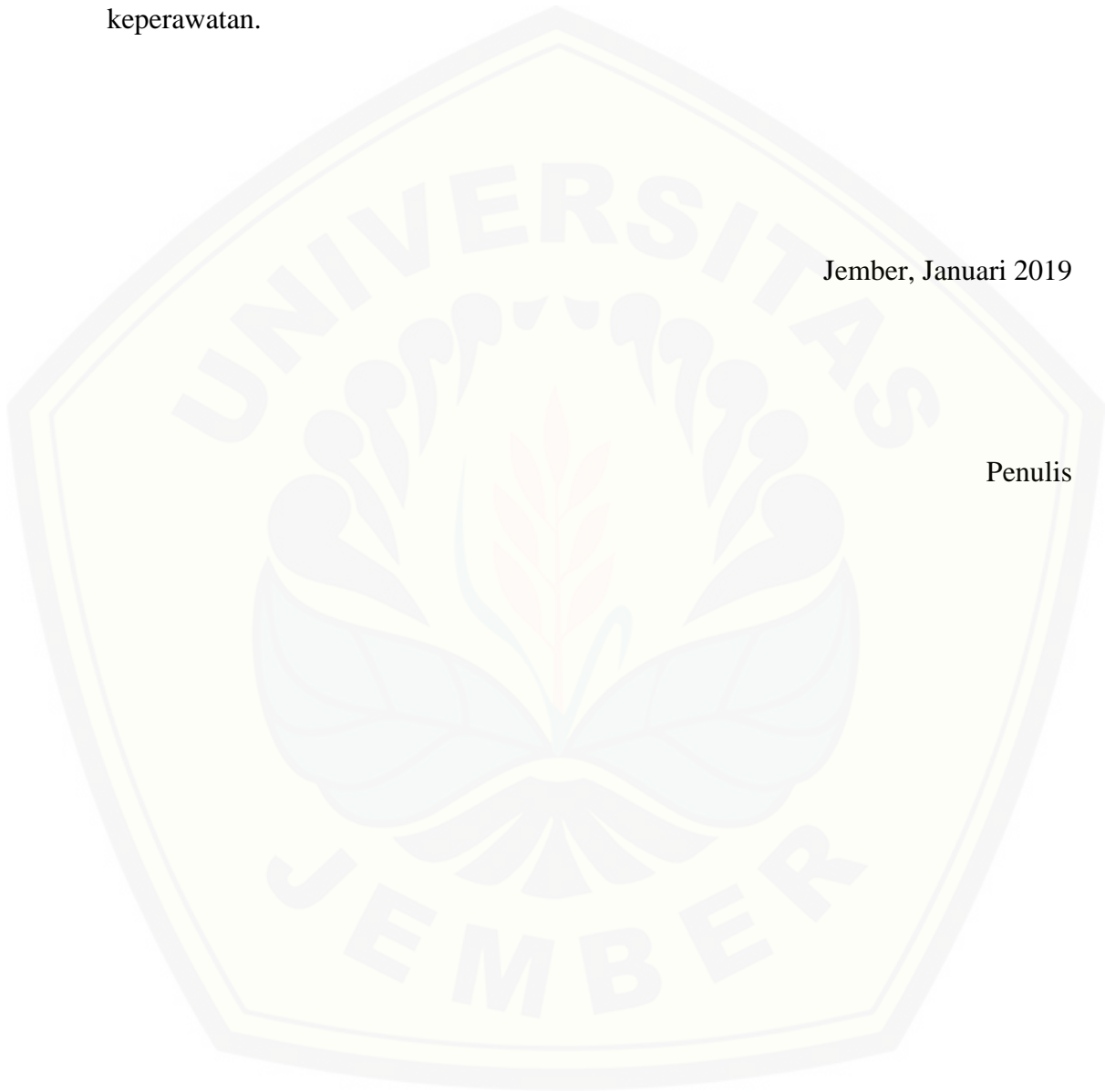
1. Ns. Lantin Sulistyorini, S.Kep., M.Kes selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Jember;
2. Ns. Baskoro Setioputro, S.Kep., M.Kep selaku dosen Pembimbing Utama dan Ns. Muhamad Zulfatul A’la, S.Kep., M.Kep selaku Dosen Pembimbing Anggota atas bimbingan selama proses penyusunan tugas akhir;
3. Latifa Aini Susumaningrum, S.Kp., M.Kep., Sp. Kom selaku Dosen Pembimbing Akademik selalu memberikan bimbingan dan motivasi selama melaksanakan studi di Fakultas Keperawatan;
4. Ns. Edy Suyanto, S.Kep dan Ns. Erna Nurhayati selaku perawat ahli yang telah membantu dan berperan besar dalam proses penelitian;
5. Seluruh perawat ruang ICU RSD dr. Soebandi Jember yang telah memberikan banyak ilmu baru dan turut membantu dalam proses penelitian;
6. Sahabat-sahabat tercinta Irnia, Musya, dan Zahrotus yang selalu ada untuk mendengar keluh kesah sekaligus teman berpetualang saat liburan;
7. Teman seperjuangan dalam mengerjakan skripsi, Rindyawati yang selalu membantu dan saling mendukung untuk mengerjakan skripsi;
8. Seluruh angkatan 2015 di Fakultas Keperawatan Universitas Jember khususnya teman-teman kelas D, terimakasih atas dukungan, dan doa serta bantuannya, semoga kompak selalu;

9. Semua pihak yang membantu dalam penyelesaian skripsi ini.

Peneliti menyadari bahwa skripsi ini belum sempurna. Kritik dan saran diharapkan untuk penyempurnaan skripsi ini. Akhir kata, semoga skripsi ini mendatangkan manfaat bagi semua khususnya dalam pengembangan ilmu keperawatan.

Jember, Januari 2019

Penulis



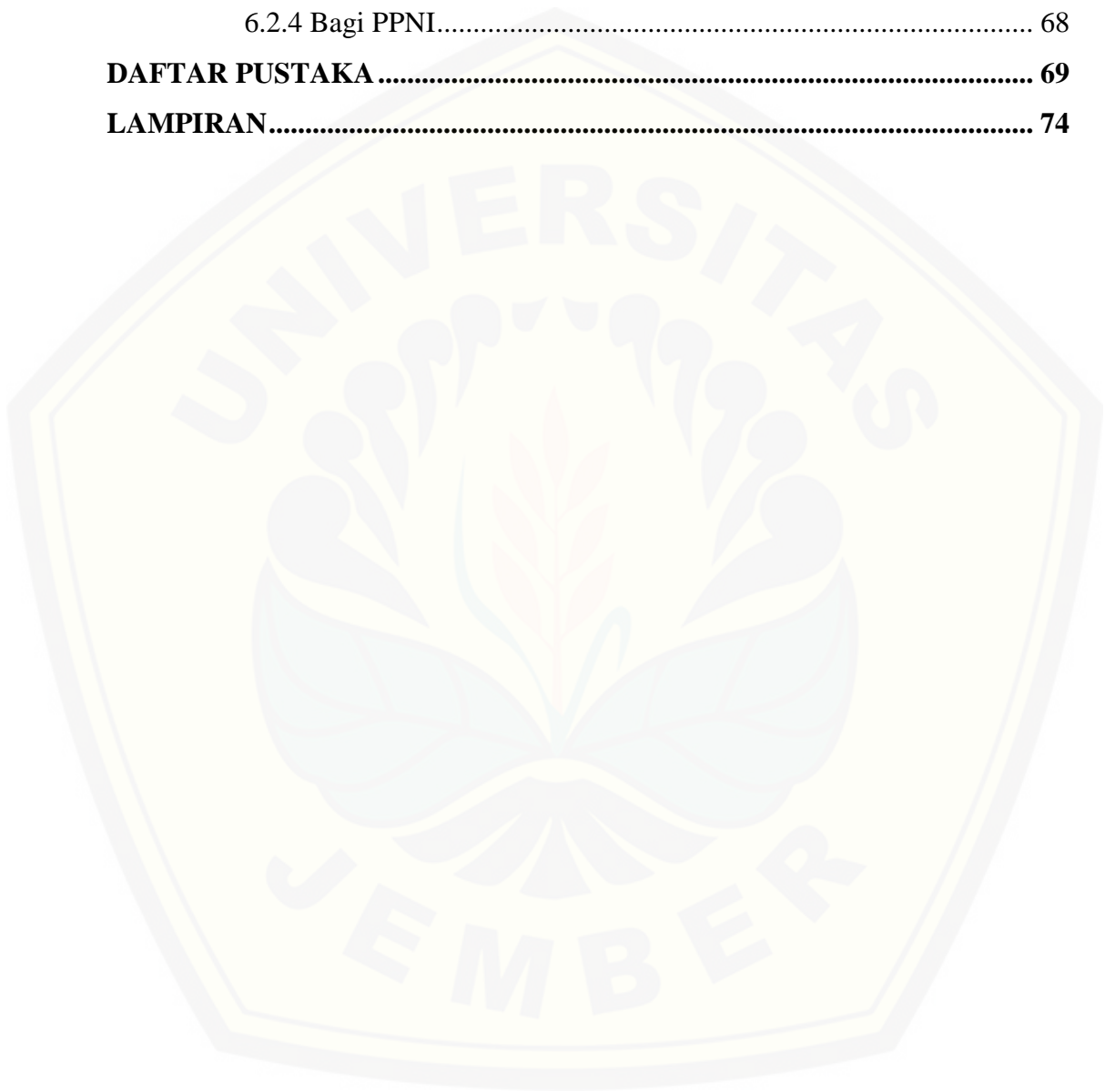
DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL.....	i
HALAMAN JUDUL	ii
HALAMAN PEMBIMBING	iii
HALAMAN PERSEMBAHAN	iv
HALAMAN MOTO	v
HALAMAN PERNYATAAN	vi
HALAMAN PENGESAHAN.....	vii
<i>ABSTRACT</i>	viii
RINGKASAN	ix
PRAKATA	xi
DAFTAR ISI.....	xiii
DAFTAR TABEL	xvii
DAFTAR GAMBAR.....	xviii
DAFTAR LAMPIRAN	xix
BAB 1. PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah.....	4
1.3 Tujuan	4
1.3.1 Tujuan Umum	4
1.3.2 Tujuan Khusus.....	4
1.4 Manfaat Penelitian	5
1.4.1 Manfaat bagi Penelitian.....	5
1.4.2 Manfaat bagi Pendidikan.....	5
1.4.3 Manfaat bagi Keperawatan.....	5
1.4.4 Manfaat bagi Rumah Sakit.....	5
1.5 Keaslian Penelitian.....	5

BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA.....	7
2.1 Konsep Proses Keperawatan.....	7
2.1.1 Definisi	7
2.1.2 Langkah-langkah Proses Keperawatan	7
2.2 Konsep Diagnosis Keperawatan menurut SDKI.....	9
2.2.1 Filosofis.....	9
2.2.2 Jenis-Jenis Diagnosis Keperawatan	10
2.2.3 Komponen Diagnosis Keperawatan	11
4.3 Kategori dalam SDKI	13
4.4 Konsep Proses Pengkajian.....	15
2.4.1 Teknik Pengkajian Fisik.....	16
2.4.2 Pengkajian Fisik	18
2.4.3 Pengkajian menggunakan Pola Gordon	29
4.5 Proses Penegakan Diagnosis Keperawatan Berdasarkan SDKI	35
4.6 Konsep Ruang ICU	39
2.6.1 Definisi dan Tujuan.....	39
2.6.2 Ruang Lingkup Pelayanan ICU.....	39
2.6.3 Indikasi Keluar Masuk ICU	40
2.6.4 Diagnosis Keperawatan di Ruang ICU	41
2.7 Kerangka Teori	42
BAB 3. KERANGKA KONSEP.....	43
BAB 4. METODE PENELITIAN.....	44
4.1 Desain Penelitian	44
4.2 Populasi dan Sampel Penelitian	44
4.2.1 Populasi Penelitian	44
4.2.2 Sampel Penelitian	44
4.2.3 Kriteria Sampel	45
4.3 Tempat dan Waktu Penelitian	45
4.3.1 Tempat Penelitian.....	45
4.3.2 Waktu Penelitian	45
4.5 Definisi Operasional.....	46

4.6 Rencana Pengumpulan Data	46
4.6.1 Sumber Data	46
4.6.2 Teknik Pengambilan Data	47
4.6.3 Alat Pengumpul Data	48
4.7 Pengolahan Data	48
4.7.1 <i>Editing</i>	48
4.7.2 <i>Coding</i>	48
4.7.3 <i>Entry</i>	49
4.7.4 <i>Cleaning</i>	49
4.8 Analisis Data	49
4.9 Etika Penelitian	49
4.9.1 Privasi dan Kerahasiaan (<i>Privacy and Confidentiality</i>)	50
4.9.2 Keterbukaan dan Keadilan (<i>Inclusiveness and Justice</i>)	50
4.9.3 Kemanfaatan (<i>Beneficience</i>)	50
4.9.4 Prinsip Menghargai Hak Asasi Manusia	50
BAB 5. HASIL DAN PEMBAHASAN	52
5.1 Hasil Penelitian	52
5.1.1 Karakteristik Responden	52
5.1.3 Gambaran Diagnosis Keperawatan Responden Berdasarkan Kategori Subkategori dan Jenis Diagnosis Aktual atau Risiko	55
5.1.4 Gambaran Diagnosis Keperawatan Responden Berdasarkan Diagnosis Positif dan Negatif	56
5.2 Pembahasan	56
5.2.1 Karakteristik Responden	56
5.2.3 Gambaran Diagnosis Keperawatan pada Klien di ICU Berdasarkan Kategori dan Subkategori	59
5.2.4 Gambaran Diagnosis Keperawatan Positif dan Negatif pada Klien di Ruang ICU RSD dr Soebandi Jember	64
5.3 Keterbatasan Penelitian	66
5.4 Implikasi Keperawatan	66
BAB 6. PENUTUP	67
6.1 Kesimpulan	67

6.2 Saran.....	67
6.2.1 Bagi Institusi Pendidikan	67
6.2.2 Bagi Rumah Sakit.....	68
6.2.3 Bagi peneliti selanjutnya	68
6.2.4 Bagi PPNI.....	68
DAFTAR PUSTAKA	69
LAMPIRAN.....	74

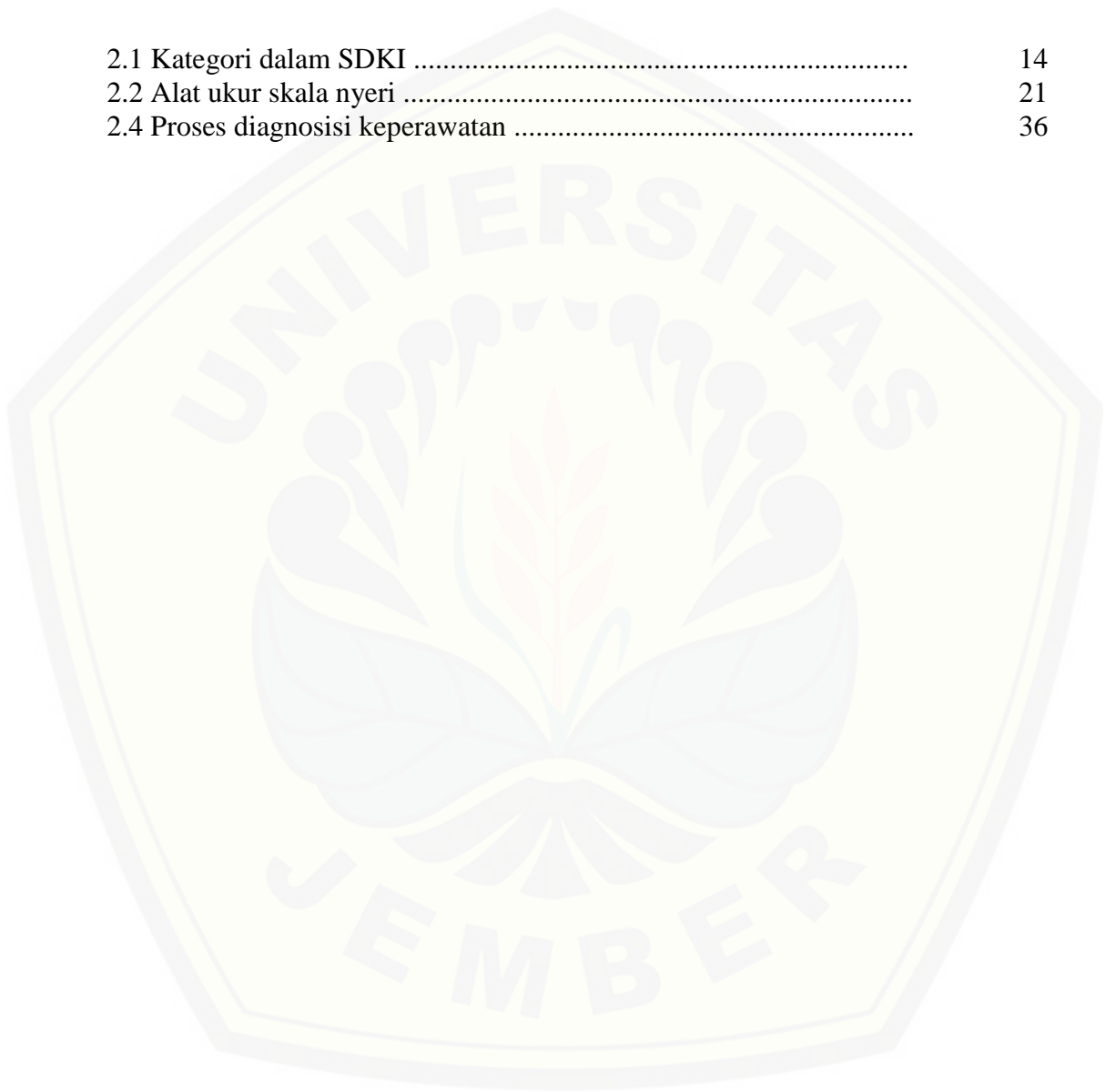


DAFTAR TABEL

1.1	Keaslian penelitian	6
2.1	Contoh deskriptor dan fokus diagnostik pada diagnosis keperawatan	11
2.2	Deskriptor dan definisi deskriptor pada diagnosis keperawatan	12
2.3	Pembedaan area pada tangan yang digunakan dalam palpasi	17
2.4	Bunyi yang dihasilkan oleh perkusi	18
2.5	Klasifikasi rentang tekanan darah berdasarkan <i>Joint National</i>	19
2.6	<i>Glasgow Coma Scale</i> (GCS)	28
2.7	Indeks KATZ	31
2.8	<i>Index of Independence in Activities of Daily Living</i>	32
4.1	Definisi operasional	47
5.1	Karakteristik responden	53
5.2	Diagnosis keperawatan pada responden	54
5.3	Diagnosis Keperawatan Responden Berdasarkan Kategori Subkategori dan Jenis Diagnosis Aktual atau Risiko	55
5.4	Gambaran diagnosis keperawatan positif pada klien di ruang ICU RSD dr Soebandi Jember	57

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
2.1 Kategori dalam SDKI	14
2.2 Alat ukur skala nyeri	21
2.4 Proses diagnosis keperawatan	36



DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
A. Lembar Informasi untuk Klien Tanpa Penurunan Kesadaran	57
B. Lembar Persetujuan untuk Klien Tanpa Penurunan Kesadaran	58
C. Lembar Informasi untuk Klien Dengan Penurunan Kesadaran	59
D. Lembar Persetujuan untuk Klien Dengan Penurunan Kesadaran	60
E. Format Pengkajian	61
F. Karakteristik Klien di ruang ICU RSD dr. Soebandi Jember	92
G. Diagnosis Keperawatan pada Klien di ruang ICU RSD dr. Soebandi Jember	94
H. Surat-surat	99
I. Lembar Bimbingan DPU dan DPA	106
J. Dokumentasi	110



BAB 1. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Intensive Care Unit (ICU) adalah area atau lingkungan yang dirancang khusus untuk menyediakan manajemen perawatan secara optimal pada klien dengan kondisi medis akut yang mengancam dan/atau kondisi bedah (Yoo, Edwards, Dean, & Dudley, 2014). Oleh karena itu, dukungan berupa pelayanan keperawatan di ruang ICU membutuhkan identifikasi kondisi kesehatan secara cepat dan akurat untuk berbagai kebutuhan dan strategi perawatan. *Health provider* dari tim perawat harus dapat memiliki pengetahuan dan strategi perawatan untuk memberikan hasil terbaik pada klien dalam memberikan asuhan keperawatan (Ferreira, Rocha, Lopes, Bachion, Lopes, & Barros, 2016).

Proses keperawatan terdiri dari lima fase yaitu pengkajian, diagnosis, perencanaan, implementasi dan evaluasi. Setiap fase dalam proses tersebut saling memengaruhi fase lain (Potter, Perry, Stockert, & M Hall, 2017). Pengkajian adalah langkah kritis dalam proses keperawatan, bila tidak diselesaikan dengan cara berpusat pada klien, perawat akan kehilangan kendali terhadap proses keperawatan selanjutnya (NANDA-I, 2018). Langkah kedua setelah pengkajian adalah diagnosis keperawatan. Dalam sebuah proses keperawatan, diagnosis keperawatan merupakan komponen yang digunakan sebagai acuan dalam menentukan intervensi yang terapeutik (Ferreira, Rocha, Lopes, Bachion, Lopes, & Barros, 2016). Tanpa diagnosis yang tepat maka intervensi pada klien akan bermasalah bahkan tidak memberikan dampak positif pada proses penyembuhan klien di ruang ICU (Kozier, Erb, Berman, & J.Snyder, 2010). AACN (*American Association Critical-Care Nurses*) menyatakan bahwa perawat di ruang ICU harus mengidentifikasi lebih dari satu diagnosis keperawatan untuk mengembangkan rencana perawatan sesuai respon dan kondisi klien (AACN, 2008) .

Tahun 2014 jumlah klien diruang ICU RSD dr. Soebandi Jember pada bulan Januari sebanyak 7 orang, Februari 12 orang, Maret 16 orang, dan April 13 orang (Yunita, 2014). Lima diagnosis keperawatan yang sering muncul pada klien di ruang ICU menurut penelitian Ferreira, *et.al* (2016) adalah nyeri akut (57,03%), risiko infeksi (47,26%), gangguan pertukaran gas (40,23%), penurunan curah jantung (38,28%), dan ketidakefektifan bersihan jalan nafas (29,9%). Beberapa faktor yang memengaruhi proses penegakan dan dokumentasi diagnosis keperawatan adalah tingkat pendidikan, kondisi klien, dan kondisi lingkungan perawatan (Paans, Roos MB Nieweg, & Sermeus, 2011). Hasil dari beberapa penelitian menunjukkan bahwa prevalensi dan akurasi diagnosis keperawatan memiliki dampak tidak langsung pada pengambilan keputusan proses dan dokumentasi perawat (Banning, 2006). Selain dampak tidak langsung pada klien, diagnosis keperawatan diketahui dapat mempengaruhi angka mortalitas dan morbiditas serta biaya perawatan selama di rumah sakit sehingga dalam penegakannya harus tepat agar tidak merugikan pihak lain terutama klien (Company-Sancho, Estupinán-Ramírez, Sánchez-Janáriz, & Trisancho-Ajamil, 2017).

Penegakan diagnosis keperawatan membutuhkan standar yang dapat digunakan sebagai dasar pengambilan keputusan, termasuk standar bahasa klinis yang telah dibakukan agar tindakan yang diberikan kepada klien dapat dibandingkan dan dinilai dalam hal efektivitas intervensi yang diberikan (Company-Sancho, Estupinán-Ramírez, Sánchez-Janáriz, & Trisancho-Ajamil, 2017). Meskipun telah terdapat beberapa standar diagnosis keperawatan yang telah diakui secara internasional, namun karena standar-standar tersebut tidak disusun atau dikembangkan dengan memperhatikan aspek budaya dan ciri khas pelayanan keperawatan Indonesia, maka standar-standar tersebut dinilai kurang tepat untuk diterapkan di Indonesia (PPNI, 2017). Oleh karena itu PPNI (Persatuan Perawat Indonesia) menyusun SDKI (Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia) sebagai acuan perawat Indonesia untuk menegakkan diagnosis keperawatan.

Tujuan penyusunan SDKI adalah untuk menjadi acuan atau dasar dalam menegakkan diagnosis keperawatan, meningkatkan otonomi perawat, memudahkan

komunikasi intraprofesional, dan meningkatkan kualitas asuhan keperawatan, serta mengukur beban kerja atau reward perawat (PPNI, 2016). SDKI disusun berlandaskan beberapa landasan hukum diantaranya Undang-Undang No.38 Tahun 2014 tentang Keperawatan, Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 tentang Tenaga Kesehatan, Undang-Undang No.4 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit, Peraturan Presiden No. 12 Tahun 2013 Tentang Jaminan Kesehatan, dan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. HK.02.02/MENKES/148/I/2010/tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Perawat (PPNI, 2017).

Meskipun sistem keperawatan Indonesia telah memiliki SDKI, namun berdasarkan hasil wawancara dengan mahasiswa profesi di beberapa rumah sakit sampai saat ini belum ada instansi pelayanan kesehatan yang menggunakan SDKI. Instansi kesehatan lebih memilih menggunakan standar Internasional seperti NANDA yang telah dibakukan sebagai acuan penegakkan diagnosis keperawatan (Company-Sancho, Estupinán-Ramírez, Sánchez-Janáriz, & Tristancho-Ajamil, 2017). Selain NANDA, beberapa acuan penegakan diagnosis/ terminologi keperawatan internasional yang dipakai di berbagai negara diantaranya *Clinical Care Classificatin (CCC)*, *Systemized Nomenclature of Medicine Clinical Terms (SNOMED CT)*, *Home Health Care Classification (HHCC)*, *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*, *Nursing Diagnostic System of The Centre for Nursing and Development and Research (ZEFP)*, dan *Omaha System* (Hardiker, Kim, Coenen, & Jansen, 2011). Pendekatan yang sistemik menggunakan acuan penegakan diagnosis keperawatan tersebut dapat memfasilitasi pemberian asuhan keperawatan yang berkualitas, dan klarifikasi kontribusi peran perawat pada pemberian asuhan keperawatan (Allen, 2010).

Tidak digunakannya SDKI di Indonesia khususnya oleh instansi kesehatan menyebabkan tujuan disusunnya SDKI tidak tercapai secara utuh. Keseragaman terminologi yang diharapkan dalam menegakkan diagnosis dan menggambarkan ruang lingkup masalah kesehatan klien juga tidak tercapai. Oleh karena itu peneliti ingin mengetahui gambaran diagnosis keperawatan menggunakan SDKI di ruang ICU RSD dr. Soebandi sehingga peneliti dapat mengetahui gambaran diagnosis

keperawatan dari acuan penegakkan diagnosis tersebut dikarenakan penting untuk menjaga akurasi dan kekonsistenan dalam menjelaskan perawatan klien menggunakan standar terminologi keperawatan (Kim, Coenen, & Hardiker, 2012).

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latarbelakang diatas maka dapat dirumuskan masalah dalam penelitian ini adalah bagaimana gambaran diagnosis keperawatan menurut SDKI di ruang ICU RSD dr. Soebandi Jember?

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan umum penelitian ini adalah untuk mengetahui gambaran diagnosis keperawatan menurut SDKI pada klien di ruang ICU RSD dr. Soebandi Jember.

1.3.2 Tujuan Khusus

Tujuan khusus dari penelitian ini adalah:

1. Mengidentifikasi karakteristik klien di ruang ICU berdasarkan jenis kelamin, usia, kasus, dan penggunaan ventilator.
2. Mengidentifikasi gambaran persentase diagnosis keperawatan menurut SDKI pada klien di ruang ICU.
3. Mengidentifikasi gambaran diagnosis keperawatan menurut SDKI pada klien di ruang ICU berdasarkan kategori dan subkategori pada SDKI.
4. Mengidentifikasi gambaran diagnosis keperawatan menurut SDKI pada klien di ruang ICU berdasarkan diagnosis positif atau negatif.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat bagi Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian yang pertama kali dilakukan mengenai SDKI sehingga diharapkan dapat memberi motivasi dan menjadi sumber data pada penelitian selanjutnya.

1.4.2 Manfaat bagi Pendidikan

Manfaat bagi pendidikan yang diharapkan adalah hasil penelitian yang diperoleh dapat menambah wawasan dan memperkaya pengetahuan baru mengenai diagnosis keperawatan menurut SDKI serta pengembangan ilmu keperawatan.

1.4.3 Manfaat bagi Keperawatan

Manfaat SDKI bagi keperawatan adalah sebagai dasar dalam penegakan diagnosis keperawatan pada klien. Hasil penelitian diharapkan dapat bermanfaat dalam pengembangan SDKI.

1.4.4 Manfaat bagi Rumah Sakit

Dapat memberikan informasi tentang gambaran diagnosis keperawatan menggunakan SDKI pada klien di ruang ICU.

1.5 Keaslian Penelitian

Penelitian yang digunakan sebagai acuan dalam penelitian ini adalah penelitian yang menganalisis tentang diagnosis keperawatan di ruang ICU. Adapun penelitian sebelumnya menganalisis tentang diagnosis keperawatan klien di ruang ICU melalui *cross-mapping* catatan keperawatan berdasarkan taksonomi NANDA-I sedangkan penelitian yang peneliti angkat berdasarkan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI). Berikut adalah perbedaan antara penelitian sebelumnya dengan penelitian sekarang.

Tabel 1.0.1 Keaslian Penelitian

Variabel	Penelitian Sebelumnya	Penelitian Sekarang
Judul	Nursing diagnoses in intensive care: cross-mapping and NANDA-I taxonomy	Gambaran Diagnosis Keperawatan menurut SDKI (Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia) di Ruang ICU (<i>Intensive Care Unit</i>) RSD dr. Soebandi Jember
Tempat Penelitian	Ruang ICU (<i>Intensive Care Unit</i>) rumah sakit umum diperbatasan barat negara Rio Grande do Sul, Brazil	Ruang ICU (<i>Intensive Care Unit</i>) RSD dr. Soebandi Jember
Tahun Penelitian	2015	2018
Sampel Penelitian	Rekam medis klien di ruang ICU (<i>Intensive Care Unit</i>) di dirumah sakit dari bulan Oktober 2011-April 2012	Klien di ruang ICU (<i>Intensive Care Unit</i>) RSD dr. Soebandi Jember
Variabel Penelitian	Diagnosis keperawatan	Diagnosis keperawatan
Peneliti	Martegani Ferreira; Elisiane do Nascimento da Rocha; Camila Takáo Lopes; Márcia Bachion; Juliana de Lima Lopes; Alba Lúcia Bottura Leite de Barros	Risa Syahbana Badar
Desain Penelitian	<i>Exploratory descriptive study</i>	Survei Deskriptif
Teknik Sampling	<i>The non-probabilistic intentional sample</i>	<i>Consecutive sampling</i>

BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Proses Keperawatan

2.1.1 Definisi

Proses keperawatan adalah rangkaian metode pemecahan masalah keperawatan meliputi pengkajian, analisa, perencanaan, implementasi dan evaluasi (Potter, Perry, Stockert, & M Hall, 2017). Menurut Allen (2010) proses keperawatan merupakan sebuah metode sistematis untuk memecahkan masalah keperawatan klien yang terdiri dari lima fase, yaitu pengkajian, diagnosis, intervensi, implementasi dan evaluasi. Walaupun teoritikus keperawatan menggunakan istilah berbeda dalam menjelaskan fase proses keperawatan, namun aktivitas proses keperawatan tersebut sama. Misalnya, penegakan diagnosis dapat juga disebut analisis data dan implementasi disebut intervensi atau tindakan (Kozier, Erb, Berman, & J.Snyder, 2010). Proses keperawatan memiliki empat sifat utama yaitu dinamis, siklus, saling ketergantungan dan fleksibel. Dinamis artinya proses keperawatan selalu berubah sesuai kebutuhan klien. Siklus artinya proses keperawatan berjalan sesuai tahapan yang terdiri dari lima langkah tersebut. Saling ketergantungan artinya setiap tahap saling memengaruhi dan saling tergantung satu sama lain. Dan terakhir adalah fleksibel, artinya urutan proses keperawatan dapat berubah sewaktu-waktu disesuaikan dengan kebutuhan dan kondisi klien (Potter, Perry, Stockert, & M Hall, 2017).

2.1.2 Langkah-langkah Proses Keperawatan

Langkah diagnosis keperawatan mencakup mengumpulkan data pengkajian dan merumuskan pernyataan diagnosis yang mengidentifikasi masalah kesehatan klien. Keakuratan diagnosis keperawatan dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu kelengkapan pengumpulan, analisa, pengelompokan, dan validasi data (Potter &

Perry, 2005). Berikut adalah langkah-langkah proses keperawatan menurut Koziar, Erb, Berman & J. Synder (2010):

a. Pengkajian

Pengkajian adalah pengumpulan, pengaturan, validasi dan dokumentasi data yang sistematis dan berkesinambungan. Ada empat macam proses pengkajian yaitu pengkajian awal, pengkajian berfokus pada masalah, pengkajian kedaruratan dan pengkajian kembali. Pengkajian keperawatan harus berfokus pada respon klien terhadap masalah keperawatan klien yang mencakup persepsi kebutuhan klien, masalah kesehatan, pengalaman terkait, pengalaman, nilai, praktik kesehatan, dan gaya hidup (Koziar, Erb, Berman, & J.Snyder, 2010).

b. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan adalah pernyataan masalah klien, yang terdiri atas judul diagnosis dan etiologi (hubungan kausal antara masalah dan faktor yang berhubungan atau faktor risiko) (Koziar, Erb, Berman, & J.Snyder, 2010). Definisi lain dari diagnosis keperawatan adalah penilaian klinis tentang respon manusia terhadap gangguan kesehatan/proses kehidupan, atau kerentanan terhadap respon tersebut dari seorang individu, keluarga, kelompok atau komunitas (NANDA-I, 2018).

c. Perencanaan

Perencanaan adalah sebuah fase proses keperawatann yang sistemis dan membutuhkan pertimbangan mencakup pembuatan keputusan dan pemecahan masalah. Perencanaan memiliki tiga tipe yaitu perencanaan awal, perencanaan berkesinambungan dan perencanaan pulang. Perencanaan awal dilakukan segera mungkin setelah pengkajian awal pada klien. Sementara perencanaan berkesinambungan dilakukan oleh semua perawat yang merawat klien dan mengikuti perkembangan klien. Dan yang terakhir adalah perencanaan pulang, merupakan proses antisipasi pada klien setelah pulang (Koziar, Erb, Berman, & J.Snyder, 2010).

d. Implementasi

Implementasi adalah fase saat perawat mengimplementasikan/menerapkan intervensi keperawatan yang telah direncanakan sebelumnya. Saat

mengimplementasikan program keperawatan, perawat terus mengkaji kondisi klien setiap bertatap muka, dengan mengumpulkan data respon klien selama tindakan makan akan timbul kemungkinan masalah baru. Proses implementasi mencakup pengkajian kembali, penentuan kebutuhan bantuan perawat, implementasi intervensi keperawatan, supervisi terhadap asuhan keperawatan yang di didelegasikan dan mendokumentasikan proses asuhan keperawatan (Kozier, Erb, Berman, & J.Snyder, 2010).

e. Evaluasi

Evaluasi adalah fase terakhir dalam proses keperawatan berupa penentuan kondisi kemajuan klien dan keefektifan rencana asuhan keperawatan. Evaluasi dilaksanakan secara kontinue setelah proses implementasi agar segera dapat dilakukan modifikasi intervensi sesuai kondisi klien. Evaluasi merupakan salah satu aspek penting dalam asuhan keperawatan (Kozier, Erb, Berman, & J.Snyder, 2010)

2.2 Konsep Diagnosis Keperawatan menurut SDKI

Diagnosis keperawatan adalah pernyataan yang menggambarkan respon aktual atau potensial klien terhadap masalah kesehatan yang ditangani oleh perawat (Potter & Perry, 2005). Alasan perumusan diagnosis keperawatan adalah untuk mengidentifikasi masalah kesehatan pada klien dan melibatkan keluarga serta untuk menentukan arah atau rencana asuhan keperawatan selanjutnya (Potter & Perry, 2005).

2.2.1 Filosofis

Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) adalah tolok ukur atau acuan yang digunakan sebagai pedoman dasar penegakan diagnosis keperawatan dalam rangka memberikan asuhan keperawatan yang aman, efektif dan etis (PPNI, 2017). SDKI diterbitkan oleh PPNI pada tanggal 29 Desember 2016 (Gusti, 2016). Latar belakang penyusunan SDKI adalah masih belum tersedia standar diagnosis keperawatan yang mempertimbangkan nilai budaya dan ciri khas masyarakat

Indonesia (PPNI, 2017). Bahwa budaya klien mempengaruhi masalah kesehatan pada masyarakat dan nilai budaya mempengaruhi perawat dalam memilih indikator penegakan diagnosis keperawatan (Potter, Perry, Stockert, & M Hall, 2017). Walaupun demikian, standar-standar yang telah ada tersebut menjadi rujukan dan masukan dalam penyusunan Standar Diagnosis Keperawatan yang lebih sesuai dengan budaya dan ciri khas pelayanan keperawatan di Indonesia (PPNI, 2017).

2.2.2 Jenis-Jenis Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan dibagi menjadi dua jenis, yaitu diagnosis positif dan diagnosis negatif. Diagnosis positif artinya klien dalam kondisi sehat dan dapat mencapai kondisi sehat yang lebih optimal, diagnosis ini disebut juga diagnosis promosi kesehatan. Sedangkan diagnosis negatif artinya klien dalam kondisi sakit atau berisiko mengalami sakit sehingga dalam menegakkan diagnosis tersebut akan dilanjutkan dengan intervensi keperawatan yang bersifat penyembuhan, pemulihan dan pencegahan pada tahap selanjutnya (PPNI, 2017). Diagnosis negatif memiliki dua jenis yaitu diagnosis aktual dan diagnosis risiko (PPNI, 2017). Jenis-jenis diagnosis tersebut dapat diuraikan sebagai berikut (Carpenito-Moyet, 2008):

a. Diagnosis Aktual

Diagnosis aktual menggambarkan masalah kesehatan klien yang dapat diketahui melalui tanda atau gejala mayor dan minor yang dapat diamati atau validasi.

b. Diagnosis Risiko

Diagnosis risiko menggambarkan respon klien terhadap faktor-faktor yang dapat menyebabkan klien berisiko mengalami masalah kesehatan. Tanda atau gejala mayor dan minor pada klien tidak tampak, namun klien tetap memiliki faktor risiko mengalami masalah kesehatan.

c. Diagnosis Promosi Kesehatan atau *Wellness*

Diagnosis promosi kesehatan atau *wellness* menggambarkan adanya keinginan dan motivasi klien untuk meningkatkan kondisi kesehatan pada tingkat optimal. Diagnosis promosi kesehatan merupakan bagian pernyataan sebuah diagnosis yang tidak memiliki faktor berhubungan. Sebuah diagnosis tersebut dapat divalidasi jika memenuhi dua syarat yaitu klien memiliki keinginan untuk

meningkatkan kesejahteraan, dan klien saat ini memiliki peran aktif untuk mencapai kesejahteraan yang ingin dicapai.

2.2.3 Komponen Diagnosis Keperawatan

Diagnosis Keperawatan dalam SDKI memiliki dua komponen utama yaitu masalah (*problem*) atau Label Diagnosis dan Indikator Diagnostik (PPNI, 2017). Berikut adalah uraian dari masing-masing komponen diagnosis keperawatan tersebut:

1. Masalah (*Problem*)

Masalah atau label diagnosis keperawatan menggambarkan inti respon dan masalah kesehatan klien terhadap kondisi kesehatan atau proses kehidupan dan faktor yang berhubungan (Cooper & Gosnell, 2015). Masalah atau label diagnosis terdiri atas dua komponen yaitu deskriptor atau penjas dan fokus diagnostik (PPNI, 2017). Berikut adalah tabel uraiannya:

Tabel 2.2 Contoh deskriptor dan fokus diagnostik pada diagnosis keperawatan

No	Deskriptor	Fokus Diagnostik
1	Tidak efektif	Bersihan jalan nafas
2	Gangguan	Ventilasi Spontan
3	Penurunan	Kapasitas adaptif intrakranial
4	Intoleransi	Aktivitas
5	Defisit	Perawatan diri

Sumber: PPNI (2017)

Deskriptor adalah pernyataan yang menjelaskan bagaimana suatu fokus diagnosis terjadi. Berikut adalah definisi dari deskriptor pada diagnosis keperawatan (PPNI, 2017).

Tabel 2.1 Deskriptor dan definisi deskriptor pada diagnosis keperawatan

No	Deskriptor	Definisi
1	Tidak efektif	Tidak menghasilkan efek maksimal
2	Gangguan	Mengalami kerusakan, kelemahan, dan hambatan
3	Penurunan	Berkurang baik dalam ukuran, jumlah maupun derajat
4	Defisit	Tidak terpenuhinya jumlah, kualitas atau derajat; tidak adekuat
5	Rendah	Berada dibawah nilai normal atau yang diperlukan
6	Kesiapan	Menjadi lebih baik, meningkatkan kualitas, untuk mencapai keinginan/harapan
7	Disorganisasi	Ketidaksesuaian dengan pengaturan sistemis
8	Keseimbangan	Dalam keadaan seimbang atau normal

Sumber: Cooper & Gosnell (2015)

2. Indikator Diagnostik

Indikator diagnostik terdiri dari tiga komponen utama yaitu penyebab, tanda/gejala, dan faktor risiko dengan uraian materi sebagai berikut (PPNI, 2017):

a. Penyebab (Etiologi)

Etiologi merupakan faktor-faktor yang dapat mempengaruhi perubahan status kesehatan klien. Etiologi mencakup empat kategori, yaitu: a) fisiologis, biologis, atau psikologis; b) efek terapi/tindakan; c) situasional (lingkungan atau personal), dan d) maturasional (PPNI, 2017).

b. Tanda (*Sign*) dan Gejala (*Symptom*)

Tanda merupakan data objektif yang diperoleh dari hasil pemeriksaan fisik, pemeriksaan laboratorium, dan prosedur diagnostik sedangkan gejala adalah data subjektif yang diperoleh dari hasil pengkajian dan anamnesis (PPNI, 2017).

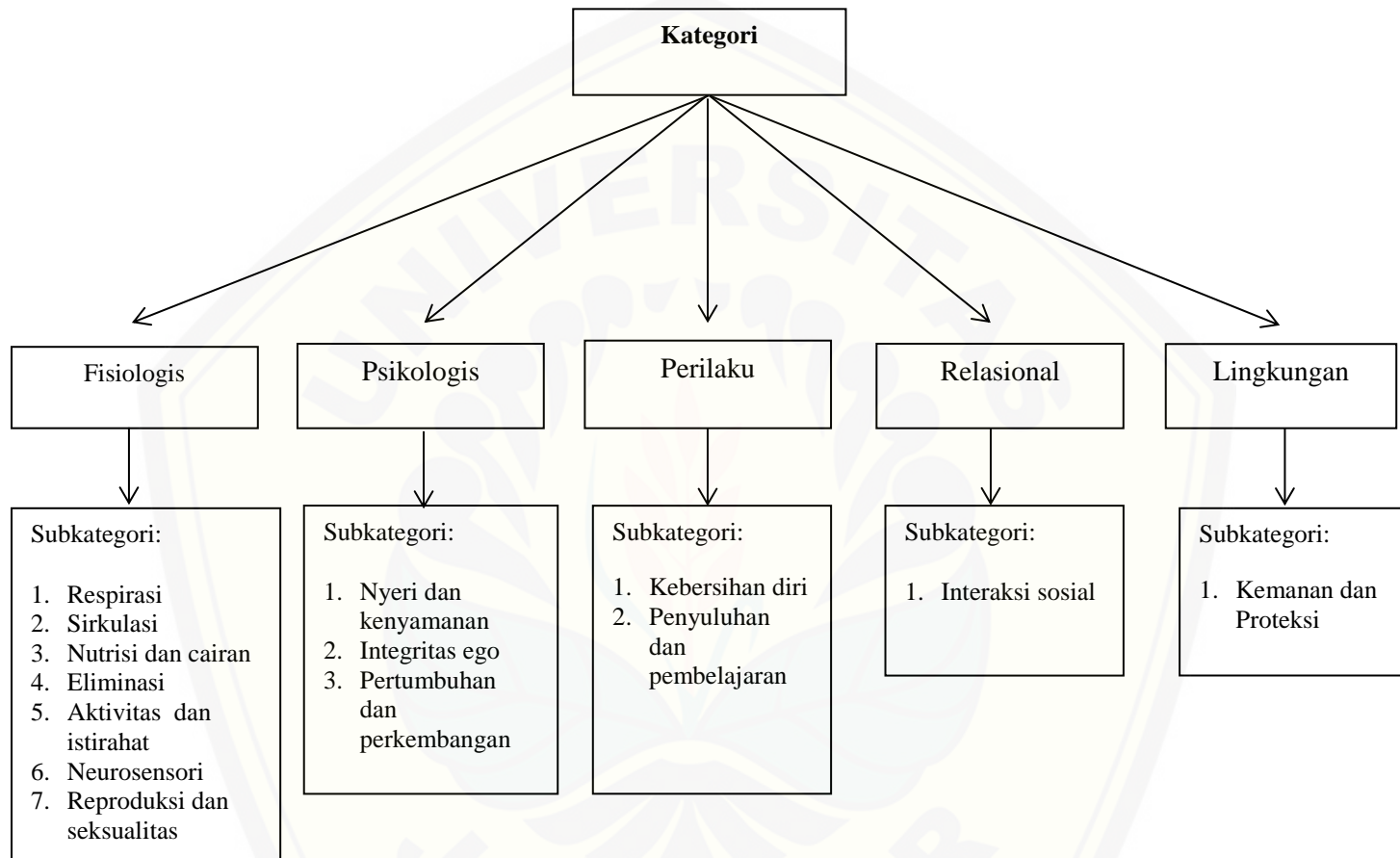
SDKI mengelompokkan tanda/gejala menjadi dua kategori yaitu:

- 1) Mayor: Tanda/gejala yang ditemukan dalam rentang 80-100% untuk validasi penegakan diagnosis

- 2) Minor: Tanda/gejala tidak harus ditemukan, namun jika ditemukan dapat digunakan sebagai pendukung tanda/gejala mayor dalam penegakan diagnosis.

4.3 Kategori dalam SDKI

Kategori diagnosis keperawatan dalam SDKI mengacu pada ICNP (*International Nurses Council of Nurses Council International Classification for Nursing Practic*). ICNP membagi diagnosis keperawatan menjadi lima kategori, yaitu Fisiologis, Psikologis, Perilaku, Relasional dan Lingkungan (PPNI, 2017). Masing-masing kategori pada diagnosis keperawatan SDKI memiliki subkategori dengan jumlah total 14 subkategori. Diagnosis-diagnosis keperawatan yang berada dalam satu subkategori disusun secara alfabetis dengan jumlah total diagnosis dalam SDKI sebanyak 149 diagnosis (PPNI, 2017). Berikut adalah bagan kategori dan subkategori pada SDKI:



Gambar 2.1 Kategori dalam SDKI (PPNI, 2017)

4.4 Konsep Proses Pengkajian

Pengkajian merupakan komponen kunci karena sebagai pondasi proses keperawatan. Pengkajian yang mendalam memungkinkan perawat untuk mendeteksi secara cepat, melakukan intervensi dini dan memberikan asuhan keperawatan. Terdapat bermacam-macam pola atau pendekatan pengkajian, beberapa diantaranya adalah pola pengkajian Gordon, pendekatan dari kepala sampai kaki (*head to toe*) dan pendekatan sistem tubuh. Pengkajian menghasilkan data dasar berupa riwayat keperawatan, pengkajian fisik dan hasil pengkajian dari sumber lain. Beberapa hal yang harus dikaji secara umum adalah (Bickley & Szilagy, 2009):

a. Riwayat klien

Pengkajian riwayat klien pada klien kritis sangat penting untuk memenuhi kebutuhan klien.

b. Keluhan utama

Keluhan utama merupakan persepsi klien terhadap penyakit. Pengkajian keluhan utama dapat diperoleh dari seseorang yang dapat dipercaya selain klien.

c. Identifikasi informasi

Berisi tentang identitas klien secara lengkap termasuk pekerjaan, identifikasi nomor (semacam asuransi kesehatan) dan diagnosis medis.

d. Riwayat penyakit sekarang

Pengkajian penyakit sekarang beberapa hal yang dikaji adalah perjalanan penyakit sekarang, gambaran kedaan dan faktor yang berhubungan.

e. Riwayat Kesehatan Lalu

Hal yang perlu dikaji pada bagian riwayat kesehatan lalu adalah penyakit pada masa kanak-kanak, imunisasi, perawatan dirumah sakit terakhir, prosedur pembedahan terakhir, alergi, dan riwayat pengobatan.

f. Riwayat keluarga

Hal yang perlu dikaji pada bagian riwayat keluarga adalah kecenderungan keluarga (penyakit yang pernah dialami anggota keluarga seperti hipertensi,

penyakit jantung, kanker), penyakit dari lingkungan (tuberkulosis), dan gangguan keturunan (anemia sel sabit, chorea, Huntington's, dan diabetes).

g. Pola hidup

Hal yang perlu dikaji pada bagian pola hidup adalah diet, pola eliminasi, rekreasi, tidur, latihan, penggunaan alkohol, tembakau, obat-obatan dan pola seksual.

2.4.1 Teknik Pengkajian Fisik

Teknik inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi merupakan empat teknik yang digunakan untuk mengumpulkan data objektif pada klien. Kondisi klien akan menentukan proses pengkajian yang diperlukan untuk kepentingan perawatan dan pencegahan kondisi semakin buruk (Bickley & Szilagyi, 2009):

a. Inspeksi

Inspeksi merupakan proses observasi pada klien. Tujuan inspeksi adalah untuk mendeteksi kondisi tubuh berdasarkan tanda fisik klien (Potter & Perry, 2005). Inspeksi dilakukan menggunakan indera penglihatan, pendengaran dan penciuman. Melakukan inspeksi secara efektif, perlu dilakukan beberapa hal berikut:

- 1) Pencahayaan yang baik
- 2) Posisikan tubuh klien sesuai dengan kebutuhan inspeksi
- 3) Inspeksi setiap area dari segi ukuran, warna, bentuk, posisi, kesimetrisan, dan abnormalitas
- 4) Bandingkan bagian tubuh yang diinspeksi dengan bagian tubuh yang sama disisi tubuh yang berlawanan
- 5) Gunakan alat bantu seperti senter saat menginspeksi rongga tubuh
- 6) Teliti dan jangan terburu-buru

b. Palpasi

Palpasi dilakukan menggunakan indera peraba dengan cara meletakkan tangan pada bagian tubuh yang akan di kaji. Tujuan umum palpasi untuk mendeteksi suhu, kelembaban, tekstur, vibrasi, gerakan, edema, pertumbuhan

massa, sensi dan krepitasi. Klien harus dalam kondisi rileks dan nyaman karena ketegangan otot selama palpasi dapat menyebabkan hasil hasil pengkajian tidak efektif (Potter & Perry, 2005).

Tabel 2.3 Perbedaan area pada tangan yang digunakan dalam palpasi

Pembedaan Rasa	Bagian Sensitif dari Tangan
Pembedaan ketajaman taktil	Ujung jari
Tekstur kulit	Perbedaan umum: ujung jari Pembedaan ketajaman: punggung tangan jari
Posisi, konsistensi, dan bentuk struktur massa	Penggunaan genggam jari
Vibrasi	Aspek telapak tangan sendi metakarpopalangeal (bantalan tangan) Alternatif: sisi ulnar tangan
Suhu	Dorsal tangan atau jari (punggung tangan)

Sumber: Talbot & Meyers-Marquadt (1997)

Metode palpasi ada beberapa macam yaitu palpasi ringan, palpasi dalam, pengkajian nyeri lepas, *ballottement* dan gelombang cairan (Talbot & Meyers-Marquadt (1997); Potter & Perry (2005)).

c. Perkusi

Perkusi adalah teknik pengkajian yang dapat menghasilkan bunyi dengan mengetuk bagian tubuh tertentu menggunakan tangan (Yasmin & Effendy, 2003). Perkusi berfungsi untuk membantu dalam penentuan lokasi, densitas, ukuran dan posisi struktur yang ada dibawahnya. Teknik perkusi yang sering digunakan adalah perkusi langsung, perkusi tidak langsung dan perkusi kepalan tangan (Talbot & Meyers-Marquadt (1997); Potter & Perry (2005)).

Tabel 2.4 Bunyi yang dihasilkan oleh perkusi

Bunyi	Intensitas	Nada	Durasi	Kualitas	Lokasi Umum
Timpani	Keras	Tinggi	Sedang	Seperti drum	Ruang tertutup berisi udara, gelembung udara dalam lambung, pipi yang dikembungkan
Resonansi	Sedang sampai keras	Rendah	Lama	Bergema	Paru normal
Hiperesonansi	Sangat keras	Sangat rendah	Lebih lama dari resonansi	Nyaring	Paru enfisema
Pekak	Lembut sampai sedang	Tinggi	Sedang	Seperti bergedebuk	Hati
Flatness	Lunak	Tinggi	Singkat	Datar	Otot

Sumber: Potter & Perry (2005)

d. Auskultasi

Auskultasi adalah tindakan mendengarkan bunyi dari berbagai organ dan jaringan dalam tubuh baik secara langsung atau menggunakan alat bantu. Auskultasi langsung dilakukan dengan menekankan telinga pada permukaan tubuh dimana bunyi organ dapat didengar. Auskultasi tidak langsung/perantara adalah auskultasi dengan menggunakan alat bantu berupa stetoskop (Bickley & Szilagyi, 2009).

2.4.2 Pengkajian Fisik

Konsep pengkajian fisik menurut Bickley dan Szilagyi (2009) adalah sebagai berikut:

a. Pengkajian umum, tanda-tanda vital, dan nyeri

Pengkajian umum dimulai ketika pertemuan pertama dengan klien. Pengkajian umum dapat berupa keadaan kesehatan, tingkah laku, ekspresi wajah, postur, gaya berjalan dan data tinggi dan berat badan. Setelah pengkajian umum, pemeriksaan tanda-tanda vital perlu segera dilakukan. Tanda-tanda vital terdiri dari tekanan darah, detak jantung, pernapasan, suhu dan nyeri. Beberapa gejala umum yang berkaitan adalah perubahan berat badan; kelelahan dan kelemahan; demam, panas dingin dan keringat malam; dan nyeri. Perubahan berat badan dapat diakibatkan oleh perubahan jaringan atau cairan tubuh. Penurunan berat badan merupakan salah satu gejala penting yang disebabkan oleh banyak penyebab seperti penurunan masukan makanan karena anorexia, dysphagia, muntah, gangguan penyerapan makanan oleh tubuh dan peningkatan metabolisme (Bickley & Szilagyi, 2009).

Setelah pengkajian umum dan gejala yang sering muncul pada klien, proses selanjutnya adalah pengkajian tanda-tanda vital yang terdiri dari tekanan darah, detak jantung, pernapasan, suhu dan nyeri, berikut adalah pengkajian tanda-tanda vital menurut Bickley & Szilagyi (2009):

1) Tekanan darah

Tabel 2.5 Klasifikasi rentang tekanan darah berdasarkan *Joint National Committee*

Kategori	Sistolik (mmHg)	Diastolik (mmHg)
Normal	< 120	<80
Prehipertensi	120-139	80-89
Hipertensi		
Tipe 1	140-159	90-99
Tipe 2	≥160	≥ 100

Catatan: target tekanan darah pada klien hipertensi, diabetes, atau penyakit ginjal adalah 130/80

Sumber: (Bickley & Szilagyi, 2009)

2) Detak jantung

Nadi radial merupakan bagian tubuh yang sering digunakan untuk menilai detak jantung. Apabila irama jantung teratur, hitung jumlah detak jantung selama 30 detik kemudian kalikan dua. Jika irama jantung tidak teratur, hitung selama 60 detik. Rentang normal detak jantung adalah 50-90 kali per menit.

3) Pernapasan

Pengkajian pernapasan terdiri dari laju, irama, kedalaman, dan usaha dalam bernafas. Rentang normal pernapasan pada usia dewasa adalah 20 kali per menit. Pernapasan dapat dihitung dengan pengamatan visual atau menggunakan stetoskop.

4) Suhu

Pengkajian suhu dapat dilakukan pada bagian oral, rectal, axilla dan membran timpani. Nilai rata-rata suhu oral adalah 37°C dan bersifat sangat fluktuatif. Suhu rectal lebih tinggi dari suhu oral dengan rentang perbedaan 0,4-0,5°C. Suhu axilla lebih rendah dari suhu oral dengan beda sekitar 1 °C dan membutuhkan waktu pengukuran sekitar lima hingga sepuluh menit serta hasil pengukuran yang kurang akurat dibanding pengukuran dibagian tubuh lain.

5) Nyeri

Nyeri adalah pengalaman sensori dan emosi yang tidak menyenangkan berhubungan dengan kerusakan jaringan aktual atau potensial (Gulabivala & Ng, 2014) Nyeri dibagi menjadi dua yaitu, nyeri akut dan nyeri kronis. Nyeri kronis dapat disebabkan oleh kanker dan nonkanker atau kondisi medis lain yang berlangsung lebih dari tiga sampai enam bulan dan nyeri berulang pada interval bulan atau tahun. Jenis nyeri yang lain adalah nociceptive atau nyeri somatik, nyeri neuropati dan nyeri psikogenik atau idiopatik. Pengkajian nyeri harus memuat unsur-unsur berikut yaitu provokator atau penyebab, kualitas atau kuantitas, *regio*, skala dan *timing* (PQRST) (Bickley & Szilagy, 2009).

1) Provokatif atau penyebab

Tanyakan kepada klien untuk mendeskripsikan nyeri, bagaimana nyeri tersebut muncul, penyebab nyeri bertambah sakit.

2) Kualitas atau kuantitas

Tanyakan kepada klien bagaimana rasa nyeri (nyeri seperti ditusuk-tusuk, ditekan, diris-iris dan lain sebagainya), dan seberapa sering nyeri terjadi.

3) *Regio*

Tanyakan dimana lokasi nyeri dan apakah nyeri tersebut menyebar ke bagian tubuh lain.

4) Skala

Pengkajian skala nyeri dapat dibagi menjadi dua yaitu pada klien sadar dan tidak sadar. Tiga skala yang sering digunakan untuk mengukur nyeri pada klien sadar adalah *Visual Analog Scale*, *the Numeric Rating Scale* dan *the Faces Pain Scale*.

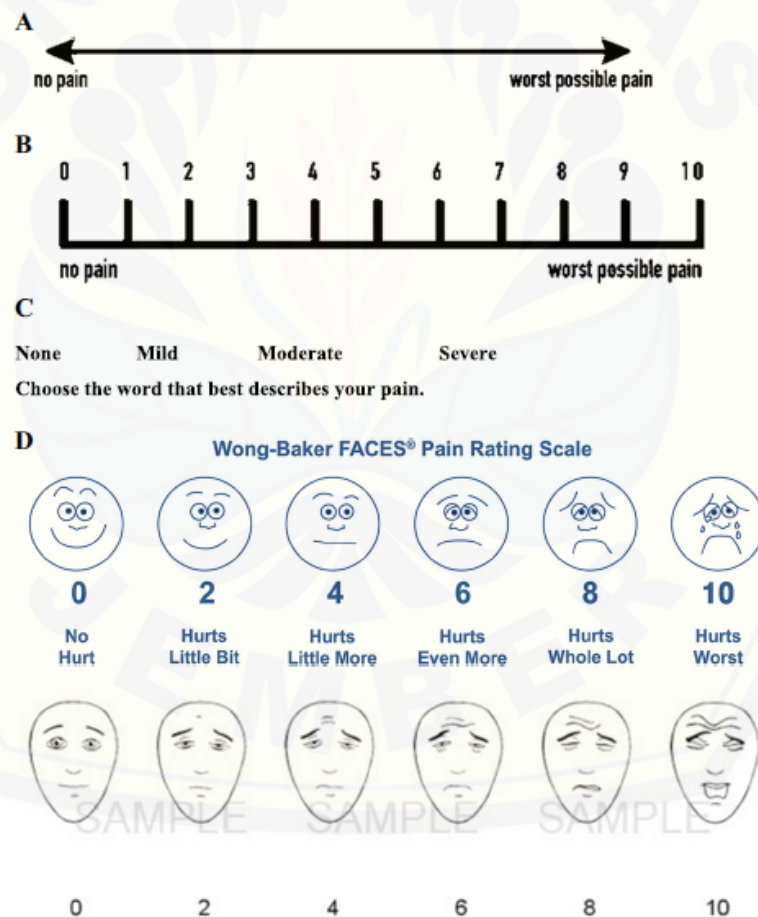


Fig. 1. A. Visual Analog Scale (VAS). B. The Numerical Rating Scale (NRS) C. Verbal Rating Scale (VRS) or Verbal Descriptor Scale (VDS). D. FACES Pain Rating Scale.

Gambar 2.2 Alat ukur skala nyeri (Karcioglu, Topacoglu, Dikme, & Dikme, 2018)

Pengkajian nyeri pada klien tidak sadar dapat menggunakan BPS (*Behavioral Pain Scale*) dan CPOT (*Critical-Care Pain Observation Tool*). BPS dan CPOT merupakan alat ukur nyeri pada klien yang berada dibawah pengaruh obat sedasi dan kondisi kritis. BPS digunakan untuk mengkaji nyeri pada klien yang terpasang ventilator mekanik dengan skor tingkat nyeri dinilai dari penjumlahan tiga item yaitu ekspresi wajah, pergerakan dari tungkai bagian atas, dan penyesuaian dengan ventilator. CPOT digunakan untuk mengkaji nyeri pada klien dengan kondisi kritis baik yang diintubasi atau tidak diintubasi. Skor CPOT diperoleh dari penjumlahan empat item yaitu ekspresi wajah, pergerakan badan, ketegangan otot, dan penyesuaian terhadap ventilator (klien intubasi atau terpasang ETT) atau vokal (klien ekstubasi tidak terpasang ETT) (Rijkenberg, Stilma, J.Bosman, Meer, & H.J.van der Voort, 2017).

5) *Timing*

Tanyakan kapan nyeri dirasakan, muncul secara mendadak atau bertahap dan lain sebagainya.

b. Perilaku dan status mental

Penampilan dan perilaku; pemikiran dan persepsi; dan fungsi kognitif merupakan poin pokok pada pengkajian perilaku dan status mental. Beberapa hal yang harus dikaji pada klien berkaitan dengan penampilan dan perilaku adalah tingkat kesadaran, postur dan gerakan, pakaian, kebersihan diri, ekspresi wajah, hubungan dengan orang lain maupun benda.

Pada pemikiran dan persepsi klien yang harus dikaji adalah menilai logika, relevansi, organisasi dan koherensi dari proses pemikiran klien yang terungkap dalam kata-kata atau ucapan klien. Orientasi, perhatian, kondisi ingatan atau memori, dan kemampuan untuk belajar hal baru merupakan aspek fungsi kognitif yang harus dikaji pada klien.

c. Kulit, Rambut dan Kuku

- 1) Kulit : kaji dengan cara inspeksi dan palpasi warna, kelembapan, suhu, turgor, lesi

- 2) Rambut : kaji dengan cara inspeksi dan palpasi kuantitas, distribusi dan tekstur
- 3) Kuku : kaji dengan cara inspeksi dan palpasi warna, bentuk, dan lesi

d. Kepala dan Leher

1) Kepala

Rambut dan kulit kepala: kaji kuantiti, distribusi, tekstur, pola kehilangan rambut dan ketombe (apabila ada)

Kranial: ukuran dan kontur. Kaji adanya deformitas, tekanan, gumpalan, atau kelembutan.

Wajah: Kaji ekspresi dan kontur wajah klien. Amati asimetri, gerakan tidak sadar, edema, dan massa.

Kulit: Kaji warna, pigmentasi, tekstur, ketebalan, distribusi rambut, dan lesi

2) Mata

Kaji kemampuan melihat, masalah penglihatan dan kondisi fisik mata pada klien.

3) Telinga

Telinga dibagi menjadi tiga bagian utama yaitu telinga bagian luar, tengah dan dalam. Kaji adanya deformitas, gangguan anatomi dan fungsi telinga klien.

4) Hidung dan sinus paranasal

Kaji ketidaksimetrisan atau deformitas hidung, tes adanya sumbatan, inspeksi bagian dalam hidung menggunakan *otoscope*, observasi mukosa, septum dan ketidaknormalan lainnya. Perhatikan warna, pembengkakan, perdarahan, atau eksudat. Jika ada eksudat maka perhatikan warna, kejernihan, nanah atau cairan lain. Warna mukosa hidung lebih merah dari mukosa mulut.

5) Mulut dan faring

Bibir : kaji warna, kelembaban, gumpalan, ulserasi

Mukosa mulut : kaji warna, ulserasi, bercak putih, nodul

Gusi : kaji warna gusi, bercak coklat, pembengkakan

- Gigi : kaji jumlah, perubahan warna, posisi
- Atap mulut : kaji warna dan arsitektur/susunan
- Lidah : kaji warna dan tekstur lidah
- 6) Faring : kaji warna langit-langit yang lembut, pilar anterior dan posterior, uvula, tonsil, dan faring. Amati warna dan kesimetrisan, eksudat, bengkak, ulserasi, dan pembesaran tonsil.
- 7) Leher : kaji kelenjar getah bening, trakea dan kelenjar tiroid, arteri karotis dan vena jugularis
- e. Thorax dan paru-paru
- Tanda yang sering ditemui saat pengkajian thorax dan paru-paru adalah nyeri dada, dispnea, *wheezing*, batuk, dan hemoptysis. *Initial survey* pernapasan dan thorax
- 1) Sianosis
 - 2) Suara pernapasan
 - 3) Inspeksi leher (adanya kontraksi otot tambahan sternomastoid dan supravicular)
 - 4) Bentuk dada
- f. Sistem Kardiovaskuler
- Pengkajian sistem kardiovaskuler dapat dimulai dari pengukuran tekanan darah dan detak jantung. Beberapa pengkajian dasar sistem kardivaskuler adalah sebagai berikut:
- 1) Kaji anatomi dinding dada dan identifikasi bunyi pada area kunci pengkajian
 - 2) Kaji denyut vena jugularis, karotis, dan ada atau tidak bruit karotis
 - 3) Identifikasi dengan tepat dan jelaskan titik impuls maksimal
 - 4) Kaji dengan benar suara pertama dan kedua (S1 dan S2)
 - 5) Kenali suara jantung ke empat (S4) kemudian diastole
 - 6) Kaji adanya suara abnormal pada jantung
 - 7) Kaji pulsus paradoksis

- 8) Kaji pemeriksaan fisik jantung termasuk ritme, dan karakteristik bunyi jantung
- 9) Kaji suara murmur jantung

g. Payudara dan aksila

Pengkajian aksila atau ketiak dapat dilakukan dengan cara:

- a. Inspeksi : kaji adanya ruam, pigmentasi yang tidak biasa, dan infeksi
- b. Palpasi : kaji menggunakan tangan kiri untuk memeriksa aksila kanan. Jika *central nodes* terasa besar, keras, atau lunak atau jika ada lesi yang mencurigakan di area drainase untuk nodus aksila, maka kaji pada bagian kelenjar getah bening.

h. Abdomen

- 1) Inspeksi : kaji kontur, umbilikus, peristaltik yang terlihat, *scar*, *striae*, kesimetrisan, ruam, lesi,
- 2) Auskultasi : kaji suara bising usus, aorta, arteri iliaka, arteri femoral, dan hati serta limpa untuk mendengarkan adanya *friction rub*
- 3) Perkusi : untuk mengetahui banyak dan distribusi udara dalam perut, adanya massa atau cairan, memperkirakan ukuran hati dan limpa.
- 4) Palpasi : ada dua jenis palpasi yaitu ringan dan dalam. Palpasi ringan untuk mengetahui kelembutan perut, resistensi otot, dan beberapa organ yang dangkal dan adanya massa (berfungsi menenangkan klien). Palpasi dalam untuk mengkaji lokasi, ukuran, bentuk, konsistensi, *tenderness*, dan pulsasi,

i. Sistem Pembuluh Darah Perifer

Sistem darah perifer terdiri dari arteri, vena dan limfe pada bagian lengan dan kaki. Gejala umum yang sering terjadi adalah nyeri pada bagian lengan dan kaki; *intermittent claudication*; dingin, pucat, mati rasa, rambut rontok; perubahan warna diujung jari pada kondisi cuaca dingin; dan pembengkakan disertai kemerahan atau kelembutan.

- 1) Arteri : pulsasi dapat ditemukan pada bagian lengan yaitu arteri radial, ulnar dan brakial. Pada bagian kaki pulsasi dapat ditemukan pada arteri femoral, popliteal, dorsal pedis, dan tibia posterior.
- 2) Vena : vena pada kaki rentan terhadap dilatasi, ulserasi, dan invasi tumor sehingga pengkajian pada bagian ini lebih tampak.
- 3) Limfe : yang dapat dikaji adalah pada bagian superfisial yaitu servikal, aksila, dan pada lengan serta kaki.

Pengkajian pada lengan dan kaki dapat difokuskan dengan:

- 1) Lengan : ukuran, kesimetrisan, warna kulit; nadi radial dan brakial; kelenjar limfe epithroclear
- 2) Kaki : ukuran, kesimetrisan, warna kulit; nadi femoral dan kelenjar limfe inguinal; pulsasi popliteal, dorsalis pedis, posterior tibia; edema peripheral

j. Genitalia Laki-Laki dan Herniasis

Gejala yang berhubungan adalah prefensi dan respon seksual; kotoran atau lesi pada penis; nyeri, pembengkakan atau lesi pada skrotum.

k. Genitalia Wanita

Kaji tentang *menarche*, menstruasi, menopause, perdarahan; kehamilan; gejala vulvovaginal; prefensi dan respon seksual. Gejala vulvovaginal yang sering terjadi adalah keputihan dan gatal, tanyakan jumlah, warna, konsistensi dan bau. Kaji adanya luka atau benjolan pada daerah vulva.

l. Anus, Rektum, dan Prostate

- 1) Laki-laki : pemeriksaan dilakukan dengan meminta klien dalam posisi mirin ke kiri atau kanan. Inspeksi sacrococcygeal dan perineal (kaji adanya benjolan, bisul, ruam, dan peradangan), palpasi daerah abnormal dan perhatikan benjolan atau nyeri. Pemeriksaan bagian anus dan rektum dilakukan dengan inspeksi anus (perhatikan adanya lesi). Apabila ada lesi atau *tenderness* dibagian dalam, jangan melakukan pemeriksaan dengan

memaksa. Saat memasukkan jari pada bagian rektal kaji adanya nodul dan indurasi. Pemeriksaan prostat dapat dilakukan dengan cara memutar jari yang telah dimasukkan berlawanan arah jarum jam sehingga dapat mencapai bagian posteriori kelenjar prostat. Sapukan jari dengan hati-hati diatas kelenjar prostat dan kaji ukuran, bentuk, dan konsistensi prostat serta adanya nodul atau *tenderness*.

- 2) Wanita : pemeriksaan rektum dilakukan setelah pemeriksaan genitalia dengan posisi litotomi. Teknik pemeriksaan pada wanita kurang lebih sama dengan laki-laki

m. Sistem Muskuloskeletal

- 1) Inspeksi kesimetrisan sendi, keselarasan dan kecacatan tulang
- 2) Inspeksi dan palpasi sekitar jaringan kulit yang maengalami perubahan, nodul, atropi otot, dan krepitasi
- 3) Pemeriksaan rentang gerak untuk mengetahui fungsi sendi, integritas ligamen, dan tendon.
- 4) Kaji adanya inflamasi atau arthritis, pembengkakan, kehangatan dan kemerahan.

n. Sistem syaraf

- 1) Pengkajian status mental
- 2) Nerves kranial :
 - Nerve I: penciuman
 - Nerve II : kekuatan penglihatan, lapang pandang, ocular fundi
 - Nerve II, III : reaksi pupil
 - Nerve III, IV, VI : pergerakan ekstraokuler
 - Nerve V : refleks kornea, sensasi wajah, dan gerakan rahang
 - Nerve VII : fasial
 - Nerve VIII : pendengaran
 - Nerve IX dn X : menelan dan reflek muntah
 - Nerve V, VII, X, XII : suara dan bicara

Nerve XI : pergerakan bahu dan leher

Nerve : XII kesimetrisan dan posisi lida

- 3) Pengkajian sistem motorik : abduksi bahu, ekstensi siku, ekstensi pergelangan tangan, abduksi jari, fleksi panggul, fleksi lutu dan dorsofleksi pergelangan kaki; gaya berjalan, dan keselarasan; dan koordinasi (gerakan jari secara halus)
- 4) Pengkajian sistem sensori : nyeri, suhu, posisi dan fibrasi, kepekaan cahaya
- 5) Reflek : Kaji reflek tendon bagian dalam (bisept, patellar, dan achilles; reflek plantar.

Pada pengkajian sistem neurologi juga perlu dilakukakn *Glasgow Coma Scale* (GCS). Berikut adalah nilai pengkajian GCS (Teasdale & Jennett, 1974):

Tabel 2.6 *Glasgow Coma Scale* (GCS)

Indikator	Deskripsi	Nilai
<i>Eye</i>	Spontan	4
	Membuka mata dengan respon suara	3
	Membuka mata dengan respon nyeri	2
	Tidak membuka mata	1
<i>Verbal</i>	Orientasi, berbicara normal	5
	Berbicara kacau, bingung	4
	Bicara tidak tepat atau tidak teratur	3
	Bicara tidak dapat dimengerti (mengerang)	2
<i>Motoric</i>	Tidak ada respon verbal	1
	Mematuhi perintah	6
	Melokalisir daerah nyeri	5
	Fleksi/penarikan terhadap rangsangan nyeri	4
	Fleksi abnormal terhadap rangsangan nyeri (<i>decorticate response</i>)	3
	Ekstensi terhadap rangsangan nyeri (<i>decerebrate response</i>)	2
Tidak ada respon motorik	1	

Sumber: (Teasdale & Jennett, 1974)

2.4.3 Pengkajian menggunakan Pola Gordon

Model pengkajian keperawatan berfungsi untuk mengatur dan mengetahui riwayat keperawatan, pemeriksaan fisik, dan pengelompokan diagnosis keperawatan. Salah satu model pengkajian keperawatan yang sering digunakan adalah model pengkajian 11 pola kesehatan fungsional Gordon (Allen, 2010). Berikut adalah uraian mengenai pengkajian keperawatan berdasarkan 11 pola kesehatan fungsional Gordon (Gordon, 2010):

a. Pola Persepsi Kesehatan dan Manajemen Kesehatan

Mendeskripsikan pandangan klien terhadap kesehatan, kesejahteraan dan cara memajemen kesehatan. Hal ini juga termasuk persepsi dari status kesehatan dan relevansinya dengan kondisi klien saat ini serta rencana kesehatan kedepannya (Gordon, 2010). Hal yang perlu dikaji pada tahap ini adalah pengamatan umum, riwayat kesehatan masa lalu, kesehatan umum, tindakan pencegahan medis, prosedur bedah, penyakit masa anak-anak, imunisasi, pengobatan saat ini, alergi, kebiasaan, riwayat kesehatan keluarga, riwayat sosial, dan temuan atau hasil laboratorium (Allen, 2010). Berikut adalah contoh pertanyaan pada klien dalam pengkajian pola persepsi kesehatan dan manajemen kesehatan (Gordon, 2010):

- 1) Bagaimana gambaran kesehatan secara umum?
- 2) Hal yang penting dilakukan untuk menjaga kesehatan? Apakah mengonsumsi rokok, alkohol dan obat-obatan, melakukan pemeriksaan fisik secara mandiri?
- 3) Apakah pernah mengalami kecelakaan (contoh: jatuh dirumah atau dikantor)?
- 4) Apakah mudah melaksanakan saran dari perawat atau dokter?
- 5) Menurut anda apakah penyebab dari penyakit yang anda derita? Apa yang anda lakukan setelah mengetahui menderita penyakit tersebut? Apa dampaknya?

b. Pola Nutrisi-Metabolik

Mendeskripsikan pola konsumsi makanan dan cairan yang dibutuhkan dan pola konsumsi setiap hari. Hal yang perlu dikaji berkaitan dengan pola konsumsi

makanan dan cairan adalah kebiasaan waktu makan, jumlah dan jenis makanan dan cairan, makanan tertentu, dan penggunaan suplemen tambahan berupa nutrisi atau vitamin. Penampilan umum kondisi kesehatan kulit, rambut, kuku, membran mukosa, dan gigi juga harus dikaji. Berikut adalah contoh pertanyaan pada klien dalam pengkajian pola nutrisi-metabolik (Gordon, 2010):

- 1) Bagaimana asupan makanan dan minuman sehari-hari anda? Apakah menggunakan suplemen?
- 2) Apakah anda mengalami penurunan atau kenaikan berat badan?
- 3) Bagaimana nafsu makan anda?
- 4) Apakah mengalami ketidaknyamanan saat makan atau minum?
- 5) Apakah ada masalah pada gigi?

c. Pola Eliminasi

Mendeskripsikan pola fungsi ekskresi (*bowel, bladder, skin*) dan cara klien mengatur proses ekskresi tersebut Hal yang perlu dikaji pada tahap ini adalah waktu, kualitas, jumlah, dan alat yang digunakan untuk mengontrol proses eliminasi tersebut (Gordon, 2010). Berikut adalah contoh pertanyaan pada klien dalam pengkajian pola eliminasi (Gordon, 2010):

- 1) Bagaimana pola buang air besar anda? (frekuensi, karakter, ketidaknyamanan, kontrol, obat pencahar)
- 2) Bagaimana pola buang air kecil anda? (frekuensi, kontrol, ketidaknyamanan)
- 3) Apakah mengalami keringat berlebih? Apakah mengalami masalah bau badan?

d. Pola Aktivitas dan Latihan

Mendeskripsikan pola aktivitas, latihan, mengisi waktu senggang, rekreasi, dan aktivitas sehari-hari seperti merawat diri, memasak, belanja, kerja, makan dan kegiatan yang sering dilakukan dirumah. Termasuk jenis, kuantitas, dan kualitas latihan seperti olahraga. Cara klien mengisi waktu luang seperti rekreasi secara individu atau kelompok, faktor yang penghambat untuk melakukan aktivitas seperti gangguan neuromuscular, dispnea, angina atau masalah kardiovaskuler juga perlu dikaji (Gordon, 2010). Pola aktivitas dapat di kaji menggunakan indeks KATZ sebagai berikut:

Tabel 2.7 Indeks KATZ

No	Jenis Aktivitas	Tingkat Ketergantungan		
		Mandiri	Parsial	Total
1	Mandi	Dapat mengerjakan sendiri	Dibantu pada satu bagian tubuh (contoh: punggung/kaki)	Dibantu lebih dari satu bagian tubuh atau tidak mandi
2	Berpakaian	Mengambil dan memakai baju sendiri	Mengambil dan memakai baju sendiri, kecuali memasang tali sepatu	Dibantu secara keseluruhan
3	Toileting	Pergi ke kamar mandi, membersihkan diri, dan berganti baju sendiri (mungkin memerlukan bantuan seperti <i>walker</i> , tongkat	Membutuhkan bantuan orang lain untuk pergi ke kamar mandi	Tidak dapat ke kamar mandi sendiri
4	Mobilitas	Tidak membutuhkan bantuan untuk berpindah di atau dari tempat tidur	Membutuhkan bantuan untuk berpindah di atau dari tempat tidur	Tidak dapat berpindah dari tempat tidur sendiri
5	BAB dan BAK	Dapat mengontrol BAB dan BAK secara mandiri	Mengalami kejadian BAB dan BAK yang tidak terkontrol	BAB dan BAK tidak terkontrol, membutuhkan supervisi
6	Makan dan minum	Dapat makan dan minum secara mandiri	Membutuhkan bantuan orang lain misal untuk memotong makanan	Membutuhkan bantuan secara total misal menggunakan selang atau cairan intravena

Sumber: (Katz, Downs, Cash, & Grotz, 1970)

Tabel 2. 8 *Index of Independence in Activities of Daily Living*

Nilai	Keterangan
A	Mandiri pada fungsi makan, kontrol BAB dan BAK, berpindah, toileting, berpakaian, mandi
B	Mandiri pada semua aspek kecuali satu fungsi
C	Mandiri pada semua aspek kecuali mandi dan satu fungsi lain
D	Mandiri pada semua aspek kecuali mandi, berpakaian, dan satu fungsi lain
E	Mandiri pada semua aspek kecuali mandi, berpakaian, <i>toileting</i> , dan satu fungsi lain
F	Mandiri pada semua aspek kecuali mandi, berpakaian, <i>toileting</i> , berpindah dan satu fungsi lain
G	Tidak mandiri/tergantung pada enam fungsi

Sumber: (Katz, Downs, Cash, & Grotz, 1970)

Berikut adalah contoh pertanyaan pada klien dalam pengkajian pola aktivitas dan latihan (Gordon, 2010):

- 1) Apakah cukup energi untuk melakukan aktifitas yang diinginkan/diperlukan?
- 2) Bagaimana pola latihan fisik yang dilakukan? Apakah rutin?
- 3) Bagaimana cara mengisi waktu luang?
- 4) Bagaimana kemampuan untuk melakukan aktivitas makan, mandi, toileting, mobilitas ditempat tidur, memakai baju, dandan, mobilitas umum, memasak, pemeliharaan rumah, dan belanja berdasarkan level fungsi?

Level 0: mandiri

Level I: membutuhkan bantuan alat

Level II: membutuhkan bantuan atau supervisi orang lain

Level III: membutuhkan bantuan orang lain dan peralatan

Level IV: tergantung dan tidak berpartisipasi secara mandiri

e. Pola Tidur-Istirahat

Mendeskripsikan pola tidur, istirahat, dan relaksasi dalam satu hari. Hal lain yang harus dikaji adalah kualitas dan kuantitas tidur, kondisi energi tubuh saat setelah tidur, gangguan tidur, dan obat-obatan yang digunakan untuk menunjang istirahat. Berikut adalah contoh pertanyaan pada klien dalam pengkajian pola tidur-istirahat (Gordon, 2010):

- 1) Bagaimana umumnya istirahat dan siap untuk beraktivitas setelah tidur?
- 2) Apakah mengalami gangguan tidur seperti mimpi, atau bangun lebih awal?

f. Pola Kognitif-Persepsi

Mendeskripsikan pola kognitif dan persepsi sensori. Hal yang perlu dikaji adalah keadekuatan sistem sensori seperti penglihatan, pengecap, pendengaran, pembau dan peraba, serta laporan persepsi nyeri dan cara manajemen nyeri harus dikaji. Aspek kognitif yang dikaji adalah bahasa, pengambilan keputusan, ingatan, dan cara pengambilan keputusan. Berikut adalah contoh pertanyaan pada klien dalam pengkajian pola kognitif-persepsi (Gordon, 2010):

- 1) Apakah anda mengalami gangguan pendengaran atau menggunakan alat bantu dengar?
- 2) Apakah anda mengalami gangguan penglihatan atau menggunakan alat bantu melihat? Kapan terakhir periksa mata?
- 3) Apakah ada perubahan dalam proses mengingat?
- 4) Apakah mudah atau sulit dalam memutuskan sesuatu?
- 5) Apakah mengalami kesulitan dalam belajar hal baru?
- 6) Apakah anda merasakan nyeri? Bagaimana anda mengatasinya?

g. Pola Persepsi Diri dan Konsep Diri

Mendeskripsikan pola konsep diri dan persepsi tingkat suasana hati, sikap individu, persepsi terhadap kemampuan diri (kognitif, afektif, dan fisik), gambaran diri, identitas diri, nilai yang dianut, dan pola emosi secara umum. Postur tubuh dan pergerakan, kontak mata, suara, dan pola berbicara juga harus dikaji. Berikut adalah contoh pertanyaan pada klien dalam pengkajian pola persepsi diri dan konsep diri (Gordon, 2010):

- 1) Bagaimana anda mendeskripsikan diri anda? Apakah anda merasakan hal positif atau negati dari diri anda?

- 2) Perubahan pada diri anda (saat sakit) apakah membuat anda terganggu?
- 3) Apa hal yang sering membuat anda marah?
- 4) Apakah pernah merasakan kehilangan harapan? Apa yang anda lakukan untuk mengatasinya?

h. Pola Peran dan Hubungan

Mendeskripsikan pola keterlibatan peran dan hubungan dengan orang lain. Hal yang harus dikaji adalah persepsi klien terhadap peran utama, respon terhadap kejadian tertentu dalam kehidupan sehari-hari, dan faktor pendukung atau penghambat dalam keluarga, lingkungan kerja atau hubungan sosial dan tanggung jawab terhadap peran. Berikut adalah contoh pertanyaan pada klien dalam pengkajian pola peran dan hubungan (Gordon, 2010):

- 1) Dengan siapa anda tinggal dirumah?
- 2) Apakah ada masalah keluarga yang sulit diatasi?
- 3) Bagaimana cara keluarga mengatasi masalah?
- 4) Apakah keluarga bergantung kepada anda untuk hal tertentu? Bagaimana anda mengatasinya?
- 5) Bagaimana pendapat atau pemikiran keluarga anda mengenai sakit anda?
- 6) Apakah anda mempunyai grup atau teman dekat disekolah atau ditempat kerja anda?
- 7) Apakah anda mengalami masalah sosial dengan tetangga?

i. Pola Seksualitas dan Reproduksi

Mendeskripsikan pola kepuasan atau ketidakpuasan seksual dengan seksualitas dan pola reproduksi. Hal lain yang harus dikaji adalah kepuasan yang dirasakan, gangguan yang dialami dalam seksualitasnya, fase menopause (bagi perempuan), dan masalah lain yang dirasakan. Berikut adalah contoh pertanyaan pada klien dalam pengkajian pola seksualitas dan reproduksi (Gordon, 2010):

- 1) Bagaimana hubungan seksual anda selama sakit dan sebelum sakit?
- 2) Apakah menggunakan kontrasepsi? Apakah mengalami masalah dengan penggunaannya?
- 3) Pada perempuan: kapan mulai menstruasi? Kapan periode terakhir menstruasi? Apakah mengalami masalah menstruasi?

j. Pola Koping-Stres

Mendeskripsikan pola koping secara umum dan keefektifan pola tersebut untuk mengatasi stres. Hal lain yang harus dikaji adalah kemampuan untuk melawan tantangan, cara mengatasi stres, keluarga atau sumber dukungan lain, dan kemampuan untuk mengatur kondisi yang penuh tekanan. Berikut adalah contoh pertanyaan pada klien dalam pengkajian pola koping-stres (Gordon, 2010):

- 1) Apakah mengalami perubahan hidup yang besar dalam satu atau dua tahun terakhir?
- 2) Siapa yang paling membantu dalam mengatasi masalah anda?
- 3) Saat ada masalah, apa yang anda lakukan? Merokok, mengonsumsi narkoba, atau alkohol?
- 4) Bagaimana anda mengatasi masalah anda?
- 5) Apakah cara mengatasi masalah tersebut mudah?

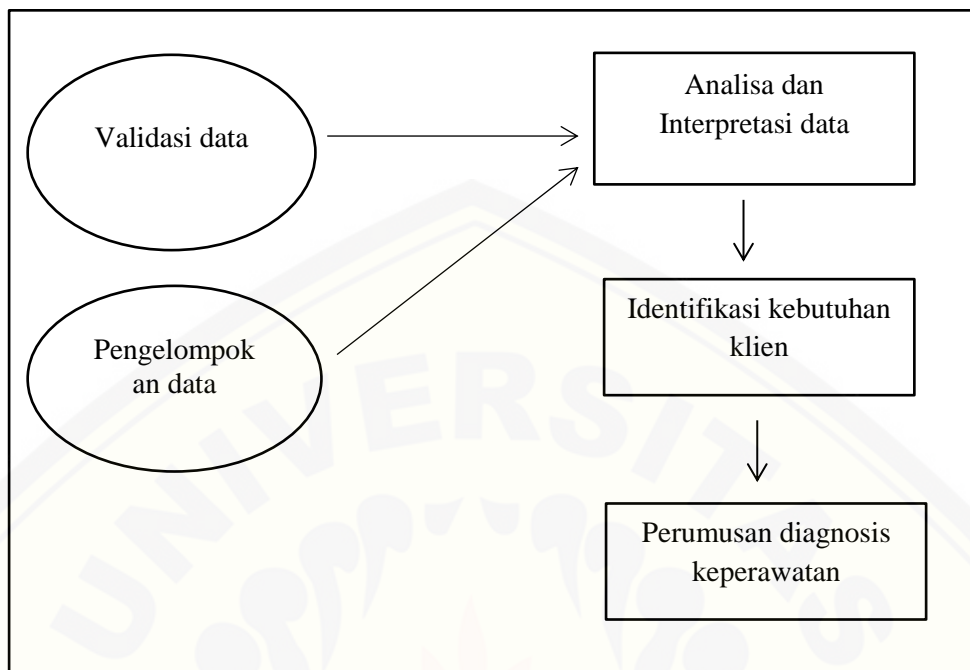
k. Pola Nilai dan Keyakinan

Mendeskripsikan pola nilai, tujuan atau keyakinan (spiritual) yang menjadi acuan dalam pengambilan keputusan/bersikap. Hal lain yang harus dikaji adalah hal yang dianggap penting dalam hidup, kualitas hidup, dan apapun yang dirasakan mengenai konflik pada nilai, keyakinan yang berhubungan dengan masalah kesehatan. Berikut adalah contoh pertanyaan pada klien dalam pengkajian pola nilai dan keyakinan (Gordon, 2010):

- 1) Apa yang anda persiapkan untuk masa depan anda?
- 2) Apakah keyakinan atau agama penting dalam hidup anda? Apakah dapat membantu anda menyelesaikan masalah?
- 3) Apakah kondisi kesehatan anda mengganggu praktik keagamaan anda?

4.5 Proses Penegakan Diagnosis Keperawatan Berdasarkan SDKI

Proses penegakan diagnosis adalah suatu proses yang sistemis terdiri atas tiga tahap, yaitu analisa dan interpretasi data, identifikasi masalah dan perumusan diagnosis.



Gambar 2.4 Proses diagnosi keperawatan (Potter, Perry, Stockert, & M Hall, 2017)

Proses penegakan diagnosis dapat dilakukan secara simultan, namun pada perawat yang belum memiliki pengalaman memadai maka perlu latihan dan pengalaman melakukan proses penegakan diagnosis secara sistematis (PPNI, 2017). Berikut adalah uraian tentang proses penegakan diagnosis keperawatan:

1. Analisis Data

Selama pengkajian data dikumpulkan dari berbagai sumber, divalidasi dan diurut kedalam kelompok data penegakan diagnosis. Data dasar hasil pengkajian secara kontinu diperbarui sesuai dengan respon klien selama proses perawatan (Potter & Perry, 2005). Analisa data dilakukan dengan tahapan sebagai berikut (PPNI, 2017):

a. Bandingkan data dengan data normal

Data-data hasil pengkajian dibandingkan dengan nilai-nilai normal. Perawat mengidentifikasi tanda/gejala yang bermakna pada klien.

b. Kelompokkan Data

Tanda/gejala yang dianggap bermakna dikelompokkan berdasarkan pola kebutuhan dasar sesuai subkategoru yang meliputi respirasi, sirkulasi, nutrisi/cairan, eliminasi, aktivitas, neurosensori, reproduksi/seksualitas, nyeri/kenyamanan, integritas ego, pertumbuhan/perkembangan, kebersihan diri, promosi kesehatan, interaksi sosial, dan keamanan (PPNI, 2017). Kelompok data terdiri atas batasan karakteristik yang mendukung adanya diagnosis keperawatan (Potter & Perry, 2005). Kategori diagnosis dan batasan karakteristik memberikan struktur untuk proses kognitif perawat dalam mengidentifikasi kebutuhan klien sesuai diagnosis. Tidak adanya batasan karakteristik maka diagnosis ditolak (Carpenito-Moyet, 2008).

2. Identifikasi Masalah

Perawat sebelum menegakan diagnosis keperawatan harus mengidentifikasi masalah kesehatan klien secara umum terlebih dahulu. Langkah identifikasi masalah dapat dilaksanakan dengan baik dengan membuat analisis umum dari data yang telah dikelompokkan (Potter & Perry, 2005). Setelah data dianalisis, perawat dan klien bersama-sama mengidentifikasi masalah aktual, risiko dan/atau promosi kesehatan (PPNI, 2017).

3. Perumusan Diagnosis Keperawatan

Perumusan diagnosis keperawatan didasarkan pada hasil identifikasi kebutuhan dan respon klien. Apabila data hasil pengkajian menunjukkan adanya masalah kesehatan pada klien, perawat harus segera menegakan diagnosis keperawatan yang sesuai agar masalah dapat diatasi (Potter & Perry, 2005). Penulisan diagnosis disesuaikan dengan jenis diagnosis keperawatan. Terdapat dua metode penulisan diagnosis keperawatan, yaitu (PPNI, 2017):

a. Penulisan tiga bagian (*three part*)

Metode penulisan ini terdiri atas tiga komponen yaitu masalah, penyebab, dan tanda/gejala. Metode ini hanya digunakan pada penulisan diagnosis aktual, dengan formulasi sebagai berikut:

Masalah berhubungan dengan **penyebab** dibuktikan dengan **tanda/gejala**

Frase ‘berhubungan dengan’ dapat disingkat ‘b.d’, dan frase ‘dibuktikan dengan’ dapat disingkat ‘d.d’.

Contoh penulisan:

Pola napas tidak efektif berhubungan dengan deformitas dinding dada dibuktikan dengan dispnea, pola napas abnormal, kapasitas vital menurun, ekskursi dada berubah.

b. Penulisan Dua Bagian (*Two Part*)

Metode penulisan Dua Bagian hanya dilakukan untuk menuliskan diagnosis risiko dan diagnosis promosi kesehatan, dengan formulasi sebagai berikut:

1) Diagnosis Risiko

Masalah dibuktikan dengan **faktor risiko**

Contoh penulisan diagnosis risiko:

Risiko ketidakseimbangan kadar glukosa darah dibuktikan dengan kurang patuh pada rencana manajemen diabetes.

2) Diagnosis Promosi Kesehatan

Masalah dibuktikan dengan **tanda/gejala**

Contoh penulisan diagnosis promosi kesehatan:

Kesiapan peningkatan keseimbangan cairan dibuktikan dengan mengekspresikan keinginan untuk meningkatkan keseimbangan cairan, membaran mukosa lembab, turgor jaringan baik, asupan makanan dan cairan adekuat, berat badan stabil, haluaran uri sesuai dengan asupan (PPNI, 2017).

SDKI menetapkan standar rentang tanda/gejala mayor dan minor untuk penegakan diagnosis keperawatan sebesar 80% hingga 100% untuk tanda atau

gejala mayor dan pada tanda/gejala minor tidak harus ditemukan, namun jika ditemukan dapat menjadi data pendukung penegakan diagnosis (PPNI, 2017).

4.6 Konsep Ruang ICU

2.6.1 Definisi dan Tujuan

ICU (*Intensive Care Unit*) adalah suatu bagian dari rumah sakit yang mandiri (instalasi dibawah direktur pelayanan), dengan staf dan perlengkapan yang khusus meliputi dukungan fungsi organ-organ vital seperti pernapasan, kardiovaskuler, susunan saraf pusat dan organ vital lainnya yang dimanfaatkan untuk melakukan obeservasi, perawatan dan memberikan terapi pada klien dengan prognosis dubia (Kepmenkes RI, 2010). ICU merupakan ruangan yan sangat penting untuk perawatan penyakit kronis dirumah sakit (Johnson, 2018). Berdasarkan Yoo, *et.al* (2014), ICU adalah area atau lingkungan yang dirancang khusus untuk menyediakan manajemen perawatan secara optimal pada klien dengan kondisi medis akut yang mengancam dan/atau kondisi bedah.

Berdasarkan Kepmenkes No.1778/MENKES/SK/XII/2010, tujuan pelayanan ICU adalah:

1. Memberikan acuan pelaksanaan pelayanan ICU di rumah sakit
2. Meningkatkan kualitas pelayanan dan keselamatan klien ICU di rumah sakit
3. Menjadi acuan pengembangan pelayanan ICU di rumah sakit

2.6.2 Ruang Lingkup Pelayanan ICU

Ruang lingkup pelayanan ICU berdasarkan Kepmenkes No.1778/MENKES/SK/XII/2010 adalah sebagai berikut:

1. Diagnosis dan penatalaksanaan spesifik penyakit-penyakit akut yang mengancam nyawa dan dapat mengakibatkan kematian dalam waktu dekat (beberapa menit sampai beberapa hari).
2. Memberi bantuan dan/atau mengambil alih fungsi vital tubuh sekaligus melakukan intervensi masalah kesehatan klien yang mengancam

3. Pemantauan fungsi vital tubuh dan kondisi/respon klien serta penatalaksanaan terhadap komplikasi yang ditimbulkan oleh penyakit
4. Memberikan bantuan dukungan psikologis pada klien yang kehidupannya sangat bergantung pada alat/mesin dan oranglain.

2.6.3 Indikasi Keluar Masuk ICU

Klien yang dirawat di ruang ICU secara umum memiliki tiga indikasi utama yaitu klien membutuhkan intervensi segera oleh tim *intensive care*, klien mengalami masalah fungsi sistem organ dan memerlukan pengelolaan atau perawatan fungsi sistem organ secara intensif dan berkelanjutan, dan klien sakit kritis yang membutuhkan pemantauan kontinu dan tindakan segera untuk mencegah timbulnya kondisi fisik yang semakin buruk. Pada keadaan sarana dan prasarana ICU yang terbatas pada suatu rumah sakit, diperlukan mekanisme untuk membuat prioritas berdasarkan kondisi medik. Berikut adalah prosedur untuk melaksanakan penentuan prioritas perawatan di ruang ICU (Kepmenkes RI, 2010):

a. Kriteria masuk

1) Prioritas 1 (satu)

Prioritas 1 merupakan klien dengan kondisi sakit kritis, tidak stabil yang membutuhkan terapi intensif seperti: dukungan ventilasi, alat bantu suportif organ atau sistem, obat-obatan yang harus diberikan secara kontinu, sepsis berat, pasca bedah kardiotorasiik dan gangguan keseimbangan asam basa elektrolit yang mengancam nyawa.

2) Prioritas 2

Prioritas 2 merupakan klien yang membutuhkan pemantauan canggih di ICU karena risiko buruk bila tidak mendapatkan terapi intensif segera, misal pemantauan khusus menggunakan *pulmonary arterial catheter*. Klien prioritas 2 biasanya dengan kondisi penyakit dasar jantung-paru, gagal ginjal akut-berat atau klien dengan pos operasi mayor.

3) Prioritas 3

Prioritas 3 merupakan klien dengan sakit kritis, kondisi tidak stabil karena penyakit yang mendasari secara sendirian atau kombinasi dari beberapa

penyakit. Kemungkinan sembuh meskipun telah dirawat di ruang ICU sangat kecil. Contoh penyakit klien pada prioritas 3 adalah klien dengan keganasan metastatik disertai penyulit infeksi, sumbatan jalan napas, penyakit paru terminal disertai komplikasi penyakit berat yang lain, dan jantung. Pengelolaan pada klien prioritas 3 hanya untuk mengatasi kegawatan akutnya saja dan usaha pemberian terapi tidak sampai melakukan intubasi atau resusitasi jantung paru.

b. Pengecualian

Klien yang tergolong dalam prioritas ini adalah:

- 1) Klien yang memenuhi kriteria masuk tetapi menolak terapi tunjangan hidup yang agresif dan hanya demi perawatan ICU dasar saja.
- 2) Klien dalam kondisi vegetatif permanen
- 3) Klien yang telah dipastikan mati batang otak. Klien dalam kondisi ini dapat dimasukkan ke ruang ICU untuk menunjang fungsi organ yang akan dimanfaatkan untuk donor organ.

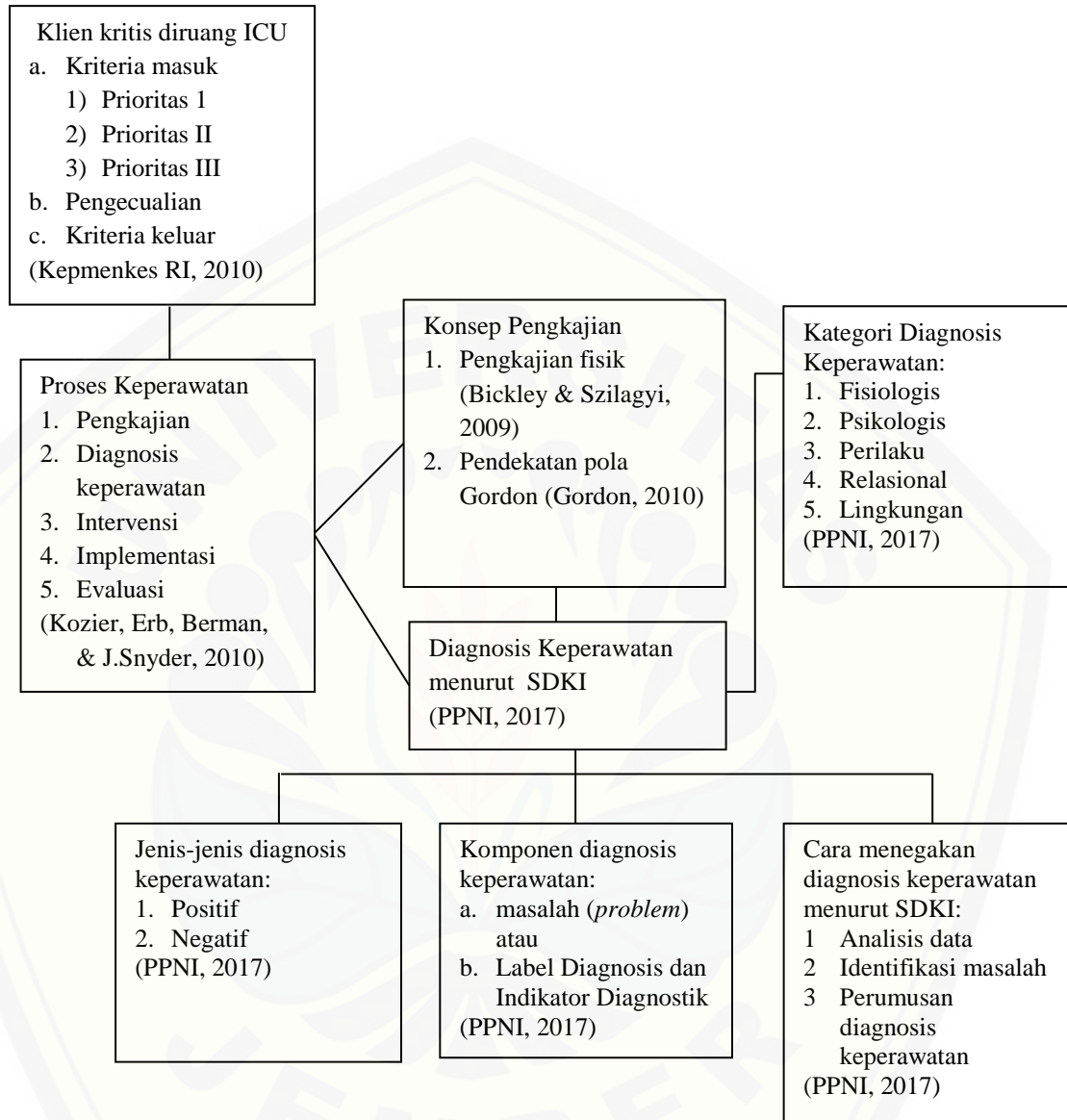
c. Kriteria Keluar

Berdasarkan Kepmenkes No.1778/MENKES/SK/XII/2010 prioritas klien dipindahkan dari ICU berdasarkan pertimbangan medis oleh kepala ICU dan tim yang merawat klien.

2.6.4 Diagnosis Keperawatan di Ruang ICU

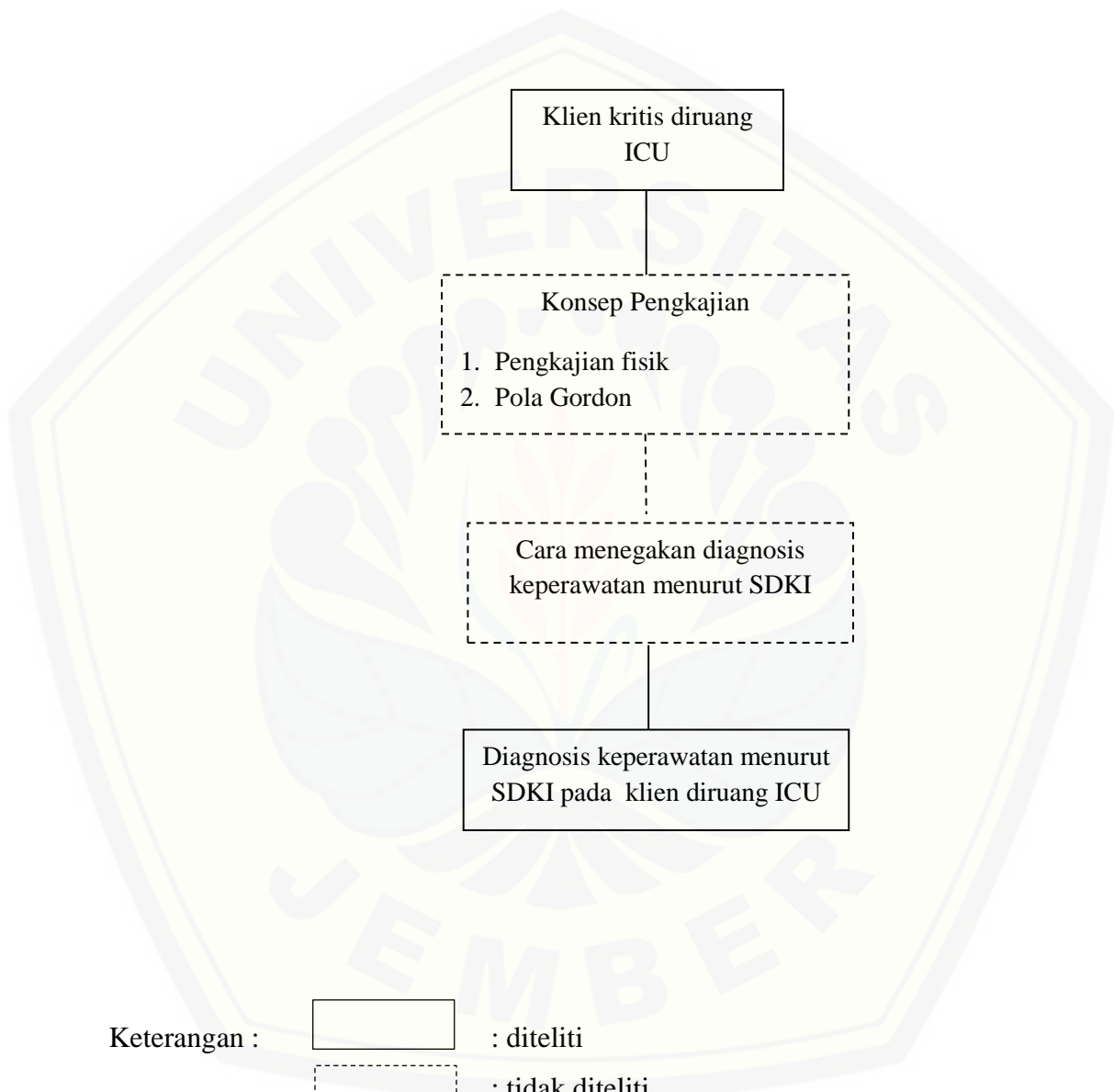
Diagnosis keperawatan merupakan sebuah komponen yang sangat penting pada proses perawatan klien terutama klien di ruang ICU karena sebagai acuan dalam menentukan intervensi keputusan klinik yang terapeutik (Ferreira, Rocha, Lopes, Bachion, Lopes, & Barros, 2016). Berdasarkan penelitian Ferreira, *et.al* (2016) 75% diagnosis keperawatan diruang ICU merupakan diagnosis aktual dan 25% merupakan diagnosis risiko. Diagnosis keperawatan yang sering terjadi pada klien diruang ICU adalah nyeri akut 57,03%, risiko infeksi (47,26%), gangguan pertukaran gas (40,23%), penurunan curah jantung (38,28%), dan ketidakefektifan bersihan jalan nafas (29,9%), konfusi akut (13,67%), defisit volume cairan (10,15%) dan ansietas (8,59%).

2.7 Kerangka Teori



BAB 3. KERANGKA KONSEP

Kerangka Konsep



Keterangan :



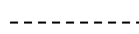
: diteliti



: tidak diteliti



: diteliti



: tidak diteliti

BAB 4. METODE PENELITIAN

4.1 Desain Penelitian

Desain penelitian adalah sebuah rancangan penelitian yang bertujuan untuk memperoleh data dan/atau fakta dalam rangka menjawab pertanyaan atau masalah penelitian yang terdiri atas beberapa komponen yang menyatu satu sama lain (Lapau, 2013). Penelitian ini merupakan jenis penelitian kuantitatif dengan metode penelitian survei deskriptif dengan pendekatan prospektif. Penelitian survei deskriptif adalah sebuah metode penelitian yang bertujuan untuk melihat gambaran fenomena kesehatan yang terjadi pada suatu populasi tertentu (Notoatmodjo, 2012). Peneliti akan melakukan analisis gambaran diagnosis keperawatan pada klien di ruang ICU RSD dr. Soebandi Jember.

4.2 Populasi dan Sampel Penelitian

4.2.1 Populasi Penelitian

Populasi penelitian adalah keseluruhan elemen atau unsur yang menjadi sasaran untuk diteliti (Firdaus & Zamzam, 2018). Populasi dalam penelitian ini adalah klien di ruang ICU RSD dr. Soebandi Jember.

4.2.2 Sampel Penelitian

Sampel penelitian adalah subjek yang diteliti yang mewakili jumlah dan karakteristik populasi penelitian (Firdaus & Zamzam, 2018). Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini adalah *non probability sampling* berupa *consecutive sampling*. *Consecutive sampling* adalah teknik penentuan sampel berdasarkan interval waktu tertentu (Polit & Beck, 2010). Peneliti menentukan waktu penelitian selama empat minggu. Berdasarkan hasil wawancara dengan perawat ahli, jumlah rata-rata klien di ruang ICU RSD dr. Soebandi Jember sebanyak 40 klien setiap bulan, sehingga diharapkan jumlah sampel dalam penelitian ini dapat memenuhi

kriteria jumlah sampel yang layak dalam penelitian yaitu 30-500 sampel (Sugiyono, 2017).

4.2.3 Kriteria Sampel

a. Kriteria Inklusi

Kriteria inklusi adalah ciri-ciri yang harus dipenuhi oleh populasi yang akan digunakan sebagai sampel (Notoatmodjo, 2012). Kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

- 1) Klien di ruang ICU RSD dr. Soebandi Jember
- 2) Klien atau keluarga yang bersedia untuk berpartisipasi dalam penelitian

b. Kriteria Eksklusi

Kriteria eksklusi adalah ciri-ciri dari anggota populasi yang tidak dapat digunakan sebagai sampel (Notoatmodjo, 2012). Kriteria eksklusi pada penelitian ini adalah klien atau keluarga yang tidak bersedia untuk berpartisipasi dalam penelitian.

4.3 Tempat dan Waktu Penelitian

4.3.1 Tempat Penelitian

Penelitian dilaksanakan dan bertempat di ruang ICU RSD dr. Soebandi Jember. Jumlah *bed* di ruang ICU RSD dr. Soebandi Jember adalah 12 dengan masing-masing *bed* terdapat ventilator serta terdapat satu ruang isolasi berisi satu *bed* dan satu ventilator. Secara umum kondisi klien di ruang ICU RSD dr. Soebandi Jember mengalami penurunan kesadaran dan kondisi post operasi.

4.3.2 Waktu Penelitian

Penelitian dilaksanakan pada bulan Agustus 2018 sampai dengan Desember 2018. Waktu pengambilan data dimulai sejak surat izin penelitian dari rumah sakit turun yaitu pada tanggal 30 November 2018 sampai 31 Desember 2018.

4.5 Definisi Operasional

Definisi operasional dalam penelitian ini terdiri dari satu variabel yaitu diagnosis keperawatan (lihat tabel 4.1)

Tabel 4.1 Definisi operasional

Variabel	Definisi Operasional	Indikator	Alat Ukur	Skala	Hasil
Diagnosis keperawatan	Penilaian klinis mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan baik yang bersifat positif atau negatif	1. Gejala 2. Tanda mayor 3. Tanda minor	1. Format pengkajian 2. Format analisis data	Nominal	Diagnosis Keperawatan: 1. Positif a. Promosi kesehatan 2. Negatif a. Aktual b. Risiko

4.6 Rencana Pengumpulan Data

4.6.1 Sumber Data

Sumber data dalam penelitian ini berupa hasil pengkajian dan diagnosis keperawatan klien di ruang ICU RSD dr. Soebandi Jember yang dilakukan oleh perawat ahli yang terdiri dari data primer dan sekunder sebagai berikut:

a. Data Primer

Data primer dalam penelitian ini diperoleh langsung dari hasil pengkajian pada klien di ruang ICU RSD dr. Soebandi Jember oleh perawat ahli.

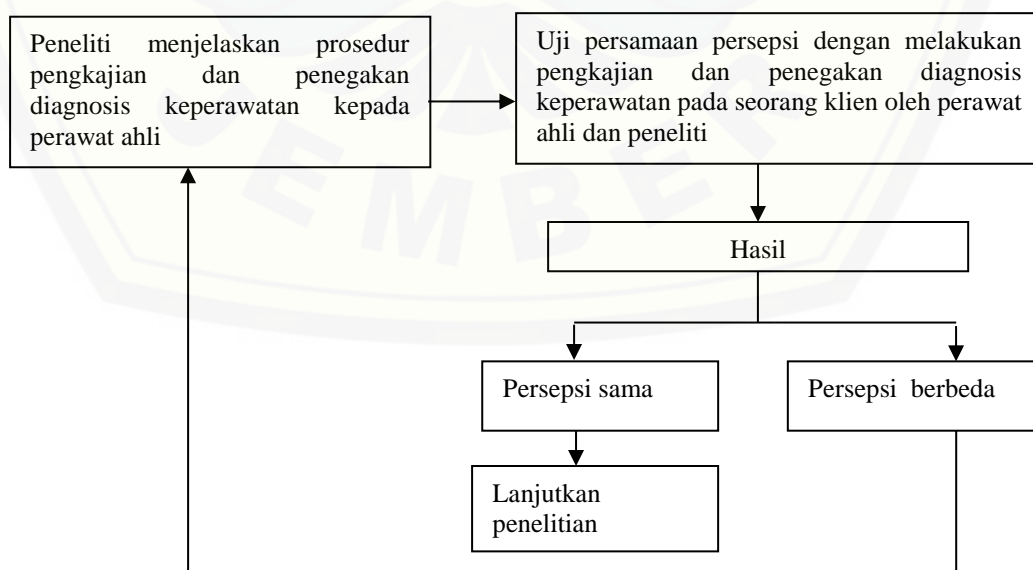
b. Data Sekunder

Data sekunder dalam penelitian ini diperoleh dari hasil pemeriksaan klien selain dari hasil pengkajian perawat ahli. Hasil pemeriksaan berupa hasil lab, radiology dan lain sebagainya yang dapat digunakan sebagai sumber data penelitian.

4.6.2 Teknik Pengambilan Data

Berikut adalah teknik atau alur yang digunakan peneliti dalam pengambilan data penelitian:

- a. Peneliti mengajukan surat permohonan melakukan penelitian kepada bidang akademik Fakultas Keperawatan Universitas Jember, Lembaga Penelitian dan Pengabdian kepada Masyarakat (LP2M) Universitas Jember, Badan Kesatuan dan Politik, dan RSD dr. Soebandi Jember
- b. Peneliti menentukan sampel penelitian sesuai kriteria inklusi
- c. Sebelum melakukan pengambilan data dari perawat ahli dengan kriteria minimal memiliki pengalaman kerja di ruang intensive selama 2 tahun dan memberikan proses keperawatan kepada klien (Ferreira, Rocha, Lopes, Bachion, Lopes, & Barros, 2016), peneliti melakukan uji persamaan persepsi berkaitan dengan prosedur pengkajian dan penegakan diagnosis keperawatan dengan perawat ahli. Uji persamaan persepsi dilakukan dengan proses sebagai berikut:



- d. Peneliti akan memberikan *informed consent* kepada klien atau keluarga untuk meminta persetujuan menjadi responden
- e. Peneliti melakukan pengambilan data pengkajian dan diagnosis keperawatan klien di ruang ICU RSD dr. Soebandi Jember dari perawat ahli
- f. Peneliti mengolah atau menganalisis data yang sudah didapat dari perawat ahli.

4.6.3 Alat Pengumpul Data

Alat pengumpul data pada penelitian ini berupa format pengkajian keperawatan dan format analisis data (terlampir).

4.7 Pengolahan Data

Data tanda/gejala mayor dan minor hasil pengkajian akan diolah untuk penegakan diagnosis keperawatan oleh perawat ahli. Validasi diagnosis keperawatan harus memenuhi 80%-100% tanda/gejala mayor, dan untuk tanda/gejala minor tidak harus ditemukan, namun jika ditemukan dapat mendukung penegakan diagnosis (PPNI, 2017). Data diagnosis keperawatan akan diolah melalui empat langkah yaitu *editing*, *coding*, *entry*, dan *cleaning* sebagai berikut (Notoatmodjo, 2012):

4.7.1 *Editing*

Editing adalah suatu proses pengecekan atau peninjauan ulang dan perbaikan isian formulir. Pengambilan data ulang dapat dilakukan apabila formulir belum terisi dengan lengkap (Notoatmodjo, 2012). Peneliti akan mengecek ulang format pengkajian klien dan melakukan perbaikan isi serta melakukan pengkajian ulang apabila dibutuhkan.

4.7.2 *Coding*

Coding adalah proses mengubah data berupa kata atau kalimat menjadi data berupa angka (Notoatmodjo, 2012). Peneliti akan memberikan kode diagnosis

keperawatan yang telah ditegakkan dari hasil pengkajian sesuai dengan nomor diagnosis keperawatan di SDKI.

4.7.3 Entry

Entry adalah proses memasukkan hasil jawaban-jawaban responden dalam bentuk data yang sudah di *coding* kedalam *software* komputer untuk diolah (Notoatmodjo, 2012). Peneliti akan mengentri data diagnosis keperawatan yang telah di coding pada software untuk diolah.

4.7.4 Cleaning

Cleaning adalah pengecekan ulang data yang sudah dimasukkan kedalam *software* untuk dilakukan pembetulan atau koreksi apabila terdapat kesalahan kode, ketidaklengkapan, dan lain sebagainya (Notoatmodjo, 2012). Peneliti akan mengecek ulang data yang telah dientri pada softawre untuk meminimalisir kesalahan dalam pengolahan data.

4.8 Analisis Data

Analisis data dalam penelitian ini menggunakan analisis univariat berupa distribusi frekuensi dan persentase diagnosis keperawatan klien di ruang ICU RSD dr. Soebandi Jember berdasarkan jenis diagnosis keperawatan positif atau negatif; aktual atau risiko; dan berdasarkan kategori serta subkategori pada SDKI.

4.9 Etika Penelitian

Kode etik penelitian merupakan sebuah pedoman etika yang berlaku untuk setiap pihak yang terlibat dalam penelitian yaitu pihak peneliti, pihak yang diteliti, dan masyarakat atau pihak yang akan mendapat dampak hasil penelitian (Notoatmodjo, 2012). Berikut adalah etika penelitian yang peneliti terapkan dalam penelitian:

4.9.1 Privasi dan Kerahasiaan (*Privacy and Confidentiality*)

Privasi dan kerahasiaan merupakan jaminan bahwa informasi dan privasi responden tidak akan disebar atau diketahui oleh orang lain, dan responden memiliki hak untuk tidak memberikan informasi atau data kepada orang lain atau peneliti (Notoatmodjo, 2012). Peneliti tidak akan mencantumkan nama atau identitas lainnya dalam pendokumentasian hasil penelitian. Dokumentasi berupa gambar dan identitas responden disamarkan.

4.9.2 Keterbukaan dan Keadilan (*Inclusiveness and Justice*)

Keadilan merupakan sikap atau perilaku yang menjamin bahwa responden memperoleh perlakuan dan keuntungan yang sama tanpa membedakan jenis kelamin, agama, budaya, etnis, dan sebagainya (Notoatmodjo, 2012). Peneliti akan memberi penjelasan kepada responden mengenai prosedur penelitian dan memberi perlakuan yang sama kepada semua responden.

4.9.3 Kemanfaatan (*Beneficence*)

Kemanfaatan adalah penelitian hendaknya memberikan manfaat semaksimal mungkin bagi masyarakat dan meminimalisasi dampak yang merugikan masyarakat khususnya responden (Notoatmodjo, 2012). Peneliti akan melakukan penelitian sesuai dengan tujuan dan prosedur penelitian yang ada sehingga dapat mencapai tujuan dan memberikan manfaat kepada masyarakat khususnya responden.

4.9.4 Prinsip Menghargai Hak Asasi Manusia

a. Hak untuk tidak menjadi responden

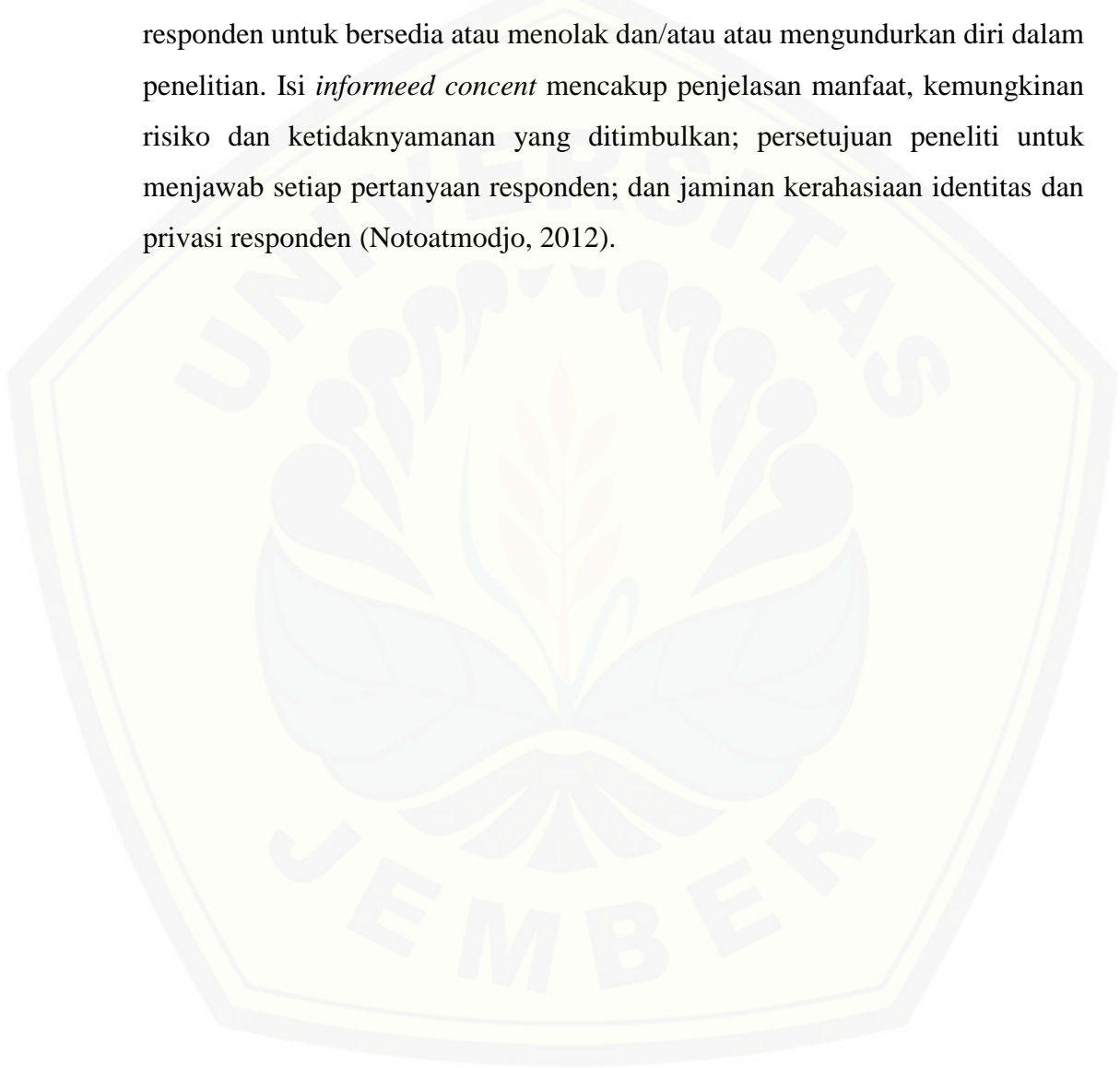
Klien yang akan menjadi responden dalam penelitian berhak untuk menentukan apakah bersedia menjadi responden atau tidak dalam penelitian ini.

b. Hak untuk mendapat jaminan dari perlakuan yang diberikan

Peneliti akan menjelaskan bahwa peneliti tidak akan melakukan tindakan atau intervensi apapun terhadap responden selama penelitian dan responden akan dijelaskan mengenai tujuan penelitian tersebut dilaksanakan.

c. Informed consent

Informed consent dalam penelitian ini bertujuan untuk menghormati hak responden untuk bersedia atau menolak dan/atau mengundurkan diri dalam penelitian. Isi *informed consent* mencakup penjelasan manfaat, kemungkinan risiko dan ketidaknyamanan yang ditimbulkan; persetujuan peneliti untuk menjawab setiap pertanyaan responden; dan jaminan kerahasiaan identitas dan privasi responden (Notoatmodjo, 2012).



BAB 6. PENUTUP

6.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil dan pembahasan dalam penelitian yang dilakukan pada klien di ICU RSD dr. Soebandi Jember maka dapat disimpulkan sebagai berikut:

- a. Karakteristik jenis kelamin klien di ICU RSD dr. Soebandi Jember adalah 16 orang laki-laki dan 15 orang perempuan; rentang umur klien paling banyak 56-65 tahun (lansia akhir) dan paling sedikit rentang umur 36-45 tahun (dewasa akhir); diagnosis medis paling banyak dialami klien di ICU adalah cedera otak berat dan CVA; sebagian besar klien diruang ICU menggunakan ventilator;
- b. Diagnosis keperawatan yang paling banyak terjadi pada klien di ruang ICU adalah defisit perawatan diri, risiko infeksi, gangguan mobilitas fisik, nyeri akut dan risiko luka tekan.
- c. Terdapat 5 kategori dan 9 subkategori diagnosis keperawatan yang diperoleh dalam penelitian. Kategori diagnosis keperawatan yaitu fisiologis; psikologis; perilaku; relasional; dan lingkungan. Subkategori diagnosis keperawatan yang diperoleh dalam penelitian adalah respirasi; sirkulasi; nutrisi dan cairan; aktivitas dan istirahat; neurosensori; nyeri dan kenyamanan; kebersihan diri; interaksi sosial; keamanan dan proteksi.
- d. Seluruh diagnosis keperawatan yang dialami klien diruang ICU adalah diagnosis negatif berjumlah 24 diagnosis dengan rincian jumlah diagnosis aktual sebanyak 17 dan diagnosis risiko sebanyak 7 diagnosis.

6.2 Saran

6.2.1 Bagi Institusi Pendidikan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah wawasan dan bahan ajar mengenai SDKI karena saat ini institusi pendidikan khususnya Fakultas

Keperawatan Universitas Jember dalam pembelajaran masih fokus menggunakan NANDA sebagai acuan untuk penegakan diagnosis sehingga mahasiswa kurang terpapar dengan sumber lain untuk penegakan diagnosis keperawatan. Institusi pendidikan juga perlu untuk mengenalkan SDKI kepada mahasiswa dalam pembelajaran agar dapat menambah wawasan mahasiswa dan mempersiapkan mahasiswa untuk menggunakan SDKI apabila nanti benar-benar diterapkan di fasilitas pelayanan kesehatan.

6.2.2 Bagi Rumah Sakit

Saran untuk rumah sakit agar mengadakan sosialisasi SDKI kepada perawat dalam penegakan diagnosis agar perawat dapat menerima informasi dan mengetahui penggunaan SDKI dalam penegakan diagnosis keperawatan serta ikut mendukung salah satu tujuan tersusunnya SDKI yaitu untuk memperbaiki asuhan keperawatan pada fasilitas layanan kesehatan.

6.2.3 Bagi peneliti selanjutnya

Peneliti selanjutnya diharapkan dapat meneliti tanda dan gejala mayor serta pengkajian yang lebih mendalam pada klien dan keluarga karena berdasarkan hasil penelitian beberapa tanda dan gejala mayor sulit untuk ditemukan terutama pada klien yang mengalami penurunan kesadaran.

6.2.4 Bagi PPNI

Hasil penelitian diharapkan dapat bermanfaat dalam pengembangan SDKI terutama dalam menentukan tanda dan gejala mayor pada diagnosis keperawatan karena berdasarkan hasil penelitian beberapa diagnosis masih sulit untuk memenuhi tanda dan gejala mayor sebesar 80-100%.

DAFTAR PUSTAKA

- AACN. (2008). *Standards for Acute and Critical Care Nursing Practice*. Washington: The Mc-Grow Companies.
- Agung, S. (2013). Terdapat Pengaruh Pemberian Teknik Relaksasi Nafas Dalam Terhadap Tingkat Nyeri Pada Pasien Post Operasi Dengan Anestesi Umum Di Rsud Dr. Moewardi Surakarta. *Jurnal Infokes Universitas Duta Bangsa Surakarta*.
- Allen, C. V. (2010). *Memahami Proses Keperawatan: dengan Pendekatan Latihan*. (Setiawan, Penyunt., & C. Effendy, Penerj.) Jakarta: EGC.
- Amriati, H. (2014). *Hubungan Apache II Score dengan Angka Kematian Pasien di ICU RSUP DR Kariadi*. Semarang: Universitas Diponegoro.
- Ananda, M. R. (2017). *Karakteristik Pasien ICU di RSUPH Adam Malik Tahun 2014-2016*. Medan: Universitas Sumatera Utara.
- Asmadi. (2008). *Konsep Dasar Keperawatan*. (E. A. Mardella, Penyunt.) Jakarta: EGC.
- Ban, K. O. (2011). The Effectiveness of an Evidence– Based Nursing Care Program to Reduce Ventilator– Associated Pneumonia in Korean ICU. *Intensive and Critical care Nursing*, 226-232.
- Banning, M. (2006). A review of clinical decision making: models and current research. *Journal of Clinical Nursing*, 187-195.
- Benner, P., Tanner, C., & Chesla, C. (2009). *Expertise in Nursing Practice: Caring, Clinical Judgment; and Ethics* (2 ed.). New York: Springer .
- Bickley, L. S., & Szilagyi, P. G. (2009). *Bates' Guide to Physical Examination and History Taking* (10 ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Carpenito-Moyet, L. J. (2006). *Nursing Diagnosis: Application to Clinical Practice* (11 ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Carpenito-Moyet, L. J. (2008). *Nursing Diagnosis: Application to Clinical Practice* (12 ed.). Philadelphia: Lippincons William & Wilkins.

- Company-Sancho, M. C., Estupinán-Ramírez, M., Sánchez-Janáriz, H., & Tristancho-Ajamil, R. (2017). The connection between nursing diagnosis and the use of healthcare resource. *Enfermeria Clinica*, 27(4), 214-221.
- Cooper, K., & Gosnell, K. (2015). *Foundations of Nursing* (7 ed.). Missouri: Elsevier.
- Ferreira, A. M., Rocha, E. d., Lopes, C. T., Bachion, M. M., Lopes, J. d., & Barros, A. L. (2016). Nursing diagnoses in intensive care: cross-mapping and NANDA-I taxonomy. *Revista Brasileira de Enfermagem*.
- Firdaus, & Zamzam, F. (2018). *Aplikasi Metodologi Penelitian*. Jakarta: Deepublish.
- Gordon, M. (2010). *Manual of Nursing Diagnosis* (12 ed.). Massachusetts, USA: Jones and Bartlett Publishers.
- Graef, P., Michaelsen, S. M., Dadalt, M. L., Rodrigues, D. A., Pereira, F., & Pagnussat, A. S. (2014). Effects of functional and analytical strength training on upper-extremity activity after stroke: a randomized controlled trial. *Brazillian Journal of Physical Therapy*.
- Gulabivala, K., & Ng, Y.-L. (2014). *Endodontics* (4 ed.). China: Elsevier.
- Guler, H., & Ata, F. (2013). Design and implementation of training mechanical ventilator set for clinicians and students. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 493-6.
- Gusti. (2016, Desember 29). Dipetik Oktober 23, 2018, dari Gustiners.com: <https://gustinerz.com/ppni-terbitkan-standar-diagnosisi-keperawatan-indonesia/>
- Hardiker, N. R., Kim, T. Y., Coenen, A. M., & Jansen, K. R. (2011). A Dynamic Classification Approach for Nursing. *AMIA Annual Symposium Proceedings*, (hal. 543-548).
- Harris, J., & Eng, J. (2010). Strength training improves upper-limb function in individuals with stroke: a meta-analysis. *STROKEAHA*.
- Johnson, C. (2018). Design, organization and staffing of the intensive care unit. *Surgery*, 36(4), 159-165.
- Karcioglu, O., Topacoglu, H., Dikme, O., & Dikme, O. (2018). A systematic review of the pain scales in adults: Which to use? *American Journal of Emergency Medicine*, 707-714.

- Katz, S., Downs, T. D., Cash, H. R., & Grotz, R. C. (1970). Progress in Development of the Index of ADL. *The Gerontologist*.
- Kemkes RI. (2016). *Situasi Lanjut Usia (LANSIA) di Indonesia*. Jakarta: Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI.
- Kepmenkes RI. (2010). *Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan Intensive Care Unit (ICU) di Rumah Sakit*. Jakarta: Menteri Kesehatan Republik Indonesia.
- Kim, T. Y., Coenen, A., & Hardiker, N. (2012). Semantic mappings and locality of nursing diagnostic concepts in UMLS. *Journal of Biomedical Informatics*.
- Koulenti, D., & Tsigou, E. (2017). Nosocomial pneumonia in 27 ICUs in Europe: perspectives from the EU-VAP/CAP study . *European Journal of Clinical Microbiology & Infectious Diseases*, 1999-2006.
- Kozier, B., Erb, G., Berman, A., & J.Snyder, S. (2010). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan: konsep, teori, dan praktik* (7 ed., Vol. 1). (D. Widiarti, E. A. Mardella, N. B. Subekti, L. Helena, Penyunt., P. E. Wahyuni, D. Yulianti, Y. Yuningsih, A. Lusyana, & W. Eka, Penerj.) Jakarta: EGC.
- Kusumawardhani, N. A. (2015). *Penerapan Skala Bradendengan Masalah Keperawatan Kerusakan Integritas Kulit pada Klien Diagnosa Medis CA Medulla Spinalis Diruang Paviliun VII B RSAL DR. RAMELAN SURABAYA*. Surabaya: Universitas Nahdlatul Ulama Surabaya.
- Lapau, B. (2013). *Metode Penelitian Kesehatan: Metode Ilmiah Penulisan Skripsi, Tesis, dan Disertasi* (2 ed.). Jakarta: Yayasan Pustaka Obor Indonesia.
- Marmo, L., & Fowler, S. (2010). Pain Assessment Tool in the Critically Ill Post-Open Heart Surgery Patient Population. *Pain Management Nursing*, 11(3), 134-140.
- Morse, J. M., & Tylko, R. M. (1989). Development of a Scale to Identify the Fall-Prone Patient. *Canadian Journal on Aging*, 8(04), 366-377.
- Mu'ller-Staub, M., Lavin, M. A., Needham, I., & Achterberg, T. v. (2006). Nursing diagnoses, interventions and outcomes – application and impact on nursing practice: systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 56(5), 524-531.
- NANDA-I. (2015). *Diagnosis Keperawatan: Definisi dan Klasifikasi 2015-2017* (10 ed.). (T. H. Herdman, S. Kamitsuru, Penyunt., B. A. Keliat, H. D. Windarwati, A. Pawirowiyono, & M. Subu, Penerj.) Jakarta: EGC.

- NANDA-I. (2018). *NANDA-I Diagnosis Keperawatan: Definisi dan Klasifikasi* (11 ed.). (T. H. Herdman, S. Kamitsuru, Penyunt., B. A. Keliat, H. S. Mediani, & T. Tahlil, Penerj.) Jakarta: EGC.
- Notoatmodjo, S. (2012). *Metodelogi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nursalam. (2015). *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan: Pendekatan Praktis* (4 ed.). (P. P. Lestari, Penyunt.) Jakarta: Salemba Medika.
- Paans, W., Roos MB Nieweg, C. P., & Sermeus, W. (2011). What factors influence the prevalence and accuracy of nursing diagnoses documentation in clinical practice? A systematic literature review. *Journal Clinical Nursing*, 20, 2386-2403.
- Payen, J.-F., Bru, O., Bosson, J.-L., Lagrasta, A., NovelT, E., Deschaux, I., . . . Jacquot, C. (2001). Assessing pain in critically ill sedated patients by using a behavioral pain scale. *Critical Care Medicine*, 29(12), 2258-2263.
- Peni, T. (2014). Kecemasan keluarga pasien ruang ICU Rumah Sakit Daerah Sidoarjo. *Hospital Majapahit*, 6(1), 86-97.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2010). *Essential of Nursing Research: Appraising Evidence for Nursing Practice* (7 ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Potter, P. A., & Perry, A. G. (2005). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan* (4 ed., Vol. 1). (D. Yulianti, M. Ester, Penyunt., Y. Asih, M. Sumarwati, D. Evriyani, L. Mahmudah, E. Panggabean, Kusriani, . . . E. Novieastari, Penerj.) Jakarta: EGC.
- Potter, P. A., Perry, A. G., Stockert, P. A., & M Hall, A. (2017). *Fundamentals of Nursing* (9 ed.). Missouri: Elsevier.
- PPNI. (2016). *Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia*. Jakarta: PPNI.
- PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik* (1 ed.). Jakarta: DPP PPNI.
- Rijkenberg, S., Stilma, W., J.Bosman, R., Meer, N. d., & H.J.van der Voort, P. (2017). Pain Measurement in Mechanically Ventilated Patients After Cardiac Surgery: Comparison of the Behavioral PainScale (BPS) and the Critical-Care Pain Observation Tool (CPOT). *Critical Care Medicine*, 1227-1234.

- SARI Working Group. (2011). *Guidelines for The Prevention of Ventilator Associated Pneumonia in adults in Ireland*. Ireland: SARI Working Group.
- Sugiyono. (2017). *Statistika Untuk Penelitian*. Bandung: Alfabeta.
- Talbot, L. A., & Meyers-Marquadt, M. (1997). *Pengkajian Keperawatan Kritis* (2 ed.). (M. Ester, Penyunt., & A. Maryunani, Penerj.) Jakarta: EGC.
- Teasdale, G., & Jennett, B. (1974). Assessment of Coma and Impaired Consciousness. *The Lancet*, 81-84.
- Yasmin, N. G., & Effendy, C. (2003). *Keperawatan Medikal Bedah: Klien dengan Gangguan Sistem Pernapasan*. Jakarta: EGC.
- Yoo, E. J., Edwards, J. D., Dean, M. L., & Dudley, R. A. (2014). Multidisciplinary Critical Care and Intensivist Staffing: Results of a Statewide Survey and Association With Mortality. *Journal of Intensive Care Medicine*.
- Yunita, R. (2014). "Pengaruh Open Suction System Terhadap Kolonisasi *Staphylococcus Aureus* Pada Pasien Dengan Ventilator Mekanik di Ruang ICU RSD dr. Soebandi Jember". Skripsi. Jember.



LAMPIRAN

Lampiran A. Lembar Informasi untuk Klien Tanpa Penurunan Kesadaran**KODE RESPONDEN:****PENJELASAN PENELITIAN**

Sehubungan dengan penyelesaian tugas akhir program studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Jember, maka saya:

Nama : Risa Syahbana Badar

NIM : 152310101100

Alamat : Jl. Kalimantan X, No. 173 (Pondok Pesantren Mahasiswi Al-Husna)

No telepon : 082335404218

Bermaksud akan mengadakan penelitian yang berjudul “Gambaran Diagnosis Keperawatan menurut SDKI (Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia) di Ruang ICU (*Intensive Care Unit*) RSD dr. Soebandi Jember”. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran diagnosis keperawatan menurut SDKI pada klien di ruang ICU RSD dr. Soebandi Jember. Partisipan yang dilibatkan dalam penelitian adalah klien yang dirawat diruang ICU RSD dr. Soebandi Jember. Prosedur penelitian berupa pengkajian keperawatan yang dilakukan selama klien dirawat diruang ICU RSD dr. Soebandi Jember oleh perawat ahli.

Sehubungan dengan hal tersebut, maka saya mohon kesediaan anda untuk menjadi responden dalam penelitian ini. Penelitian ini tidak akan menimbulkan kerugian bagi anda sebagai responden. Segala informasi akan dijaga kerahasiannya dan hanya dipergunakan untuk kepentingan penelitian. Apabila anda sebagai responden memutuskan untuk mundur, boleh mengundurkan diri dari penelitian kapan pun. Jika anda bersedia menjadi responden, maka saya mohon kesediaan anda untuk menandatangani lembar persetujuan yang saya lampirkan. Atas perhatian dan kesediannya menjadi responden saya ucapkan terimakasih.

Jember,2018

Risa Syahbana Badar
NIM 152310101100

Lampiran B. Lembar Persetujuan untuk Klien Tanpa Penurunan Kesadaran

KODE RESPONDEN:

PERSETUJUAN SEBAGAI RESPONDEN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama :
Usia :
Alamat :
No. Telp :

Menyatakan bersedia menjadi responden penelitian dari:

Nama : Risa Syahbana Badar
NIM : 152310101100
Program Studi : Ilmu Keperawatan
Judul penelitian : “Gambaran Diagnosis Keperawatan menurut SDKI (Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia) di Ruang ICU (*Intensive Care Unit*) RSD dr. Soebandi Jember”

Setelah membaca informasi tentang penelitian yang akan dilakukan, tanpa paksaan dari pihak manapun saya bersedia menjadi responden. Saya mengetahui tidak ada risiko yang membahayakan dalam penelitian ini, jaminan kerahasiaan data yang digunakan akan dijaga dan juga mamahami manfaat penelitian ini bagi responden.

Dengan ini saya menyatakan secara sadar dan sukarela bersedia untuk ikut menjadi responden penelitian serta bersedia menjawab semua pertanyaan sengan sebenarnya dalam penelitian ini. Persetujuan ini saya buat dalam keadaan sadar dan tanpa adanya paksaan dari siapapun.

Jember,2018

(.....)

Lampiran C. Lembar Informasi untuk Klien dengan Penurunan Kesadaran

KODE RESPONDEN:

PENJELASAN PENELITIAN

Sehubungan dengan penyelesaian tugas akhir program studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Jember, maka saya:

Nama : Risa Syahbana Badar

NIM : 152310101100

Alamat : Jl. Kalimantan X, No. 173 (Pondok Pesantren Mahasiswi Al-Husna)

No telephon : 082335404218

Bermaksud akan mengadakan penelitian yang berjudul “Gambaran Diagnosis Keperawatan menurut SDKI (Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia) di Ruang ICU (*Intensive Care Unit*) RSD dr. Soebandi Jember”. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran diagnosis keperawatan menurut SDKI pada klien di ruang ICU RSD dr. Soebandi Jember. Partisipan yang dilibatkan dalam penelitian adalah klien yang dirawat diruang ICU RSD dr. Soebandi Jember. Prosedur penelitian berupa pengkajian keperawatan yang dilakukan selama klien dirawat diruang ICU RSD dr. Soebandi Jember.

Sehubungan dengan hal tersebut, maka saya mohon kesediaan anda sebagai anggota keluarga dari klien untuk menyetujui klien menjadi responden dalam penelitian ini. Penelitian ini tidak akan menimbulkan kerugian bagi responden. Segala informasi akan dijaga kerahasiannya dan hanya dipergunakan untuk kepentingan penelitian. Apabila responden memutuskan untuk mundur, boleh mengundurkan diri dari penelitian kapan pun. Jika anda menyetujui anggota keluarga anda menjadi responden, maka saya mohon kesediaan anda untuk menandatangani lembar persetujuan yang saya lampirkan. Atas perhatian dan kesediannya saya ucapkan terimakasih.

Jember,2018

Risa Syahbana Badar
NIM 152310101100

Lampiran D. Lembar Persetujuan untuk Klien dengan Penurunan Kesadaran

KODE RESPONDEN:

PERSETUJUAN SEBAGAI RESPONDEN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama :
Usia :
Alamat :
No. Telp :
Nama anggota keluarga (klien) :
NRM :
Hubungan dengan klien :

Menyatakan meyetujui anggota keluarga saya menjadi responden penelitian dari:

Nama : Risa Syahbana Badar
NIM : 152310101100
Program Studi : Ilmu Keperawatan
Judul penelitian : “Gambaran Diagnosis Keperawatan menurut SDKI (Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia) di Ruang ICU (*Intensive Care Unit*) RSD dr. Soebandi Jember”

Setelah membaca informasi tentang penelitian yang akan dilakukan, tanpa paksaan dari pihak manapun saya menyetujui anggota keluarga saya menjadi responden dalam penelitian ini. Saya mengetahui tidak ada risiko yang membahayakan dalam penelitian ini, jaminan kerahasiaan data yang digunakan akan dijaga dan juga mamahami manfaat penelitian ini bagi responden.

Dengan ini saya menyatakan secara sadar dan sukarela menyetujui anggota keluarga saya menjadi responden dalam penelitian ini. Persetujuan ini saya buat dalam keadaan sadar dan tanpa adanya paksaan dari siapapun.

Jember,2018

(.....)

Lampiran E. Format Pengkajian**FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER
FORMAT PENGKAJIAN KEPERAWATAN KRITIS
(INSTALASI RAWAT INTENSIF)**

Tempat Pengkajian :
Tanggal :
Dilakukan oleh :

I. Identitas Klien

Nama :	No. RM :
Tanggal Lahir :	Tanggal MRS :
Jenis Kelamin :	Tanggal masuk IRI :
Agama :	Asal ruang/ RS :
Pendidikan :	Tanggal Pengkajian :
Pekerjaan :	Sumber Informasi :
Alamat :	
Status Perkawinan :	

II. Riwayat Kesehatan**1. Diagnosis medik**

.....
.....

2. Keluhan utama dan alasan masuk instalasi rawat intensif

Keluhan utama :

.....
.....

Alasan :

.....
.....

3. Riwayat penyakit sekarang

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

4. Riwayat kesehatan terdahulu:

a. Penyakit yang pernah dialami

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

b. Alergi (obat, makanan, dll)

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

c. Imunisasi

- BCG : Ya/Tidak
- Hepatitis : Ya/Tidak
- Polio : Ya/Tidak
- DPT : Ya/Tidak
- Campak : Ya/Tidak
- Lain-lain :

d. Kebiasaan/pola hidup

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

e. Obat-obatan yang digunakan











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

5. Riwayat penyakit keluarga

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

Genogram:

Keterangan :

- Laki-laki : 
- Perempuan : 
- Menikah : 
- Cerai : 
- Anak kandung : 
- Anak angkat : 
- Anak kembar : 
- Pasien : 
- Meninggal : 
- Tinggal serumah : 

III. Pengkajian Keperawatan

1. Pengkajian Umum & Keasadaran

Tanda vital & nyeri

TD :

Nadi :

Suhu :

RR :

Pengkajian nyeri

P :

Q :

R :

S :

T :

Atau

BPS:

Keasadaran

.....

2. Kepala

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

3. Mata

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

4. Hidung

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

5. Telinga

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

6. Mulut

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

7. Leher

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

.....
.....

8. Thorax

Jantung

I :

P :

P :

A :

Paru

I :

P :

P :

A :

Thorax Secara umum:

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

9. Abdomen

I :

A :

P :

P :

10. Urogenital

I :

P :

11. Punggung dan Sakrum

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

12. Muskuloskeletal

Ekstremitas Atas

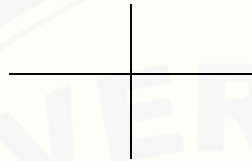
I :

P :
.....

Ekstremitas Bawah

I :

P :



13. Sistem syaraf

.....

IV. Pengkajian Pola Gordon

1. Pola Persepsi Kesehatan dan Manajemen Kesehatan

.....

2. Pola Nutrisi-Metabolik

No	Pola Nutrisi	Sebelum MRS	Saat di RS
Makanan			
1.	Frekuensi makan		
2	Porsi makan		
3	Varian makanan		
4	Nafsu makan		
5	Keluhan makan		
6	Suplemen/vitamin		
Minuman			
1	Jumlah		
2	Jenis		
3	Keluhan makan/ minum		

Interpretasi:

.....

3. Pola Eliminasi

No	Pola Eliminasi	Sebelum MRS	Saat di RS
BAB			
1.	Frekuensi		
2	Karakter		
3	Kontrol		
4	Jumlah		
5	Ketidaknyamanan		
BAK			
1	Frekuensi		
2	Karakter		
3	Kontrol		
4	Jumlah		
5	Ketidaknyamanan		

Interpretasi:

.....

4. Pola Aktivitas dan Latihan

Aktivitas harian (Activity Daily Living)			
Kemampuan perawatan diri	Mandiri	Parsial	Total
Mandi			
Berpakaian			
Toileting			
Mobilitas			
BAB dan BAK			
Makan dan minum			
Nilai KATZ			

Interpretasi:

.....

6. Pola Tidur-Istirahat

Istirahat dan Tidur	Sebelum sakit	Saat di rumah sakit
Durasi		
Gangguan tidur		
Keadaan bangun tidur		
Lain-lain		

Interpretasi:

.....

6. Pola Kognitif-Persepsi

.....

7. Pola Persepsi Diri dan Konsep Diri

.....

8. Pola Peran dan Hubungan

.....

9. Pola Seksualitas dan Reproduksi

.....

10. Pola Koping-Stres

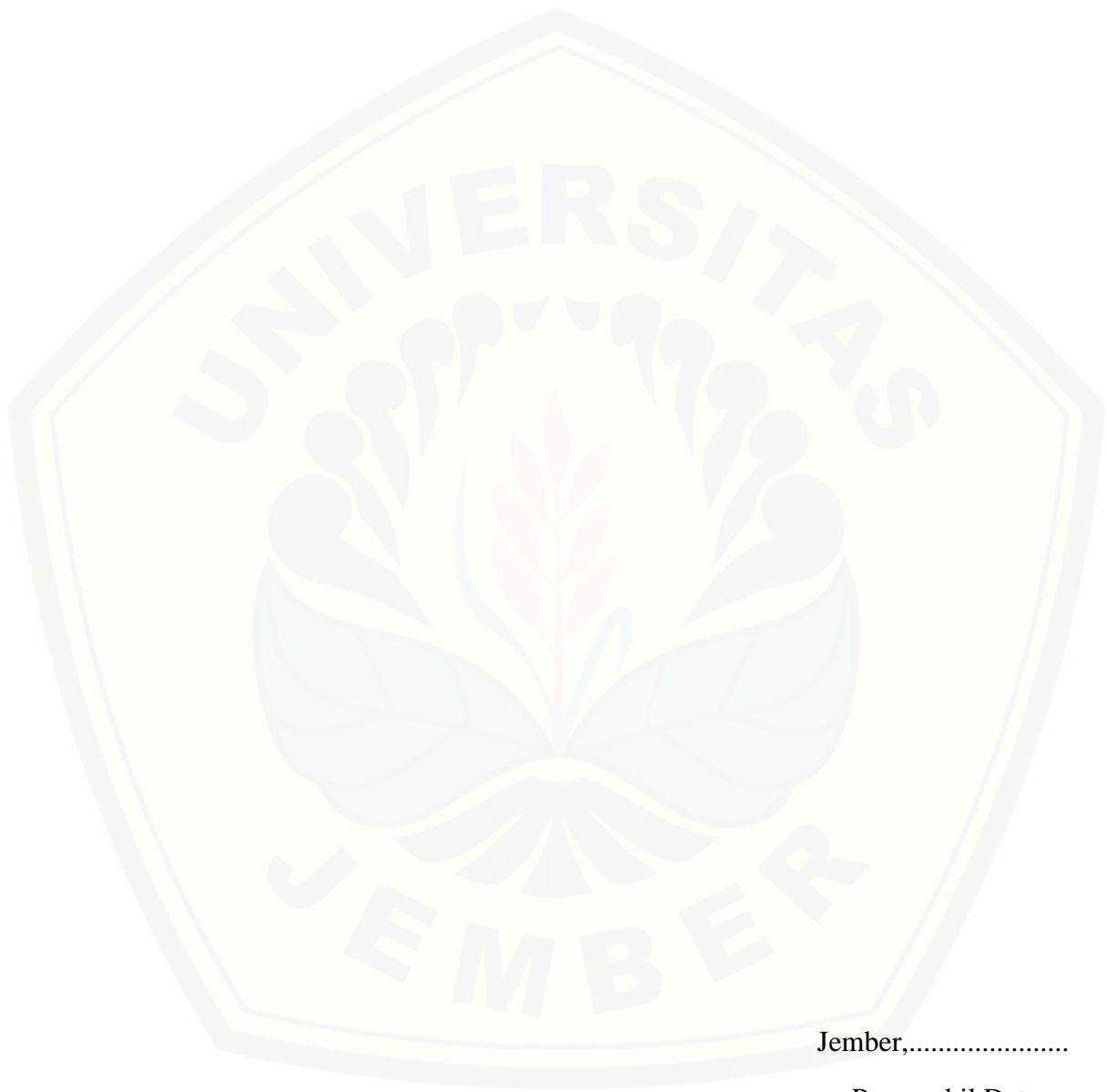
.....

11. Pola Nilai dan Keyakinan

.....

V. Terapi Enteral

No.	Jenis Terapi	Dosis dan Rute Pemberian	Indikasi dan Kontra Indikasi	Efek Samping	Implikasi Keperawatan
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					

VI. Pemeriksaan Penunjang & Laboratorium

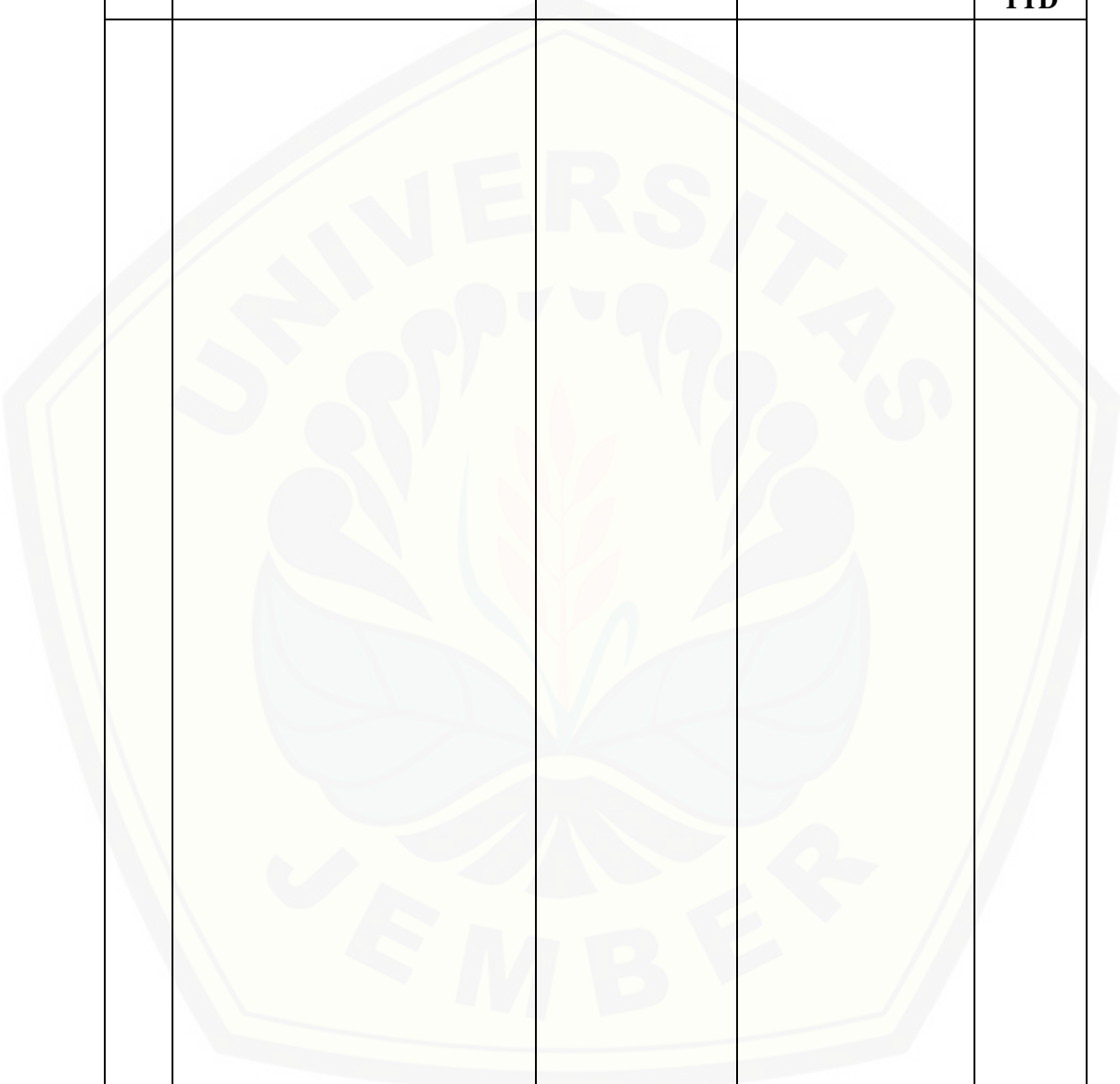
Jember,.....

Pengambil Data

Peneliti

ANALISIS DATA

NO	DATA PENUNJANG	ETIOLOGI	MASALAH	NAMA & TTD

A large, semi-transparent watermark of the Universitas Jember logo is centered on the page. The logo is a shield-shaped emblem with a yellow background and a blue border. It features a stylized green and blue plant or tree in the center, with the word 'UNIVERSITAS' arched across the top and 'JEMBER' arched across the bottom.

DIAGNOSIS KEPERAWATAN

Daftar diagnosis keperawatan:

No	Diagnosis Keperawatan	Tanggal perumusan	Keterangan	Nama dan TTD

**FORM PENGKAJIAN NYERI BPS (BEHAVIORAL PAIN SCALE)
PADA KLIEN TERPASANG VENTILATOR**

Indikator	Deskripsi	Nilai
Ekspresi wajah	Tenang	1
	Sedikit tegang (alis mata turun)	2
	Sangat tegang	3
	Meringis	4
Lengan	Tidak bergerak	1
	Ditekuk sebagian	2
	Ditekuk dengan refleks jari	3
	Retraksi secara permanen	4
Kesesuaian dengan ventilator	Toleransi baik walau digerakkan	1
	Batuk bila digerakkan	2
	Melawan ventilator	3
	Tidak dapat menyesuaikan dengan ventilator	4
Total		

**FORM PENGKAJIAN NYERI BPS (BEHAVIORAL PAIN SCALE)
PADA KLIEN TIDAK TERPASANG VENTILATOR**

Indikator	Deskripsi	Nilai
Ekspresi wajah	Tenang	1
	Sedikit tegang (alis mata turun)	2
	Sangat tegang	3
	Meringis	4
Lengan	Tidak bergerak	1
	Ditekuk sebagian	2
	Ditekuk dengan refleks jari	3
	Retraksi secara permanen	4
Kesesuaian dengan ventilator	Tidak ada suara kesakitan	1
	Mengerang tidak sering (≤ 3 x/menit) dan tidak berkepanjangan (≤ 3 detik)	2
	Mengerang tidak sering (> 3 x/menit) atau tidak berkepanjangan (> 3 detik)	3
	Menggerutu atau protes secara verbal seperti ow, oh, dan menahan nafas	4
Total		

Catatan:

3-4 : tidak mengalami nyeri

5-7 : nyeri cukup

8-12 : nyeri maksimal

Skala Jatuh dari Morse

Nama klien :

Umur :

Tanggal :

No	Pengkajian	Skala		Nilai	Ket
		Tidak	Ya		
1	Riwayat jatuh	Tidak	0		
		Ya	25		
2	Diagnosis Sekunder	Tidak	0		
		Ya	15		
3	Alat bantu jalan				
	1) Bed rest atau dibantu perawat		0		
	2) Kruk/tongkat/walker		15		
	3) Berpegangan pada benda disekitar		30		
4	Terapi intravena/heparin lock	Tidak	0		
		Ya	20		
5	Gaya berjalan				
	4) Normal/bedrest/tidak dapat bergerak sendiri		0		
	5) Lemah		10		
	6) gangguan/tidak normal		20		
6	Status mental				
	7) meyakini kondisinya		0		
	8) keterbatasan dalam mengingat		15		
Total					

Catatan:

0-24 : risiko rendah

25-44 : risiko sedang

≥45 : risiko tinggi

Skala Braden

PARAMETER	TEMUAN				SKOR
	1	2	3	4	
Persepsi sensori	Tidak merasakan atau respon terhadap stimulus nyeri, kesadaran menurun	Gangguan sensori pada bagian ½ permukaan tubuh atau hanya berespon pada stimuli nyeri	Gangguan sensori pada 1 atau 2 ekstremitas atau berespon pada perintah verbal tapi tidak selalu mampu mengatakan ketidaknyamanan	Tidak ada gangguan sensori, berespon penuh terhadap perintah verbal.	
Kelembapan	Selalu terpapar oleh keringat atau urine basah	Sangat lembab	Kadang lembab	Kulit kering	
Aktivitas	Terbaring ditempat tidur	Tidak bisa berjalan	Berjalan dengan atau tanpa bantuan, jarak terbatas	Dapat berjalan sekitar Ruangan	
Mobilitas	Tidak mampu bergerak	Tidak dapat merubah posisi secara tepat dan teratur	Dapat membuat perubahan posisi tubuh atau ekstremitas dengan mandiri	Dapat merubah posisi tanpa bantuan	
Nutrisi	Tidak dapat menghabiskan 1/3 porsi makannya, sedikit minum, puasa atau minum air putih, atau mendapat infus lebih dari 5 hari	Jarang mampu menghabiskan ½ porsi makanannya atau intake cairan kurang dari jumlah optimum	Mampu menghabiskan lebih dari ½ porsi makannya	Dapat menghabiskan porsi Makannya	
Gesekan	Tidak mampu mengangkat badannya sendiri, atau spastik, kontraktur atau Gelisah	Mebutuhkan bantuan maksimal mengangkat tubuhnya	Mebutuhkan bantuan minimal mengangkat tubuhnya		
TOTAL SKOR					

Catatan:

Risiko parah : ≤ 9

Risiko ringan : 15-18

Risiko sedang : 13-14

Risiko tinggi : 10-12

Lampiran F. Karakteristik Klien di ruang ICU RSD dr. Soebandi Jember

Jenis kelamin

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Laki-laki	16	51,6	51,6	51,6
	Perempuan	15	48,4	48,4	100,0
Total		31	100,0	100,0	

Usia

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	17-25	7	22,6	22,6	22,6
	26-35	4	12,9	12,9	35,5
	36-45	1	3,2	3,2	38,7
	46-55	6	19,4	19,4	58,1
	56-65	9	29,0	29,0	87,1
	>65	4	12,9	12,9	100,0
	Total	31	100,0	100,0	

Kasus

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Cedera otak berat	5	16,1	16,1	16,1
	Cedera Otak Sedang	2	6,5	6,5	22,6
	Cedera Otak Ringan	1	3,2	3,2	25,8
	Meningioma	1	3,2	3,2	29,0
	Tumor intraventrikal	1	3,2	3,2	32,3
	Peritonitis genoralisata	4	12,9	12,9	45,2
	Spinal cord injury	1	3,2	3,2	48,4
	CVA	5	16,1	16,1	64,5
	CA prostat	1	3,2	3,2	67,7
	Odem paru	1	3,2	3,2	71,0
	Preekalamsia	2	6,5	6,5	77,4
	Pneumothoraks	1	3,2	3,2	80,6
	CHF	1	3,2	3,2	83,9
	Hernia Incarcerata	1	3,2	3,2	87,1
	Burst abdomen	1	3,2	3,2	90,3
	Tumor cerebri	1	3,2	3,2	93,5
	Tumor ginjal	1	3,2	3,2	96,8
	26	1	3,2	3,2	100,0
	Total	31	100,0	100,0	

Ventilator

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Menggunakan ventilator	26	83,9	83,9	83,9
	Tidak menggunakan ventilator	5	16,1	16,1	100,0
	Total	31	100,0	100,0	

Lampiran G. Diagnosis Keperawatan pada Klien di ruang ICU RSD dr. Soebandi Jember

Defisitperawatandiri

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Iya	31	100,0	100,0	100,0

Risiko infeksi

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Iya	31	100,0	100,0	100,0

Gangguan mobilitas fisik

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak	1	3,2	3,2	3,2
	Iya	30	96,8	96,8	100,0
	Total	31	100,0	100,0	

Nyeriakut

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak	2	6,5	6,5	6,5
	Iya	29	93,5	93,5	100,0
	Total	31	100,0	100,0	

Risiko luka tekan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak	4	12,9	12,9	12,9
	Iya	27	87,1	87,1	100,0
	Total	31	100,0	100,0	

Bersihan jalan napas tidak efektif

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak	5	16,1	16,1	16,1
	Iya	26	83,9	83,9	100,0
	Total	31	100,0	100,0	

Risiko defisit nutrisi

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak	5	16,1	16,1	16,1
	iya	26	83,9	83,9	100,0
	Total	31	100,0	100,0	

Gangguan komunikasi verbal

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak	5	16,1	16,1	16,1
	iya	26	83,9	83,9	100,0
	Total	31	100,0	100,0	

Risiko jatuh

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak	5	16,1	16,1	16,1
	Iya	26	83,9	83,9	100,0
	Total	31	100,0	100,0	

Perfusi perifer tidak efektif

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak	9	29,0	29,0	29,0
	Iya	22	71,0	71,0	100,0
	Total	31	100,0	100,0	

Pola napas tidak efektif

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak	11	35,5	35,5	35,5
	Iya	20	64,5	64,5	100,0
	Total	31	100,0	100,0	

Penurunan kapasitas adaptif intrakranial

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak	15	48,4	48,4	48,4
	Iya	16	51,6	51,6	100,0
	Total	31	100,0	100,0	

Risiko ketidakseimbangan elektrolit

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak	16	51,6	51,6	51,6
	Iya	15	48,4	48,4	100,0
	Total	31	100,0	100,0	

Gangguan pertukaran gas

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak	27	87,1	87,1	87,1
	Iya	4	12,9	12,9	100,0
	Total	31	100,0	100,0	

Ketidakstabilan glukosa darah

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak	27	87,1	87,1	87,1
	Iya	4	12,9	12,9	100,0
	Total	31	100,0	100,0	

Gangguan pola tidur

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak	27	87,1	87,1	87,1
	iya	4	12,9	12,9	100,0
	Total	31	100,0	100,0	

Risiko syok

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak	28	90,3	90,3	90,3
	iya	3	9,7	9,7	100,0
	Total	31	100,0	100,0	

Neusea

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak	29	93,5	93,5	93,5
	Iya	2	6,5	6,5	100,0
	Total	31	100,0	100,0	

Disfungsi motilitas gastrointestinal

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak	29	93,5	93,5	93,5
	Iya	2	6,5	6,5	100,0
	Total	31	100,0	100,0	

Hipertermi

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak	29	93,5	93,5	93,5
	Iya	2	6,5	6,5	100,0
	Total	31	100,0	100,0	

Hipotermi

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak	29	93,5	93,5	93,5
	Iya	2	6,5	6,5	100,0
	Total	31	100,0	100,0	

Risiko perfusi renal tidak efektif

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak	30	96,8	96,8	96,8
	Iya	1	3,2	3,2	100,0
	Total	31	100,0	100,0	

Gangguan integritas kulit

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak	30	96,8	96,8	96,8
	Iya	1	3,2	3,2	100,0
	Total	31	100,0	100,0	

Intoleransi aktivitas

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak	30	96,8	96,8	96,8
	Iya	1	3,2	3,2	100,0
	Total	31	100,0	100,0	

Lampiran H. Surat-Surat



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS JEMBER
FAKULTAS KEPERAWATAN
Alamat : Jl. Kalimantan 37 Telp./ Fax. (0331) 323450 Jember

Nomor : 6546/UN25.1.14/LT/2018

Jember, 09 November 2018

Lampiran : -

Perihal : Permohonan Ijin Melaksanakan Penelitian

Yth. Ketua LP2M
Universitas Jember

Dengan hormat,

Sehubungan dengan penyusunan tugas akhir/skripsi mahasiswa Fakultas Keperawatan Universitas Jember berikut :

nama : Risa Syahbana Badar

N I M : 152310101100

keperluan : Permohonan Ijin Melaksanakan Penelitian

judul penelitian : Gambaran Diagnosis Keperawatan Menurut SKDI di Ruang ICU RSD
dr. Soebandi jember

lokasi : Rumah Sakit Daerah dr. Soebandi Jember

waktu : satu bulan

mohon diterbitkan surat pengantar ke instansi terkait atas nama yang bersangkutan untuk pelaksanaannya.

Demikian, atas bantuan dan kerjasamanya kami sampaikan terima kasih.



Ns. Lantini Sulistyorini, S.Kep., M.Kes.
NIP. 19780323 200501 2 002



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS JEMBER
FAKULTAS KEPERAWATAN

Alamat : Jl. Kalimantan 37 Telp./ Fax. (0331) 323450 Jember

Nomor : 6546/UN25.1.14/LT/2018 Jember, 09 November 2018
Lampiran : -
Perihal : Permohonan Ijin Melaksanakan Penelitian

Yth. Ketua LP2M
Universitas Jember

Dengan hormat,

Sehubungan dengan penyusunan tugas akhir/skripsi mahasiswa Fakultas Keperawatan Universitas Jember berikut :

nama : Risa Syahbana Badar
N I M : 152310101100
keperluan : Permohonan Ijin Melaksanakan Penelitian
judul penelitian : Gambaran Diagnosis Keperawatan Menurut SKDI di Ruang ICU RSD dr. Soebandi jember
lokasi : Rumah Sakit Daerah dr. Soebandi Jember
waktu : satu bulan

mohon diterbitkan surat pengantar ke instansi terkait atas nama yang bersangkutan untuk pelaksanaannya.

Demikian, atas bantuan dan kerjasamanya kami sampaikan terima kasih.



Ns. Lantini Sulistyorini, S.Kep., M.Kes.
NIP. 19780323 200501 2 002



PEMERINTAH DAERAH KABUPATEN JEMBER
BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK
 Jalan Letjen S Parman No. 89 ■ 337853 Jember

Kepada
 Yth. Sdr. Direktur RSD. dr. Soebandi Jember
 di -
 JEMBER

SURAT REKOMENDASI
 Nomor : 072/2812/415/2018

Tentang

PENELITIAN

- Dasar : 1. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 64 tahun 2011 tentang Pedoman Penerbitan Rekomendasi penelitian sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri nomor 7 Tahun 2014 Tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 64 Tahun 2011;
 2. Peraturan Bupati Jember No. 46 Tahun 2014 tentang Pedoman Penerbitan Surat Rekomendasi Penelitian Kabupaten Jember

Memperhatikan : Surat Ketua Lembaga Penelitian dan Pengabdian kepada Masyarakat Universitas Jember tanggal 19 Nopember 2018 Nomor : 5089/UN25.3.1/LT/2018 perihal Penelitian

MEREKOMENDASIKAN

Nama / NIM. : Risa Syahbana Badar / 152310101100
 Instansi : Fakultas Keperawatan Universitas Jember
 Alamat : Jl. Kalimantan X/173, Sumbersari, Jember
 Keperluan : Melaksanakan Penelitian dengan judul :
 "Gambaran Diagnosis Keperawatan Menurut SDKI (Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia) di Ruang ICU (Intensive Care Unit) RSD. dr. Soebandi Jember"
 Lokasi : RSD. dr. Soebandi Jember
 Waktu Kegiatan : Nopember s/d Desember 2018

Apabila tidak bertentangan dengan kewenangan dan ketentuan yang berlaku, diharapkan Saudara memberi bantuan tempat dan atau data seperlunya untuk kegiatan dimaksud

1. Kegiatan dimaksud benar-benar untuk kepentingan Pendidikan
2. Tidak dibenarkan melakukan aktivitas politik
3. Apabila situasi dan kondisi wilayah tidak memungkinkan akan dilakukan penghentian kegiatan.

Demikian atas perhatian dan kerjasamanya disampaikan terima kasih.

Ditetapkan di : Jember
 Tanggal : 23-11-2018

An. KEPALA BAKESBANG DAN POLITIK
 KABUPATEN JEMBER
 Kabid. Kaban Strategis dan Politik

ACHMAD DAVID N. S. ROS
 Renata
 NIP. 19690421199821001

Tembusan :
 Yth. Sdr. : 1. Ketua LP2M Universitas Jember;
 2. Yang Bersangkutan.



PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER
RUMAH SAKIT DAERAH dr. SOEBANDI JEMBER
Jl.Dr.Soebandi 124 Telp. (0331) 487441 – 422404 Fax. (0331) 487564
JEMBER



Jember, 30 Nopember 2018

Nomor : 423.4/ /610/2018
Sifat : Penting
Perihal : Permohonan Ijin Penelitian

Kepada
Yth. Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Jember
Jln. Kalimantan No.37
Di
JEMBER

Menindak lanjuti surat permohonan saudara Nomor :
5089/UN25.3.1/LT/2018 Tanggal 19 Nopember 2018 perihal tersebut pada
pokok surat, dengan ini kami sampaikan bahwa pada prinsipnya kami
menyetujui permohonan saudara untuk Ijin Penelitian di RSD dr. Soebandi
Jember, kepada :

Nama : Risa Syahbana Badar
NIM : 152310101100
Fakultas : Fakultas Keperawatan UNEJ
Judul Penelitian : Gambaran Diagnosis Keperawatan menurut SDKI
(Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia) di Ruang
ICU (Intensive Care Unit) RSD dr.Soebandi Jember

Sebelum melaksanakan kegiatan tersebut harap berkoordinasi dengan
Bidang Diklat.

Demikian untuk diketahui,atas perhatiannya kami sampaikan terima kasih.



Direktur

H. 7
dr. Hendro Soelistijono, MM.M.Kes
NIP. 19660418 200212 1 001

Tembusan Yth:

1. Ka.Bag/Kabid/Ka.Inst.terkait
2. Ka.Ru terkait
3. Arsip

PERSETUJUAN SEBAGAI PERAWAT AHLI

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : ERNA NURHAYATI
Alamat : Jln. SRIKAYU no 146B Paikrang Jember.
No. Telp : 081 232723498

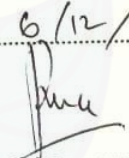
Menyatakan bersedia/~~tidak bersedia~~ menjadi perawat ahli dalam penelitian dari:

Nama : Risa Syahbana Badar
NIM : 152310101100
Program Studi : Ilmu Keperawatan
Judul penelitian : "Gambaran Diagnosis Keperawatan menurut SDKI (Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia) di Ruang ICU (*Intensive Care Unit*) RSD dr. Soebandi Jember"

Dengan ini saya menyatakan secara sadar dan sukarela menyetujui menjadi perawat ahli dalam penelitian ini. Persetujuan ini saya buat dalam keadaan sadar dan tanpa adanya paksaan dari siapapun.

*Coret yang tidak perlu

Jember,6/12/.....2018


(Erna Nurhayati.....)
NIP 197006061993032007.

PERSETUJUAN SEBAGAI PERAWAT AHLI

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : EDY SUYANTO
Alamat : Jln. Darmawangsa Kaliwining Rambah
No. Telp : 081315391060

Menyatakan bersedia/~~tidak bersedia~~ menjadi perawat ahli dalam penelitian dari:

Nama : Risa Syahbana Badar
NIM : 152310101100
Program Studi : Ilmu Keperawatan
Judul penelitian : "Gambaran Diagnosis Keperawatan menurut SDKI (Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia) di Ruang ICU (*Intensive Care Unit*) RSD dr. Soebandi Jember"

Dengan ini saya menyatakan secara sadar dan sukarela menyetujui menjadi perawat ahli dalam penelitian ini. Persetujuan ini saya buat dalam keadaan sadar dan tanpa adanya paksaan dari siapapun.

*Coret yang tidak perlu

Jember,2018

(.....)
NIP 197305021987031003.



PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER
RUMAH SAKIT DAERAH dr. SOEBANDI
Jl. Dr. Soebandi 124 Telp. (0331) 487441 – 422404 Fax. (0331) 487564
JEMBER



SURAT KETERANGAN SELESAI PENELITIAN

Nomor : 423.4/ 337 /610/2019

Yang bertnda tangan di bawah ini :

Nama : **dr. Hendro Soelistijono, MM.M.Kes**

Jabatan : Direktur RSD dr. Soebandi Jember

Alamat : Jln. Dr. Soebandi Nomer. 124 jember

Menerangkan bahwa :

Nama : **Risa Syahbana Badar**

N I M : 152310101100

Fakultas : Fakultas Keperawatan UNEJ

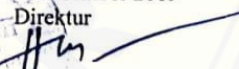
Judul Penelitian : Gambaran Diagnosis Keperawatan menurut SDKI (Standar
Diagnosis Keperawatan Indonesia) di Ruang ICU (Intensive
Care Unit) RSD dr.Soebandi Jember

Tanggal Penelitian : 10 Desember 2018 s/d 31 Desember 2018

Menyatakan bahwa, mahasiswa tersebut telah melaksanakan penelitian di RSD dr.
Soebandi Jember.

Demikian untuk diketahui, dan dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Atas perhatiannya kami sampaikan terima kasih

Jember, 10 Desember 2019
Direktur

dr. Hendro Soelistijono, MM.M.Kes.
NIP. 196604182002121001

Lampiran I. Lembar Bimbingan DPU dan DPA

LEMBAR BIMBINGAN SKRIPSI
PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER

NAMA : Risa Syahbana Badar

NIM : 152310101100

Dosen Pembimbing : Ns. Baskoro Setioputro, M.Kep

Tanggal	Aktivitas	Rekomendasi	TTD
28/18 /08	ACC judul	Kerjakan BAB 1-1	
03/18 /08	BAB 1 & BAB 2	Revisi pengkajian BAB 2, kerangka konsep dan kerangka teori	
15/18 /08	BAB 2 Dasar Pengkajian klien	Revisi pengkajian pola Gordon dan pengkajian fisik	
22/18 /08	BAB 4	Revisi BAB 4 dan BAB 3, lengkapi form pengkajian	
25/18 /08	Lampiran peng kajian keperawatan	Tambahan skala Braden, marse untuk pengkajian, inform consent	
01/18 /09	BAB 4	Teknik sampling quota sampling	

03/18 /10	BAB 4	Teknik sampling ditambah menjadi ^{comprehensive} quota campung	✓
05/18 /10	BAB 4	Cari kriteria perawat ahli, revisi BAB 4	✓
08/18 /10		Acc Sempra	✓
14/19 /01	BAB 5	Revisi pembatasan	✓
15/19 /01	BAB 5-6	Revisi BAB 6	✓
18/19 /01	BAB 1-6	Acc sidang	✓

LEMBAR BIMBINGAN SKRIPSI
PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER

NAMA : Risa Syahbana Badar

NIM : 152310101100

Dosen Pembimbing : Ns. Muhammad Zulfatul A'la, M.Kep

Tanggal	Aktivitas	Rekomendasi	TTD
24 September 2018		Perbaiki bab IV → expert judgement	<i>[Signature]</i>
1 Oktober 2018		Lengkapi Bab I - IV	<i>[Signature]</i>
16 Oktober 2018		Ale slaypro	<i>[Signature]</i>
17/19 /01	Konsul BAB 5 & 6	Perbaiki bagian hasil	<i>[Signature]</i>
17/19 /01	Konsul BAB 5 & 6	Perbaiki tabel	<i>[Signature]</i>
18/19 /01	Konsul BAB 1-6 Abstrak	perbaiki Abstrak	<i>[Signature]</i>

Lampiran J. Dokumentasi

