



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

SKRIPSI

Oleh

**Rindyawati Kusuma Sari
NIM 152310101019**

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



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

SKRIPSI

diajukan guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat untuk menyelesaikan pembelajaran di Program Studi Ilmu Fakultas Keperawatan (S1) dan mencapai gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep)

Oleh

**Rindyawati Kusuma Sari
NIM 1523101019**

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

PERSEMBAHAN

Dengan mengucap syukur atas kehadiran Allah SWT, skripsi ini saya persembahkan untuk:

1. Orang tua yang saya cintai Bapak Moch Sudari dan Ibu Siti Aminah beserta semua keluarga besar saya yang telah memberikan dukungan serta doa untuk keberhasilan dan kesuksesan saya;
2. Ns. Baskoro Setioputro, S.Kep., M.Kep selaku Dosen Pembimbing Utama yang telah memberikan bimbingan dan arahan sehingga skripsi ini dapat tersusun dengan baik;
3. Ns. Wantiyah, S.Kep., M.Kep. selaku Dosen Pembimbing Anggota yang telah memberikan bimbingan dan arahan sehingga skripsi ini dapat tersusun dengan baik;
4. Ns. Kushariyadi, S.Kep., M.Kep. selaku dosen pembimbing akademik yang telah memberikan bimbingan dan arahan selama saya menempuh pendidikan di Fakultas Keperawatan Universitas Jember;
5. Seluruh guru TK, SD, SMP, dan SMA, Almamater Fakultas Keperawatan Universitas Jember, dan seluruh dosen yang telah memberikan ilmu selama proses pembelajaran;
6. Sahabat pejuang satu DPU, DPA yang telah memberikan dukungan dan doa kepada saya selama proses penyusunan skripsi;
7. Semua pihak yang turut membantu dalam penyusunan proposal ini.

MOTO

Janganlah engkau bersedih, sesungguhnya Allah bersama kita (terjemahan Al-Qur'an Surat At-Taubah ayat 39)*

“Jika Allah menolong kamu, maka tak ada orang yang dapat mengalahkan kamu; Jika Allah membiarkan kamu (tidak memberi pertolongan), maka siapakah gerangan yang dapat menolong kamu (selain) dari Allah sesudah itu? Karena itu hendaklah kepada Allah saja orang-orang mukmin bertawakkal. ”
(terjemahan Qs. Al-Imron: 160)*

*) Kementerian Agama Republik Indonesia. 2014. Al-Qur'an Terjemahan dan Tajwid. Bandung: Sygma Creative Media Corp

PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Rindyawati Kusuma Sari

NIM : 152310101019

menyatakan dengan sesungguhnya bahwa karya ilmiah yang berjudul “Gambaran Diagnosis Keperawatan Menurut SDKI (Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia) di ruang ICCU (*Intensive Coronary Care Unit*) RSD dr. Soebandi Jember ” ini saya tulis berdasarkan hasil pemikiran saya sendiri kecuali beberapa kutipan yang telah disertai dengan sitasi. Apabila suatu hari dapat dibuktikan bahwa karya ilmiah ini jiplakan, saya bertanggung jawab atas sanksi dari perbuatan tersebut.

Demikian pernyataan ini saya tulis dengan sebenar - benarnya tanpa ada tekanan atau paksaan dari pihak manapun.

Jember, Mei 2019

Yang menyatakan,

Rindyawati Kusum Sari

NIM 152310101019

SKRIPSI

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

Oleh

**Rindyawati Kusuma Sari
NIM 1523101019**

Pembimbing

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

Dosen Pembimbing Anggota : Ns. Wantiyah, S.Kep., M.Kep

PENGESAHAN

Skripsi yang berjudul "Gambaran Diagnosis Keperawatan Menurut SDKI (Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia) di Ruang ICCU (*Intensive Coronary Care Unit*) RSD dr. Soebandi Jember" karya Rindyawati Kusuma Sari telah diuji dan disahkan pada:

hari, tanggal : Rabu, 22 Mei 2019
tempat : Program Studi Ilmu Keperawatan, Fakultas Keperawatan
Universitas Jember

Mengetahui

Dosen Pembimbing Utama



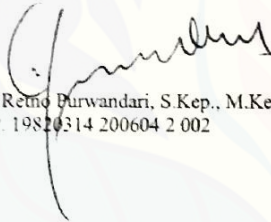
Ns. Baskoro Setioputro, S.Kep., M.Kep.
NIP. 19830505 200812 1 004

Dosen Pembimbing Anggota



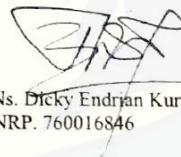
Ns. Wantiyah, S.Kep., M.Kep.
NIP. 19810712 200604 2 001

Penguji I



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

Penguji II



Ns. Dicky Endrjan Kurniawan., S.Kep., M.Kep.
NRP. 760016846

Mengesahkan,

Dekan Fakultas Keperawatan

Universitas Jember



Ns. Laila Sulistyorini, S.Kep., M.Kes.

NIP. 19780323 200501 2 002

Gambaran Diagnosis Keperawatan menurut SDKI (Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia) di Ruang ICCU (*Intensive Coronary Care Unit*) RSD dr. Soebandi Jember (*Nursing Diagnosis in Intensive Coronary Care Unit (ICCU) RSD dr. Soebandi Jember*)

Rindyawati Kusuma Sari

Faculty of Nursing, University of Jember

ABSTRACT

The nursing diagnosis is an important of the nursing process. The Indonesian National Nurses Association (INNA) has developed the Indonesian Nursing Diagnosis Standard or Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) that would be used in Indonesia. This study aimed to identify the nursing diagnosis in ICCU patients based on the SDKI. This study used a descriptive survey with a prospective approach. The sampling technique applied was consecutive sampling. The study result showed there were six nursing diagnoses that often appear; acute pain (33 patients, 82.5%), risk of ineffective myocardial perfusion (32 patients, 80.0%), decreased cardiac output (31 patients, 77.5%), risk of bleeding (30 patients, 75.0%), risk of infection and risk of impaired spontaneous circulation was 29 patients, 72.5%). There were several nursing diagnosis that are difficult to determine because major signs and symptoms did not reach 80-100% according to the SDKI. It is need to do further research to identify and specify the major and minor data for each diagnosis therefore it can be implemented by nurses correctly.

Keywords: *ICCU, nursing diagnoses, SDKI*

RINGKASAN

Gambaran Diagnosis Keperawatan menurut SDKI (Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia) di Ruang ICCU (*Intensive Coronary Care Unit*) RSD dr. Soebandi Jember: Rindyawati Kusuma sari, 152310101019; 2019; xix + 129 halaman; Program Studi Ilmu Keperawatan; Fakultas Keperawatan Universitas Jember

Diagnosis keperawatan merupakan bagian dari proses keperawatan yang menjadi dasar bagi perawat untuk mengambil keputusan mengenai intervensi keperawatan yang sesuai dengan masalah kesehatan pasien. Hal tersebut harus dilakukan oleh perawat yang profesional. Pandangan tentang penerapan diagnosis keperawatan dalam praktek klinis bervariasi, dan setiap lembaga kesehatan menggunakan ringkasan diagnostiknya sendiri (Félix, Ramos, Nascimento, Moreira, & Oliveira, 2018; Mynarikova & Ziakova, 2014).

Diagnosis keperawatan merupakan bagian yang mendasar dalam menentukan asuhan keperawatan yang sesuai untuk membantu klien mencapai kesehatan yang maksimal. Mengingat pentingnya diagnosis keperawatan, sehingga dibutuhkan standar diagnosis keperawatan yang bisa digunakan atau diterapkan secara nasional dengan mengacu pada standar diagnosis yang telah ditetapkan sebelumnya dan sudah diakui secara internasional (PPNI, 2017).

Penelitian ini dilakukan di ruang ICCU RSD dr. Soebandi Jember selama satu bulan. Jenis penelitian ini adalah penelitian kuantitatif. Metode penelitian ini adalah survei deskriptif dengan pendekatan prospektif. Variabel dalam penelitian ini adalah diagnosis keperawatan. Populasi dalam penelitian ini adalah semua klien yang dirawat di ruang ICCU RSD dr. Soebandi Jember. Teknik sampling yang digunakan dalam penelitian ini adalah *consecutive sampling*.

Hasil penelitian menunjukkan enam diagnosis keperawatan yang sering terjadi pada klien di ruang ICCU adalah nyeri akut 33 pasien (82,5%), risiko perfusi miokard tidak efektif 32 pasien (80,0%), penurunan curah jantung 31

pasien (77,5%), risiko perdarahan 30 pasien (75,0%), risiko infeksi dan risiko gangguan sirkulasi spontan sebanyak 29 pasien (72,5%). Tanda dan gejala serta faktor resiko pada pasien dengan gangguan jantung seperti rasa nyeri dada, gelisah, dan faktor risiko seperti hipertensi, aterosklerosis, serta adanya tindakan invasif dan pemberian terapi farmakologi pada pasien jantung, sehingga diagnosis keperawatan nyeri akut, risiko perfusi miokard tidak efektif, penurunan curah jantung, risiko perdarahan, risiko infeksi dan risiko gangguan sirkulasi spontan lebih sering ditegakkan.

Selama penelitian terdapat beberapa diagnosis keperawatan yang masih sulit untuk ditegakkan karena tidak mencapai 80-100%, berdasarkan SDKI dalam menegakkan diagnosis aktual harus mencapai 80-100%. Sehingga diharapkan terdapat perbaikan yang dilakukan oleh PPNI sebagai penyusun SDKI untuk memperbaiki data tanda dan gejala mayor.

PRAKATA

Puji syukur kehadiran Allah SWT atas segala rahmat dan karunia-Nya sehingga peneliti dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul “Gambaran Diagnosis Keperawatan menurut SDKI (Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia) di Ruang ICCU (*Intensive Coronary Care Unit*) RSD dr. Soebandi Jember”. Skripsi ini disusun untuk memenuhi salah satu syarat menyelesaikan pendidikan strata satu (S1) pada Program Studi Sarjana 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, M.Kep selaku dosen Pembimbing Utama dan Ns. Wantiyah, M.Kep selaku Dosen Pembimbing Anggota;
3. Ns. Kushariyadi, S.Kep., M.Kep selaku Dosen Penasihat Akademik yang selalu memberikan bimbingan dan motivasi selama melaksanakan studi di Fakultas Keperawatan;
4. Kedua orangtua Moch Sudari, Siti Aminah, dan seluruh anggota keluarga yang selalu memberikan dukungan, motivasi dan doa demi terselesaikan proposal skripsi ini;

5. Sahabat-sahabat tercinta Nisa, Florin, Devi H, Yulia aishah, Rizka, Sulis, dan semua teman dekat yang selalu ada untuk mendengar keluh kesah dan mendukung serta ikut mendoakan;
6. Teman seperjuangan dalam mengerjakan skripsi, Risa Syahbana Badar yang selalu membantu dan saling mendukung untuk mengerjakan skripsi;
7. Seluruh angkatan 2015 di Fakultas Keperawatan Universitas Jember khususnya teman-teman kelas A, terimakasih atas dukungan, dan doa serta bantuannya, semoga kompak selalu;
8. Semu pihak yang membantu dalam penyelesaian skripsi ini.

Peneliti menyadari bahwa skripsi ini jauh dari kata sempurna. Kritik dan saran diharapkan dapat membantu menyempurkan skripsi ini. Akhir kata, semoga proposal skripsi ini mendatangkan manfaat bagi semua khususnya dalam pengembangan ilmu keperawatan.

Jember, Mei 2019

penulis

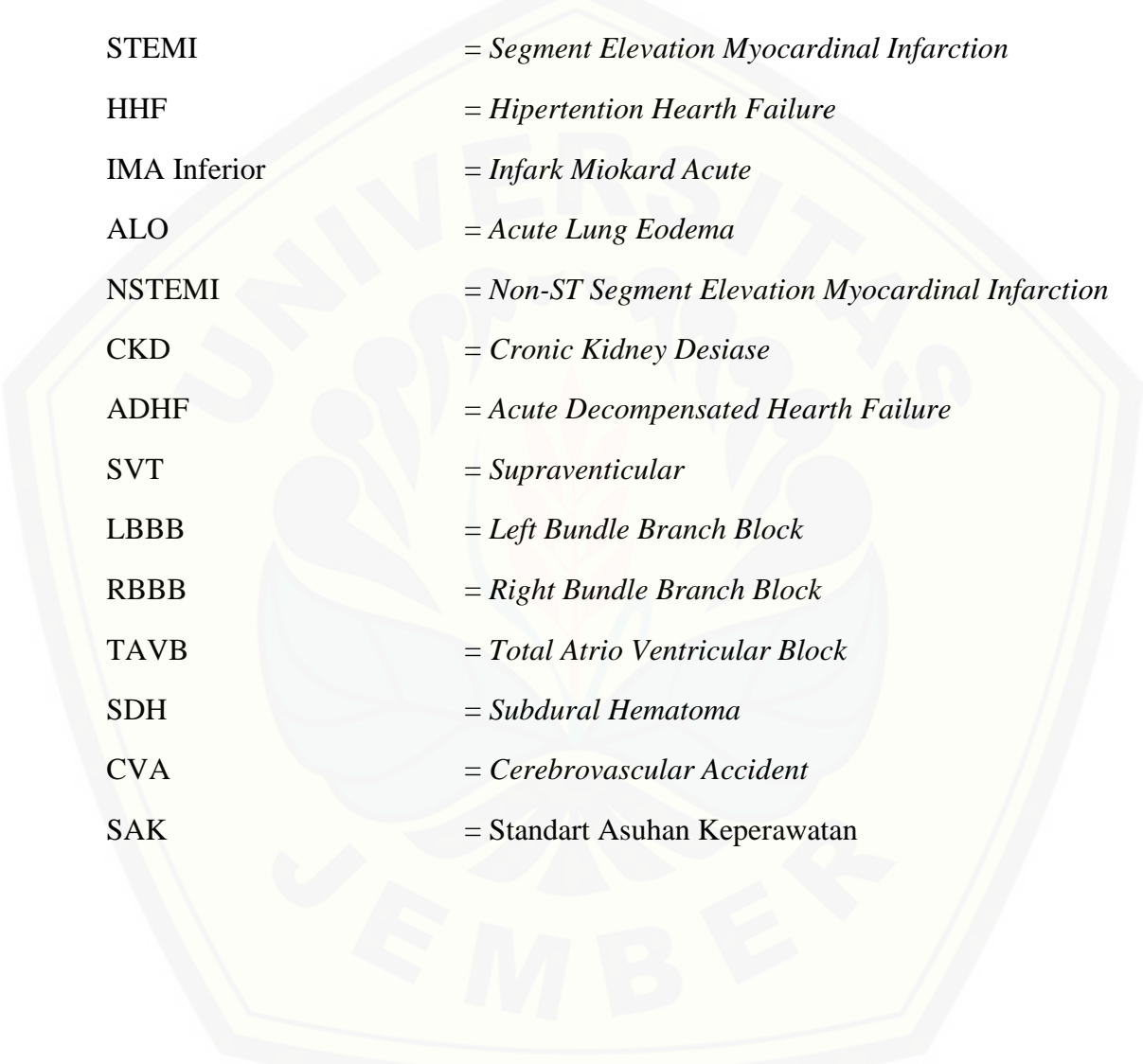
DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN SAMPUL	i
HALAMAN JUDUL	ii
HALAMAN PERSEMBAHAN	iii
MOTO	iv
HALAMAN PERNYATAAN	v
HALAMAN PEMBIMBING	vi
HALAMAN PENGESAHAN	vii
ABSTRAK	viii
PRAKATA	xi
DAFTAR ISI	xiii
DAFTAR TABEL	xvi
DAFTAR SINGKATAN	xvii
DAFTAR GAMBAR	xxiii
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	4
1.4.1 Manfaat Bagi Penelitian	4
1.4.2 Manfaat bagi Pendidikan	4
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	8
2.2 Konsep Diagnosis Keperawatan menurut SDKI	13
2.2.1 Filosofis	13
2.2.2 Jenis-Jenis Diagnosis Keperawatan	15
2.2.3 Komponen Diagnosis Keperawatan.....	17
2.3 Konsep Proses Pengkajian	18
2.3.1 Pola Gordon	20
2.3.2 Teknik Pengkajian Fisik	28
2.3.3 Pengkajian Fisik	32
2.4 Taksonomi SDKI	43
2.5 Proses Penegakan Diagnosis Keperawatan Berdasarkan SDKI 50	
2.6 Konsep Ruang ICCU	52
2.6.1 Definisi ICCU	52

2.6.2	Diagnosis Keperawatan di Ruang ICCU	54
2.7	Kerangka Teori	56
BAB 3.	KERANGKA KONSEP.....	57
BAB 4.	METODE PENELITIAN	58
4.1	Desain Penelitian	58
4.2	Populasi dan Sampel Penelitian	58
4.2.1	Populasi Penelitian	58
4.2.2	Sampel Penelitian	58
4.2.3	Kriteria Sampel	59
4.3	Tempat dan Waktu Penelitian	59
4.3.1	Tempat Penelitian	60
4.3.2	Waktu Penelitian	60
4.4	Definisi Operasional.....	60
4.5	Rencana Pengumpulan	60
4.5.1	Sumber Data	60
4.5.2	Teknik Pengambilan Data	61
4.5.3	Alat Pengumpul Data	62
4.6	Pengolahan Data	62
4.6.1	Editing.....	62
4.6.2	Coding.....	62
4.6.3	Entri.....	62
4.6.4	Cleaning	62
4.7	Analisis Data.....	63
4.8	Etika Penelitian	63
4.8.1	Privasi dan Kerahasiaan (<i>Privacy and Confidentiality</i>).....	63
4.8.2	Keterbukaan dan Keadilan (<i>Inclusiveness and Justice</i>).....	63
4.8.3	Kemanfaatan (<i>Beneficence</i>)	64
4.8.4	Prinsip Menghargai Hak Asasi Manusia.....	64
BAB 5.	HASIL DAN PEMBAHASAN.....	65
5.1	Hasil Penelitian.....	65
5.1.1	Karakteristik Responden.....	66
5.1.2	Gambaran persentase diagnosis keperawatan menurut SDKI Pada klien di ruang ICCU RSD dr. Soebandi Jember	67
5.1.3	Gambaran Diagnosis Keperawatan Responden Berdasarkan Kategori Subkategori dan Jenis Diagnosis Aktual atau Risik ..	70
5.1.4	Gambaran Diagnosis Keperawatan Responden Berdasarkan Diagnosis Positif dan Negatif	72
5.2	Pembahasan.....	72
5.3	Keterbatasan Penelitian	86
5.4	Implikasi Keperawatan	86
BAB 6.	PENUTUP.....	87
6.1	Kesimpulan	87
6.2	Saran	88
DAFTAR PUSTAKA		89
LAMPIRAN.....		96

DAFTAR TABEL

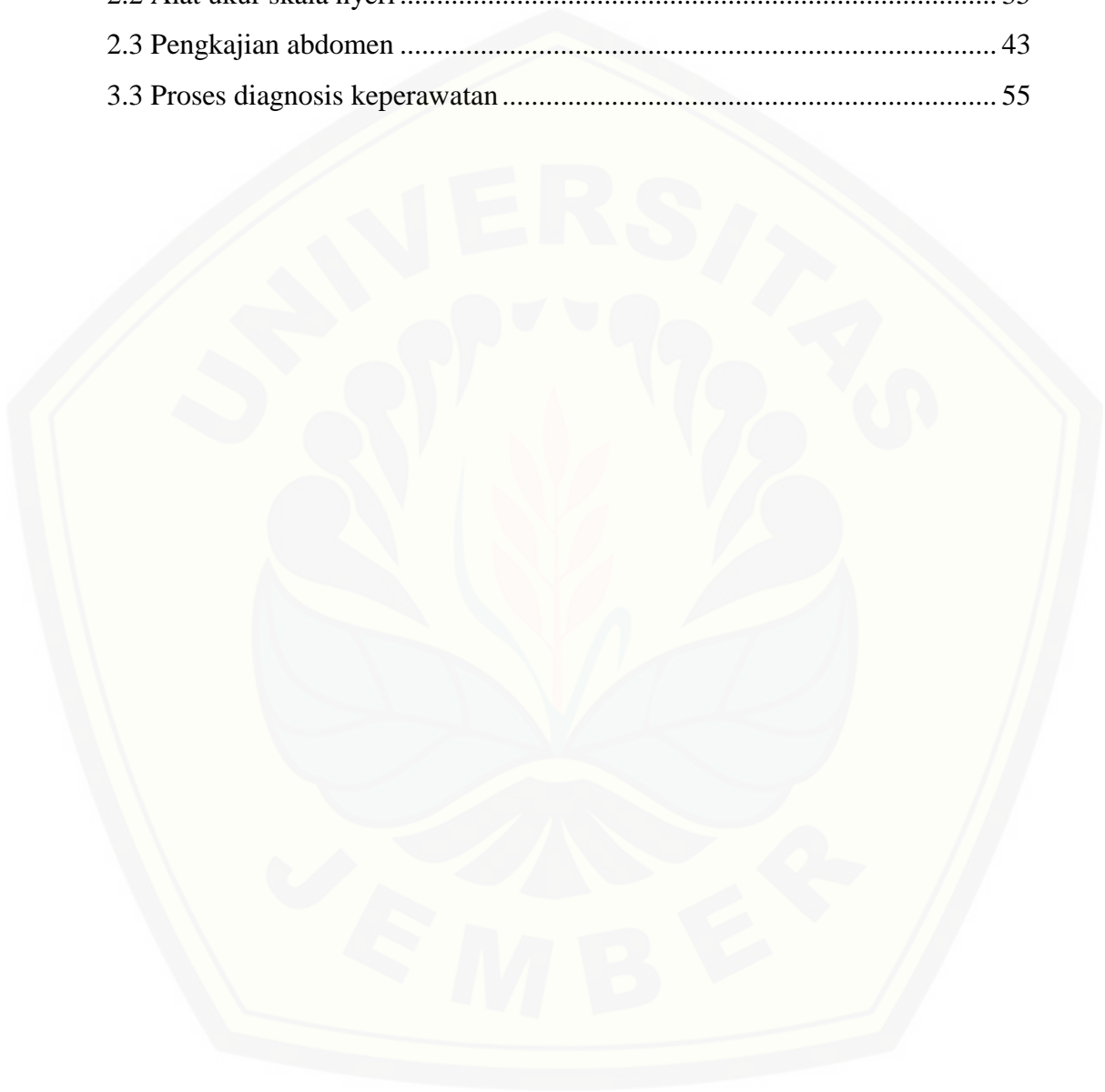
	Halaman
1.1 Keaslian Penelitian.....	5
2.1 Contoh deskriptor dan fokus Diagnostik pada Diagnosis Keperawatan....	16
2.2 Deskriptor dan definisi deskriptor pada diagnosis keperawatan.....	16
2.3 Indeks KATZ	22
2.4 <i>Index of Independence in Activities of Daily Living</i>	23
2.5 Sensitifitas tangan	28
2.6 Bunyi yang dihasilkan oleh perkusi	30
2.7 Klasifikasi rentang tekanan darah berdasarkan <i>Joint National Comitter</i> ...	32
2.8 <i>Glasgow Coma Scale</i> (GCS).....	41
2.9 Teknik pengkajian fisik jantung.....	48
4.1 Definisi operasional	65

DAFTAR SINGKATAN

CAD	= <i>Coronary Arteri Disiase</i>
HF	= <i>Hearth Failure</i>
STEMI	= <i>Segment Elevation Myocardinal Infarction</i>
HHF	= <i>Hipertention Hearth Failure</i>
IMA Inferior	= <i>Infark Miokard Acute</i>
ALO	= <i>Acute Lung Eodema</i>
NSTEMI	= <i>Non-ST Segment Elevation Myocardinal Infarction</i>
CKD	= <i>Cronic Kidney Desiase</i>
ADHF	= <i>Acute Decompensated Hearth Failure</i>
SVT	= <i>Supraventricular</i>
LBBB	= <i>Left Bundle Branch Block</i>
RBBB	= <i>Right Bundle Branch Block</i>
TAVB	= <i>Total Atrio Ventricular Block</i>
SDH	= <i>Subdural Hematoma</i>
CVA	= <i>Cerebrovascular Accident</i>
SAK	= <i>Standart Asuhan Keperawatan</i>

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
2.1 Kategori dalam SDKI.....	15
2.2 Alat ukur skala nyeri	35
2.3 Pengkajian abdomen	43
3.3 Proses diagnosis keperawatan	55



DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
Lampiran 1. Lembar Informasi Klien Tanpa Penurunan Kesadaran	117
Lampiran 2. Lembar Persetujuan Klien Tanpa Penurunan Kesadaran	118
Lampiran 3. Lembar Informasi Klien dengan Penurunan Kesadaran.....	119
Lampiran 4. Lembar Persetujuan Klien dengan Penurunan Kesadaran.....	120
Lampiran 5. Format Pengkajian	121
Lampiran 6. Format Pengkajian Nyeri BPS.....	133
Lampiran 7. Format Pengkajian Nyeri menggunakan CPOT	135
Lampiran 8. Skala Morse	136
Lampiran 9. Skala Braden.....	137
Lampiran 10. Hasil SPSS 1	139
Lampiran 11. Hasil SPSS 2.....	150
Lampiran 12. Dokumentasi.....	160
Lampiran 13. Surat permohonan ijin penelitian.....	161
Lampiran 14. Surat Permohonan Ijin Penelitian dari Dekan Fakultas Keperawatan ke LP2M.....	162
Lampiran 15. Surat Permohonan Ijin Penelitian dari LP2M ke BANKESBANGPOL.....	163
Lampiran 16. Surat Permohonan Ijin Penelitian dari BANKESBANGPOL ke RSD dr. Soebandi Jember	164
Lampiran 17. Surat persetujuan perawat ahli.....	165
Lampiran 18.. Studi pendahuluan	166
Lampiran 19. Surat persetujuan ijin melakukan penelitian	167
Lampiran 20. Surat selesai penelitian	168
Lampiran 21. Surat ETHIC	169

BAB 1 PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Diagnosis keperawatan merupakan bagian dari proses keperawatan yang menjadi dasar bagi perawat untuk mengambil keputusan mengenai intervensi keperawatan yang sesuai dengan masalah kesehatan pasien. Hal tersebut harus dilakukan oleh perawat yang profesional. Pandangan tentang penerapan diagnosis keperawatan dalam praktek klinis bervariasi, dan setiap lembaga kesehatan menggunakan ringkasan diagnostiknya sendiri (Mynarikova dan Ziakova, 2014; Félix dkk., 2018).

Diagnosis keperawatan merupakan penilaian klinis tentang respon individu, keluarga, kelompok atau masyarakat terhadap kondisi masalah kesehatan yang aktual atau potensial. Diagnosis keperawatan menyediakan dasar untuk pemilihan intervensi keperawatan bagi perawat dengan hasil yang bisa mereka pertanggung jawabkan (Carpenito, 2013).

Penegakan diagnosis yang dilakukan oleh perawat, harus melalui pertimbangan yang cermat terhadap gejala fisik dan perilaku pasien, misalnya pasien menampakkan atau mencerminkan bahwa pasien dalam kondisi kesakitan, dan terkadang rasa sakitnya membuat pasien tampak terlihat cemas, gelisah, serta bila sakit pasien cukup parah pasien akan terlihat seperti sedang mengalami gizi buruk (ANA, 2016). Hal penting bagi seorang perawat dalam penegakan diagnosis keperawatan yaitu perawat juga perlu mengetahui definisi diagnosis,

indikator diagnostik untuk membedakan satu diagnosis dari yang lain (NANDA, 2018).

Diagnosis keperawatan merupakan bagian yang mendasar dalam menentukan asuhan keperawatan yang sesuai untuk membantu klien mencapai kesehatan yang maksimal. Mengingat pentingnya diagnosis keperawatan, sehingga dibutuhkan standar diagnosis keperawatan yang bisa digunakan atau diterapkan secara nasional dengan mengacu pada standar diagnosis yang telah ditetapkan sebelumnya dan sudah diakui secara internasional (PPNI, 2017).

Beberapa standar yang telah ditetapkan sebelumnya dan sudah diakui secara internasional seperti *Clinical Care Classification (CCC)*, *North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)*, *Home Health Care Classification (HHCC)*, *Systematized Nomenclature of Medicine Clinical Terms (SNOMED CT)*, *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*, *Nursing Diagnostic System of the Centre for Nursing Development and Research (ZEFP)* dan *Omaha System*. Standar tersebut dapat digunakan sebagai sumber rujukan atau perbandingan dalam penyusunan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (PPNI, 2017).

Penegakan diagnosis keperawatan sebagai salah satu komponen Standar Asuhan Keperawatan yang penting untuk dijalankan dengan baik, seperti yang tercantum dalam Undang-undang No. 38 Tahun 2014 tentang keperawatan pada pasal 30 bahwa dalam menjalankan tugas sebagai pemberi asuhan keperawatan, berwenang menegakkan diagnosis keperawatan. Maka seorang perawat harus memiliki kemampuan diagnostik yang benar dan tepat untuk menentukan

intervensi keperawatan sehingga kesehatan pasien akan pulih kembali (PPNI, 2017).

Setiap rumah sakit dan fasilitas kesehatan lainnya telah menerapkan diagnosis keperawatan, namun masih diperlukan terminologi dan tolak ukur diagnosis keperawatan yang terstandarisasi supaya penegakan diagnosis keperawatan menjadi seragam, akurat dan tidak ambigu, agar terhindar dari ketidaktepatan pengambilan keputusan dan ketidaksesuaian asuhan keperawatan yang diberikan kepada klien (PPNI, 2017). Maka organisasi profesi perawat di indonesia membentuk SDKI (Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia) supaya tercipta keseragaman terminologi sebagaimana yang tercantum dalam pasal 41 dan pasal 42 UU No. 38 Tahun 2014 tentang keperawatan. Namun bila standar diagnosis ini (SDKI) tidak digunakan mengakibatkan tidak tercapainya berbagai macam tujuan dari pembuatan SDKI seperti yang telah ditetapkan oleh organisasi profesi perawat indonesia salah satunya tidak meningkatnya otonomi perawatan, sulit untuk melakukan komunikasi intraprofesional, serta tidak tercapainya perbaikan pemberian pelayanan keperawatan (PPNI, 2017).

Penerapan standar diagnosis keperawatan indonesia dapat digunakan diberbagai macam ruangan perawatan salah satunya ICCU, yaitu ruangan yang menyediakan perawatan untuk pasien sakit akut yang mengalami masalah yang berkaitan dengan penyakit jantung. ICCU merupakan ruangan dirumah sakit yang digunakan untuk mengelola pasien yang membutuhkan mesin pendukung kehidupan, pemantauan dan obat intravena khusus (UHN, 2017).

ICCU merupakan ruangan yang digunakan untuk mengelola pasien dengan masalah penyakit jantung dan penyakit vaskular yang mengancam nyawa pasien, sehingga membutuhkan monitoring secara tepat selama 24 jam, hal tersebut bertujuan untuk menghindari kematian (Foà dkk., 2015; Le May dkk., 2016; Kasaoka, 2017). Perawatan diruang ICCU yang berkualitas memiliki petugas kesehatan yang selalu memantau, beberapa organisasi dunia memiliki kriteria jumlah tempat tidur dan jumlah perawat yang bertugas, *International Health Facility Guidelines* mengatakan bahwa ruang ICCU terdapat 4-6 tempat tidur untuk fasilitas kecil dan ≥ 20 tempat tidur di pusat-pusat besar, dan minimal terdapat 2 perawat untuk memonitor pasien.

Masalah keperawatan yang kemungkinan terjadi diruang ICCU seperti risiko infeksi (100%), risiko pendarahan (92%), defisit perawatan diri (75%), risiko penurunan curah jantung (75%), risiko intoleransi aktivitas (67%), gangguan mobilitas fisik (67%), risiko penurunan perfusi jaringan jantung (50%), risiko gangguan integritas kulit (41,7%), gangguan integritas kulit (33,3%), ketidak efektifan perfusi ginjal (33,3%), risiko ketidak seimbangan gizi: kurang dari kebutuhan tubuh (33,3%) dan ketidak seimbangan gizi: kurang dari kebutuhan tubuh (33,3 %) (Lopes dkk., 2011).

Perawatan intensif kardiovaskular mengacu pada manajemen sistemik khusus untuk pasien dengan penyakit kardiovaskular berat (CVD), yang terdiri dari penyakit jantung dan penyakit vaskular. Penyakit jantung termasuk penyakit arteri koroner (CAD) seperti angina dan infark miokard, kardiomiopati, miokarditis, aritmia jantung, penyakit jantung hipertensi, dan penyakit katup

jantung. Penyakit vaskular termasuk aortic dissection, aortic aneurysm, peripheral artery disease, dan lain-lain, gangguan tersebut dapat memunculkan diagnosis keperawatan seperti ketidakefektifan pola napas, penurunan curah jantung, resiko ketidakstabilan tekanan darah, resiko syok, dan hipotermia (Kasaoka, 2017).

Tujuan dari penelitian ini yaitu peneliti ingin mengetahui gambaran diagnosis keperawatan menggunakan SDKI (Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia) di ruang ICCU RSD dr. Soebandi Jember, sehingga peneliti mengetahui bagaimana gambaran penegakan diagnosis dengan acuan standar diagnosis tersebut.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas maka dapat merumuskan masalah dalam penelitian ini yaitu: Bagaimana gambaran diagnosis keperawatan menggunakan SDKI (Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia) di ruang ICCU RSD dr. Soebandi Jember?

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan umum dari penelitian ini adalah untuk menganalisis gambaran diagnosis keperawatan menurut SDKI di ruang ICCU RSD dr. Soebandi Jember.

1.3.2 Tujuan Khusus

Tujuan khusus dari penelitian ini adalah:

- a. Mengidentifikasi karakteristik klien di ruang ICCU berdasarkan jenis kelamin, usia, dan kasus.

- b. Mengidentifikasi gambaran persentase diagnosis keperawatan menurut SDKI pada klien di ruang ICCU
- c. Mengidentifikasi gambaran diagnosis keperawatan menurut SDKI pada klien di ruang ICCU berdasarkan kategori dan subkategori pada SDKI.
- d. Mengidentifikasi gambaran diagnosis keperawatan menurut SDKI pada klien di ruang ICCU berdasarkan diagnosis positif dan negatif

1.4 Manfaat Penelitian

Manfaat Penelitian Yang Berjudul “Gambaran Diagnosis Keperawatan Menurut SDKI (Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia) di Ruang ICCU (*Intensive Coronary Care Unit*) RSD dr. Soebandi Jember” yaitu sebagai berikut:

1.4.1 Manfaat Bagi Peneliti

Penelitian ini merupakan penelitian yang pertama kali di lakukan sehingga diharapkan dapat memberi motivasi dan menjadi sumber data pada penelitian selanjutnya dan untuk memperluas wawasan serta kemampuan ataupun keterampilan mengenai tatacara melakukan suatu penelitian yang baik dan benar.

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 Pelayanan Kesehatan

Penelitian ini bisa menjadi sumber informasi atau rujukan dalam membuat penegakan diagnosis keperawatan menggunakan SDKI pada klien di ruang ICCU.

1.5 Keaslian Penelitian

Tabel 1.1 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 ICCU (Intensive Coronary Care Unit) RSD dr. Soebandi Jember
Tempat penelitian	Rio Grande do Su	Ruang ICCU (Intensive Coronary Care Unit) RSD dr. Soebandi Jember
Tahun penelitian	2015	2018
Sampel penelitian	pasien yang dirawat di rumah sakit di ruang ICU	Semua klien di ruang ICCU (Intensive Coronary Care Unit) RSD dr. Soebandi Jember
Variabel penelitian	Diagnosis keperawatan	Diagnosis keperawatan
Peneliti	Anali Martegani Ferreira, dkk	Rindyawati kusuma sari
Desain penelitian	deskriptif dengan analisis retrospektif	Survey deskriptif
Teknik sampling	Non probability sampling	Konsekutif sampling

BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Proses Keperawatan

2.1.1 Pengertian proses keperawatan

Proses keperawatan adalah proses yang paling sering digunakan untuk panduan dalam perawatan. Hal tersebut sudah diajarkan kepada mahasiswa keperawatan mulai dari tahun pertama mereka di sekolah keperawatan. Setiap Negara memiliki format proses keperawatan yang berbeda. Sebagai contoh, di Inggris, proses keperawatan terdiri dari empat langkah: penilaian, perencanaan, implementasi, dan evaluasi. Di Amerika Serikat, proses keperawatan memiliki lima langkah: penilaian, diagnosis, perencanaan, implementasi, dan evaluasi (Younas, 2017). Meskipun format berbeda, tujuan utama dari proses keperawatan adalah untuk memberikan perawatan standar, holistik, terfokus, dan untuk merekam serta menentukan ketepatan asuhan yang disediakan (Yilmaz dkk., 2015)

Proses keperawatan adalah pendekatan yang mengharuskan kita sebagai seorang perawat untuk menggunakan keterampilan dalam memecahkan masalah dan berpikir kritis untuk mengembangkan rencana perawatan pasien secara holistik (Yilmaz dkk., 2015; Cooper dan Gosnell, 2019). Proses keperawatan awalnya diadopsi oleh profesi keperawatan Amerika Utara dari teori sistem umum (*general systems theory/GST*) dan dengan cepat menjadi simbol keperawatan kontemporer serta ideologi perawat profesional (Hagos dkk., 2014).

Proses keperawatan mempertimbangkan metode pemecahan masalah yang bisa digunakan untuk memenuhi kebutuhan kesehatan dan perawatan masyarakat.

Penerapan proses keperawatan membantu perawat untuk memanfaatkan pemikiran kritis dalam pengambilan keputusan (College, 2014). Proses keperawatan (NP) umumnya dipandang sebagai alat untuk merencanakan dan memberikan perawatan pasien. Proses keperawatan identik dengan disiplin keperawatan. Hal tersebut merupakan pendekatan sistematis dan terorganisir yang digunakan oleh perawat untuk memenuhi kebutuhan perawatan kesehatan individual pasien mereka (Abdelkader dan Othman, 2017).

Proses keperawatan didefinisikan sebagai serangkaian kegiatan berpikir kritis yang digunakan oleh perawat untuk merawat pasien. Proses keperawatan terdiri dari langkah-langkah yang saling berhubungan, perawat memberi dukungan dan motivasi kepada pasien. Hal tersebut menunjukkan perawatan yang humanistik, berfokus pada hasil, hemat dalam pembiayaan, dan didasarkan pada keyakinan bahwa saat perawat merencanakan dan menyampaikan perawatan, perawat juga harus mempertimbangkan nilai-nilai, kekhawatiran, dan keinginan konsumen, baik itu dalam merawat pasien individu, keluarga, atau komunitas (Yeboah dkk., 2017). Proses keperawatan merupakan dasar penelitian keperawatan (Hagos dkk., 2014).

2.1.2 Proses keperawatan

Proses keperawatan adalah metode yang diterima secara luas dan telah disarankan sebagai metode ilmiah untuk memandu prosedur dan memenuhi syarat perawatan. proses keperawatan telah didefinisikan sebagai cara yang sistematis dan dinamis untuk memberikan perawatan, melalui lima langkah yang saling

terkait: pengkajian, diagnosis, intervensi, implementasi, and evaluasi (College, 2014; Hagos dkk., 2014)

a. Pengkajian

Selama penilaian atau pengkajian, seorang perawat mengumpulkan data pasien untuk mengidentifikasi kebutuhannya melalui penilaian komprehensif yang terdiri dari dua langkah: penilaian obyektif dan subyektif. Dalam penilaian obyektif, perawat mengumpulkan informasi terukur dan teramati tentang demografi pasien, tanda-tanda vital, laboratorium, asupan / output, dan temuan obyektif lainnya. Setelah pengumpulan data obyektif, perawat kemudian mewawancarai pasien untuk mengeksplorasi kebutuhan, perasaan, pikiran, dan persepsinya mengenai kesehatan dan penyakit yang sedang dialaminya. Penilaian subjektif juga mencakup data fisik, psikologis, sosiologis, dan spiritual pasien. Perawat menyelesaikan penilaian obyektif dan subyektif, memvalidasi, dan memastikan bahwa data tersebut konsisten (Younas, 2017).

Pengkajian atau penilaian adalah tahap pertama dari proses keperawatan. dengan mengumpulkan informasi dari pasien dan keluarga / pengasuh mereka tentang kondisi pasien dan masalah yang dirasakan. hal ini merupakan landasan dalam menetapkan kebutuhan pasien dan, jika dilakukan dengan baik dan benar, proses keperawatan akan sukses (Hamilton dan Price, 2013; Stonehouse, 2017). Informasi dapat dikumpulkan dengan beberapa cara seperti, Komunikasi yang baik (verbal maupun non-verbal), dan juga perawat harus memiliki keterampilan observasi, karena keduanya merupakan kunci dari ketepatan untuk menetapkan tindakan keperawatan selanjutnya. Informasi yang dikumpulkan dapat berupa

subjektif atau obyektif, dan primer atau sekunder (Potter dan Perry, 2010; Stonehouse, 2017).

Data subyektif adalah informasi mengenai pasien tentang bagaimana perasaan mereka, tingkat dan sensasi rasa sakit yang mereka rasakan. Kita harus selalu menerima apa yang dikatakan pasien kepada kita. Data obyektif adalah apa yang dapat diukur, seperti tekanan darah atau berat badan. Data primer adalah informasi yang diperoleh dari pasien itu sendiri, sedangkan data sekunder adalah informasi dari sumber lain, seperti anggota keluarga (Hamilton dan Price, 2013).

Terdapat catatan atau data awal mengenai pasien yang dapat dibaca sebelum perawat bertemu dengan pasien, sehingga perawat memiliki gambaran awal mengenai pasiennya, data awal tersebut biasanya diperoleh ketika pergantian shift saat serah terima. Informasi awal ini akan membantu dan memandu perawat dalam tahap pertama serta memberi perawat titik awal tentang bagaimana cara mendekati pasien, mengidentifikasi kebutuhan komunikasi dan mengenali jika ada penyesuaian khusus yang perlu dilakukan. Dalam situasi tertentu, hal tersebut tidak selalu terjadi, misalnya terdapat seorang pasien dirawat segera setelah kecelakaan dalam kondisi gawat darurat dan perawatan harus segera dimulai. Dalam kasus seperti itu, penilaian jangka pendek awal akan dilakukan (Stonehouse, 2017)

Ketika perawat mendekati pasien, maka perawat akan mengamati mereka dan mencari tanda-tanda yang sudah ada sejak awal, baik positif maupun negatif. Hal ini dapat dilakukan dengan sangat cepat ketika perawat pertama kali melihat pasien, untuk mengidentifikasi kesakitan, melihat pasien apakah tampak pucat dan

berkeringat, sadar dan dapat duduk, atau tampak tidak sadarkan diri (Stonehouse, 2017).

Fokus dari penilaian adalah mengenai penyakit yang dialami pasien dan bagaimana mereka bisa mengalami penyakit atau gangguan kesehatan. Setelah semua informasi dikumpulkan, kemudian di analisis untuk menentukan masalah keperawatan (Melin-johansson dkk., 2017; Stonehouse, 2017).

b. Diagnosis

Berdasarkan temuan dari penilaian atau pengkajian yang telah dilakukan, perawat mengkategorikan dan memprioritaskan kebutuhan pasien dan merumuskan diagnosis keperawatan, yang didasarkan pada pedoman NANDA International. Format umum yang perawat gunakan untuk mengembangkan diagnosis keperawatan adalah masalah, etiologi, dan tanda / gejala (Younas, 2017).

Informasi yang diperoleh dari pengkajian digunakan untuk mengidentifikasi masalah aktual dan potensial, serta kekuatan (Yildirim dan Özkahraman, 2011). Kekuatan yang dimaksud berupa kemampuan diri atau kemandirian di daerah tertentu, atau pengetahuan dan pengalaman dari penyakit sebelumnya. Masalah aktual sebenarnya adalah masalah yang datang langsung dari penilaian, misalnya, rasa sakit akibat patah tulang. Masalah potensial adalah masalah yang bisa timbul dari masalah saat ini, misalnya, risiko mengembangkan tekanan sakit jika terbatas pada tempat tidur. Peate menegaskan bahwa seseorang yang membuat diagnosis harus mempunyai keahlian dan pengalaman yang cukup untuk melakukannya, jika tidak ini bisa berpotensi berbahaya bagi pasien (Peate, 2013).

c. Perencanaan (Intervensi)

Dalam tahap perencanaan, sebagai perawat harus berkolaborasi dengan pasien untuk mengembangkan tujuan jangka pendek dan panjang sehingga memenuhi kebutuhannya yang teridentifikasi. Taksonomi Bloom dapat digunakan untuk mengembangkan tujuan SMART (*specific, measurable, achievable, realistic, and time bound*). Taksonomi ini mempelajari tujuan menjadi tiga domain: afektif, kognitif, dan psikomotorik. Setiap tujuan diukur berdasarkan kriteria hasil spesifik, menetapkan tujuan yang terdiri dari terpenuhi, tidak terpenuhi, atau sebagian terpenuhi. Kriteria hasil harus konsisten dengan tujuan (Younas, 2017).

Tahap perencanaan digunakan untuk mengurangi, menyelesaikan atau mencegah masalah pasien, serta mendukung kekuatan pasien dengan cara yang terarah dan sesuai dengan tujuan (Kozier dkk., 2018). Perawatan harus diprioritaskan pada kebutuhan pasien dan keseriusan masalah yang diidentifikasi, mengidentifikasi dua langkah dalam tahap perencanaan yaitu, menetapkan tujuan dan mengidentifikasi tindakan. Tujuan harus ditetapkan, baik jangka pendek maupun jangka panjang (Hogston dan Marjoram, 2011). Sedangkan untuk mengidentifikasi tindakan bisa menggunakan 'SMART' yaitu (*specific, measurable, achievable, realistic, and time bound*) (Hamilton dan Price, 2013). Tindakan tersebut dilakukan dengan cara bekerja sama antara perawat dan pasien. Dalam tindakan perencanaan, perawatan yang akan dilaksanakan perlu dinyatakan dengan jelas.

Peneliti yang lainnya menyarankan menggunakan enam kriteria REEPIG (*Realistic, Explicit, Evidence-based, Prioritised, Involved, Goal-centred*) untuk memastikan bahwa perawatan adalah standar tertinggi (Hogston dan Marjoram, 2011). Pendekatan REEPIG memiliki beberapa kriteria, yang pertama untuk memastikan bahwa perawatan yang direncanakan adalah Realistis, mengingat sumber daya yang tersedia. Kedua, perawatan yang direncanakan harus dinyatakan secara eksplisit, tindakan yang perlu dilakukan harus jelas, sehingga tidak ada ruang untuk salah tafsir instruksi. Ketiga, perawatan harus berbasis Bukti, bahwa ada penelitian yang mendukung apa yang sedang diusulkan. Keempat, perawatan yang direncanakan harus diprioritaskan, masalah paling mendesak dan mengancam pasien yang harus ditangani terlebih dahulu. Kriteria kelima adalah Melibatkan pasien dan anggota lain dari tim multidisiplin yang akan terlibat dalam melaksanakan perawatan. Terakhir, *Goal-centered*, artinya perawatan yang direncanakan akan memenuhi dan mencapai tujuan sesuai dengan yang diharapkan (Stonehouse, 2017).

d. Implementasi (Pelaksanaan)

Setelah tujuan diselesaikan, perawat merancang dan menerapkan intervensi keperawatan untuk mencapai tujuan ini. Setiap intervensi bisa dalam bentuk dependen, independen, atau interdependen, mengingat sifatnya dan kondisi pasien. Intervensi dependen artinya pasien sepenuhnya bergantung pada perawat; misalnya, memberikan mandi spons pada pasien dengan kelumpuhan. Intervensi independen adalah intervensi yang dapat dilakukan pasien tanpa bantuan apa pun; misalnya, menggosok gigi. Intervensi interdependen adalah intervensi yang

dilakukan pasien dengan bantuan perawat; misalnya, mengubah posisi untuk pasien dengan gips kaki (Younas, 2017).

Implementasi perawatan terjadi selama periode 24 jam. Setiap pergantian shift kerja, mereka perlu menilai ulang apakah perawatan yang diberikan masih tepat. Selama proses penilaian ulang, perawat perlu mempertimbangkan Apakah ada hal baru yang perlu dikembangkan untuk mengubah rencana perawatan? Serta perlu mengetahui Bagaimana tanggapan pasien terhadap perawatan yang diberikan?, penilaian berkelanjutan terhadap pasien sangat penting dan harus dicatat atau didokumentasikan dengan baik, karena hal tersebut sangat penting (Stonehouse, 2017).

e. Evaluasi

Tahap yang terakhir adalah evaluasi, dalam tahap evaluasi, perawat menilai kemajuan pasien mengenai sasaran yang ditetapkan, kriteria hasil, dan asuhan keperawatan yang disediakan. Berdasarkan evaluasi ini, perawat memodifikasi rencana asuhan keperawatan terhadap pasien (Younas, 2017). Bagian terpenting dari proses keperawatan setelah penilaian dilakukan adalah mengevaluasi apakah perawatan telah mencapai hasil yang diinginkan. Hal ini seharusnya tidak terjadi begitu saja di akhir suatu program perawatan atau evaluasi tidak berhenti saat diakhir proses keperawatan, tetapi harus berlangsung secara konstan saat perawatan sedang dilaksanakan. Evaluasi pada akhir rangkaian pengobatan melibatkan penilaian ulang semua rencana perawatan untuk menentukan apakah hasil yang diharapkan telah tercapai (Yildirim dan Özkahraman, 2011).

evaluasi adalah peluang untuk meninjau seluruh proses dan menentukan apakah penilaian itu akurat dan lengkap, diagnosis benar, tujuan realistis dan dapat dicapai, serta tindakan yang ditentukan sesuai. Dengan evaluasi, seluruh proses siklus dimulai lagi (Hogston dan Marjoram, 2011; Stonehouse, 2017).

2.2 Konsep Diagnosis Keperawatan menurut SDKI

2.2.1 Filosofi

Ilmuan Florence Nightingale (1820-1920) terkenal sebagai pelopor teori keperawatan modern, sejak saat itu hingga sekarang keperawatan terus berkembang dengan baik dalam bidang pendidikan, pelayanan dan penelitian. Tapi keperawatan masih kurang dipahami secara baik sehingga mengakibatkan keperawatan dipandang sebelah mata atau berada dibawah profesi kesehatan yang lain, padahal para perawat dalam melakukan praktik keperawatan telah berusaha untuk melakukan tugasnya dengan baik dan berkualitas, namun masih saja bidang keperawatan mengalami masalah tersebut, masih banyak yang dipertanyakan oleh masyarakat dan profesi kesehatan lainnya, seperti apakah kontribusi yang dilakukan perawat?, apakah yang membedakan perawat dengan profesi kesehatan yang lainnya?, pertanyaan tersebut membuat perawat mengalami kesulitan dalam menjelaskan hal tersebut kepada seluruh masyarakat.

Jawaban yang tepat untuk menjawab semua pertanyaan tersebut yaitu tidak adanya terminologi untuk menggambarkan apa yang perawat kerjakan dan seperti apakah jenis masalah atau kondisi klien seperti apa yang diatasi oleh perawat. karena tanpa adanya terminologi tidak dapat mengetahui apakah perawat memiliki

pemahaman yang sama untuk kita komunikasikan kepada sesama profesi perawat, profesi kesehatan lainnya dan kepada masyarakat (PPNI, 2017).

Selain hal tersebut, dengan adanya sistem pelayanan kesehatan yang terus berkembang dan menjadi semakin kompleks serta rentang pengetahuan dan kemampuan yang diperlukan oleh perawat menjadi semakin luas dan bervariasi. Dengan berkembangnya praktik keperawatan yang juga semakin memperluas otonomi perawat yang menempatkan seorang perawat harus menghadapi berbagai macam situasi klinis yang memerlukan pengambilan keputusan, terutama dalam memberikan asuhan keperawatan kepada klien baik itu individu, keluarga, maupun komunitas. Kondisi ini mewajibkan perawat untuk meningkatkan kemampuan dalam pengambilan keputusan klinis agar dapat membuat keputusan dengan tepat (PPNI, 2017).

Berbagai macam standar diagnosis keperawatan telah ditetapkan dan diakui secara internasional misalnya seperti *International Classification for Nursing Practice – Diagnosis Classification* (ICNP-DC), *Clinical Care Classification* (CCC), *North American Nursing Diagnosis* (NANDA), dll. Namun semua standar tersebut tidak dikembangkan dengan memperhatikan dan mempertimbangkan perbedaan budaya dan cirikhas pelayanan keperawatan diindonesia, sehingga standar tersebut dinilai kurang sesuai bila diterapkan diindonesia, yang memiliki berbagai perbedaan budaya dan kehasan di setiap wilayahnya (PPNI, 2017).

Budaya dari klien dapat mempengaruhi masalah kesehatan yang dihadapi dan juga mempengaruhi perawat dalam menegakkan diagnostik (Potter & parry, 2013). Namun semua standar tersebut bukan berarti tidak digunakan tetapi dapat

dijadikan sebagai tambahan perawat atau rujukan dan masukan perawat dalam penyusunan Standar Diagnosis Keperawatan yang lebih tepat dan sesuai dengan perbedaan budaya dan cirikhas pelayanan keperawatan diindonesia.

Undang Undang Kep No.38 Tahun 2014 persatuan perawat nasional Indonesia membentuk stardar profesi yang terdiri dari dari Standar Kompetensi (SK), pertama ada pendidikan: vokasi, ners generalis, ners spesialis,ners subspecialis, kedua yaitu kekhususan: gadar, kamar bedah, kritis, jiwa, maternitas, dll. Standar asuhan keperawatan (SAK) yang terdiri dari diagnosis, intervensi, outcome. Standar kinerja profesional (SKP) yang terdiri dari penjaminan mutu, pendidikan, riset, etika, penilaian kerja. Pasal 66 UU No. 36 Tahun 2014 mengenai tenaga kesehatan “tiap-tiap tenaga kesehatan dalam melaksanakan praktik wajib untuk menaati parameter profesi, patokan pelayanan profesi, dan standar prosedur operasional” (PPNI, 2017).

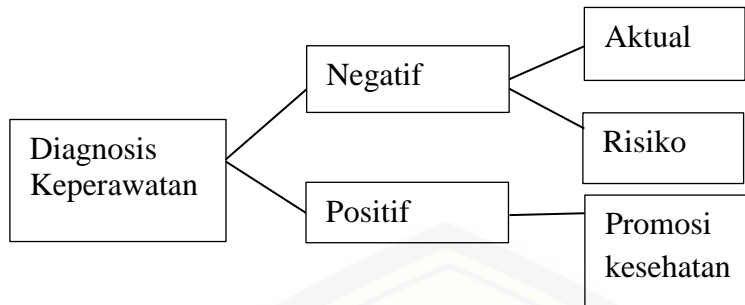
Pasal 30 UU No. 38 Tahun 2014 mengenai Keperawatan “Dalam melaksanakan tugas sebagai pemberi asuhan keperawatan, perawat memiliki kewenangan untuk menetapkan diagnosis keperawatan”. Dari semua peraturan perundang – undangan tersebut maka tugas PPNI berkewajiban untuk membuat atau menyusun standar diagnosis keperawatan di indonesia sebagai pegangan bagi profesi perawat dalam menegakkan diagnosis keperawatan, karna perawat merupakan Diagnostician atau penegak diagnosis (PPNI, 2017).

Adanya peraturan perundang – undangan dan permasalahan yang ada dalam bidang keperawatan tersebut maka dibuatlah standar diagnosis keperawatan indonesia dengan tujuan dapat memperbaiki asuhan keperawatan dalam sistem

pelayanan kesehatan, mempermudah komunikasi intraprofesional, dapat mengukur tingkat beban kerja seorang perawat, meningkatkan kualitas asuhan keperawatan, meningkatkan otonomi perawat, dapat memperluas wilayah saat perawat melakukan penelitian keperawatan, dapat menjadi patokan dalam menegakkan diagnosis keperawatan, serta mengarahkan dan menguatkan proses pendidikan dan proses pembelajaran keperawatan (PPNI, 2017).

2.2.2 Jenis-jenis Diagnosis Keperawatan SDKI

Diagnosis keperawatan dibagi menjadi dua, yaitu Diagnosis Negatif dan Diagnosis Positif. Diagnosis negatif memperlihatkan bahwa klien sedang dalam kondisi sakit atau klien beresiko akan mengalami sakit maka penegakan diagnosis ini akan mengarahkan perawat untuk melakukan tahap proses keperawatan berikutnya yaitu pemberian intervensi keperawatan yang bersifat penyembuhan, pemulihan dan pencegahan. Diagnosis negatif ini masih dibagi lagi menjadi dua yang terdiri atas Diagnosis Aktual dan Diagnosis Risiko. Sedangkan Diagnosis Positif memperlihatkan bahwa klien dalam kondisi sehat dan klien bisa mencapai kondisi tubuh yang lebih sehat serta optimal. Diagnosis positif bisa juga disebut dengan Diagnosis Promosi Kesehatan (ICNP, 2015; Standar Praktik Keperawatan Indonesia – PPNI, 2017).



Gambar 2.1 Jenis Diagnosis Keperawatan

Sumber: Standar Praktik Keperawatan Indonesia (PPNI,2017); International Classification of Nursing Practice – Diagnosis Classification (ICNP,2015)

Penjelasan mengenai jenis-jenis diagnosis keperawatan tersebut dijelaskan sebagai berikut (Carpenito, 2013; Potter dkk., 2017):

a. Diagnosis Aktual

Diagnosis ini menunjukkan atau memperlihatkan respon klien pada kondisi kesehatan atau proses kehidupannya sehingga dapat mengakibatkan klien mengalami masalah kesehatan. Tanda/gejala mayor dan minor dapat ditemukan dan divalidasi pada klien.

b. Diagnosis Risiko

Diagnosis ini menunjukkan atau memperlihatkan respon klien pada kondisi kesehatan atau proses kehidupannya yang dapat mengakibatkan klien beresiko mengalami masalah kesehatan. Pada diagnosis ini tidak ditemukan tanda/gejala mayor dan minor pada klien, namun klien memiliki faktor resiko mengalami masalah kesehatan.

c. Diagnosis Promosi Kesehatan

Diagnosis ini menunjukkan atau memperlihatkan klien mulai semangat dan memiliki keinginan serta motivasi klien untuk meningkatkan kondisi

kesehatannya atau kesiapan klien untuk mencapai kesehatan yang lebih baik atau optimal.

2.2.3 Komponen Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan dalam SDKI memiliki dua komponen utama yaitu Masalah (*Problem*) atau Label Diagnosis dan Indikator Diagnostik. Kedua komponen diagnosis tersebut dijelaskan sebagai berikut (PPNI, 2017) :

a. Masalah (*Problem*)

Masalah adalah label diagnosis keperawatan yang digunakan untuk menggambarkan inti dari respon klien terhadap kondisi kesehatan maupun proses kehidupannya. Label diagnosis terdiri atas Deskriptor atau penjelas dan Fokus Diagnostik (PPNI, 2017). Berikut adalah tabel uraiannya:

Tabel 2.1 Contoh deskriptor dan fokus Diagnostik pada Diagnosis Keperawatan

No	Deskriptor	Fokus diagnostik
1	Tidak Efektif	Bersihan Jalan Napas
2	Gangguan	Pertukaran Gas
3	Penurunan	Curah jantung
4	Intoleransi	Aktivitas
5	Defisit	Pengetahuan

Sumber: PPNI (2017)

Deskriptor merupakan pernyataan yang menjelaskan bagaimana suatu fokus diagnosis terjadi. Beberapa deskriptor yang digunakan dalam diagnosis keperawatan diuraikan berikut ini :

Tabel 2.2 Deskriptor Dan Definisi Pada Diagnosis Keperawatan

No	Deskriptor	Definisi
1	Defisit	Tidak cukup, tidak adekuat
2	Disfungsi	Tidak berfungsi secara normal
3	Efektif	Menimbulkan efek yang diinginkan
4	Gangguan	Mengalami hambatan atau kerusakan
5	Lebih	Berada di atas nilai normal atau yang diperlukan
6	Penurunan	Berkurang baik dalam ukuran, jumlah maupun derajat
7	Rendah	Berada di bawah nilai normal atau yang diperlukan
8	Tidak efektif	Tidak menimbulkan efek yang digunakan

Sumber: Sumber: PPNI (2017)

b. Indikator Diagnostik

Indikator diagnostik terdiri atas penyebab, tanda/gejala, dan faktor risiko :

1) Penyebab (*Etiology*)

adalah faktor yang dapat mempengaruhi perubahan status kesehatan.

Etiologi bisa mencakup empat kategori yaitu: a) Fisiologis, Biologis atau Psikologis; b) Efek Terapi/Tindakan; c) Situasional (lingkungan atau personal), dan d) Maturasional.

2) Tanda (*Sign*) dan Gejala (*Symptom*)

Tanda adalah data objektif yang didapat perawat saat melakukan pemeriksaan fisik pada klien, namun tidak hanya pemeriksaan fisik, bisa juga dari hasil, pemeriksaan laboratorium dan prosedur diagnostik, sedangkan data subjektif yang didapat dari hasil anamnesis disebut gejala (*Symptom*). Tanda/gejala dikelompokkan menjadi dua kategori yaitu:

- a) Mayor : ditemukan sekitar 80% - 100% untuk validasi diagnosis.
- b) Minor : tidak harus ditemukan, namun bila ditemukan dapat digunakan untuk mendukung penegakan diagnosis.

- 3) Faktor Risiko merupakan hal-hal yang berkaitan dengan peningkatan resiko suatu penyakit yang bisa menentukan kemungkinan seseorang yang sehat menjadi sakit atau situasi yang bisa meningkatkan kerentanan klien dapat mengalami masalah pada kesehatannya.

2.3 Konsep Proses Pengkajian

Pengkajian merupakan komponen kunci karena sebagai pondasi proses perawat untuk proses keperawatan. Pengkajian yang mendalam memungkinkan 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 (Talbot dan Meyers-Marquadt, 1997; Bickley dan Szilagy, 2014):

- a. Riwayat klien

Pengkajian terhadap riwayat klien merupakan hal yang sangat penting bagi klien kritis untuk memenuhi kebutuhan klien

- b. Keluhan utama

Keluhan utama pada pasien bisa memiliki satu atau lebih gejala/keawatiran yang menyebabkan pasien mencari perawatan, persepsi klien terhadap penyakit disebut keluhan utama. Pengkajian keluhan utama dapat diperoleh dari seseorang yang dapat dipercaya selain klien seperti keluarga atau orang terdekat klien.

c. Identifikasi informasi

Identitas klien perlu dikaji secara lengkap termasuk pekerjaan, identifikasi nomor (semacam asuransi kesehatan) dan diagnosis medis.

d. Riwayat penyakit sekarang

Pengkajian terhadap riwayat penyakit sekarang terdapat beberapa hal yang perlu untuk dikaji antara lain, perjalanan penyakit sekarang, gambaran keadaan dan faktor yang berhubungan. Pada pengkajian riwayat penyakit sekarang, bisa mencakup medikasi, elergi, kebiasaan merokok dan alkohol.

e. Riwayat Kesehatan Masa Lalu

Hal yang perlu dikaji pada bagian riwayat kesehatan lalu adalah penyakit pada masa kanak-kanak, imunisasi, perawatan dirumah sakit terakhir, prosedur pembedahan terakhir, dan riwayat pengebatan, serta masalah gaya hidup.

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, pole eliminasi, rekreasi, tidur, latihan, penggunaan alkohol, tembakau, obat-obatan dan pola seksual.

h. Tinjauan sistem

Kaji dan catat ada atau tidaknya gejala umum yang berhubungan dengan setiap sistem utama tubuh.

2.3.1 Pola Gordon

Pengkajian merupakan tahap awal atau dasar dari proses keperawatan yang bertujuan untuk mengumpulkan informasi serta data tentang klien, agar dapat mengidentifikasi, mengetahui masalah kesehatan klien dan kebutuhan kesehatan serta keperawatan klien baik fisik, mental, sosial dan lingkungan. Model pengkajian seperti 11 pola kesehatan fungsional dari marjory gordon dapat digunakan untuk mengatur riwayat keperawatan, pemeriksaan fisik, dan mengelompokkan diagnosis keperawatan (Gordon, 2010).

Pola Kesehatan Fungsional Gordon adalah metode yang dikembangkan Oleh Marjorie Gordon pada tahun 1987 mengusulkan pola kesehatan fungsional sebagai panduan untuk menetapkan basis data keperawatan yang komprehensif. Taksonomi II klasifikasi Diagnosa Keperawatan NANDA didasarkan pada pola kesehatan fungsional Gordon. Pola kesehatan fungsional Gordon mencakup 11 kategori yang merupakan pendekatan sistematis dan standar untuk pengumpulan data (Karaca, 2016). 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 memanajemen 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, 1998). Berikut adalah contoh pertanyaan pada klien dalam pengkajian pola persepsi kesehatan dan manajemen kesehatan (Gordon, 2010) :

- 1) Bagaimana gambaran anda tentang kesehatan secara umum?
- 2) Hal apa yang penting dilakukan untuk menjaga kesehatan? Apakah mengonsumsi rokok, alkohol dan obat-obatan, melakukan pemeriksaan fisik secara mandiri?
- 3) Apakah Anda diimunisasi dengan lengkap ? imunisasi terakhir?
- 4) Apakah pernah mengalami kecelakaan (contoh: jatuh dirumah atau dikantor)?
- 5) Apakah mudah melaksanakan saran dari perawat atau dokter?
- 6) Menurut anda apakah penyebab dari penyakit yang anda derita? Apa yang anda lakukan setelah mengetahui menderita penyakit tersebut? Apa dampaknya?
- 7) Apakah Anda memiliki alergi? Jika ya maka alergi apa saja?
- 8) Pemeriksaan fisik terakhir & tujuannya untuk apa ?
- 9) Apakah Anda menggunakan obat-obatan akhir- akhir ini? Jika ya apakah anda tahu tentang obat-obat tersebut?

b. Pola Nutrisi-Metabolik

Mendeskripsikan pola konsumsi makanan dan kebutuhan cairan yang dibutuhkan sehari-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) Pandangan pembatasan makanan yang berhubungan dengan penyakit?
- 6) Pembatasan makanan berdasarkan sudut pandang agama?
- 7) Apakah ada alergi terhadap makanan?

c. Pola Eliminasi

Mendeskripsikan pola fungsi ekskresi (bone, 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, menggunakan obat pencahar)
- 2) Jika anda menggunakan pencahar setiap kali BAB, maka pencahar seperti apa?
- 3) Bagaimana pola buang air kecil anda? (frekuensi, kontrol, ketidaknyamanan, warna urin, masalah kencing, dysurea, Anurea, Oligourea, poliuria).
- 4) 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 olahraga dan kegiatan yang sering dilakukan dirumah. Faktor yang menghambat untuk melakukan aktivitas seperti gangguan neuromuscular, dispnea, angina atau masalah kardiovaskuier juga perlu dikaji (Gordon, 2010). Pola aktivitas dapat di kaji menggunakan indeks KATZ sebagai berikut

Tabel 2.3 Indeks KATZ

No	Jenis Aktivitas	Tingkat Ketergantungan		
		Mandiri	Parsial	Total
1	Mandi	Dapat sendiri mengerjakan	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 walker, tongkat)	Membutuhkan bantuan oranglain 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 dkk., 1970)

Tabel 2. 4 *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, toileting, dan satu fungsi lain
F	Mandiri pada semua aspek kecuali mandi, berpakaian, toileting, berpindah dan satu fungsi lain
G	Tidak mandiri/tergantung pada enam fungsi

Sumber: (Katz dkk., 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 I: membutuhkan bantuan atau supervisi orang lain

Level III: membutuhkan bantuan orang lain dan peralatan

Level IV: tergantung dan tidak berpartisipasi secara mandiri

- 5) Apakah Anda mengalami masalah pernapasan saat beraktivitas? seperti apnea, hipoksia, hipoksemia, hiperkapnia.
- 6) Adakah perubahan denyut jantung selama latihan?
- 7) Apakah Anda merasa pusing saat berolahraga?
- 8) Apa jenis latihan yang Anda lakukan atau masalah yang muncul selama latihan?

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 istirahat anda dan jam tidur anda?
- 2) Apa yang Anda rasakan setelah bangun? (Segar, sakit kepala, mengantuk).
- 3) Apakah Anda menggunakan obat apa pun untuk tidur?
- 4) Apakah Anda berolahraga atau berjalan di malam hari?
- 5) 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 keadegan 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? (Orientasi tentang waktu, tempat dan orang)
- 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 negatif dari diri anda?
- 2) Apakah Anda puas dengan citra diri Anda?

- 3) Perubahan pada diri anda (saat sakit) apakah membuat anda terganggu?
- 4) Apa hal yang sering membuat anda marah?
- 5) 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) Apa peran Anda dalam keluarga?
- 3) Apakah ada masalah keluarga yang sulit diatasi?
- 4) Bagaimana cara keluarga mengatasi masalah?
- 5) Apakah keluarga bergantung kepada anda untuk hal tertentu?
Bagaimana anda mengatasinya
- 6) Jika Anda berada di rumah sakit maka siapa yang akan menjalankan tanggung jawab Anda?
- 7) Siapa pembuat keputusan di keluarga Anda?
- 8) Bagaimana pendapat atau pemikiran keluarga anda mengenai sakit anda?

9) Apakah anda mempunyai grup atau teman dekat disekolah atau ditempat kerja anda?

10) 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 (hagi perempuan), dan masalah lain yang dirasakan. Berikut adalah contoh pertanyaan pada klien dalam pengkajian pola seksualitas dan reproduks (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?
- 6) Jika Anda mengalami stres, lalu bagaimana mekanisme penanggulangan Anda terhadap stres? Menangis, marah, kekerasan, (apa pendapat Anda tentang itu)

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?

2.3.2 Teknik Pengkajian Fisik

Pemeriksaan fisik merupakan proses mengkaji atau meninjau seluruh sistem tubuh secara *head to toe* (dari kepala-kaki) dengan empat teknik yaitu inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi. empat teknik tersebut yang digunakan untuk mengumpulkan data objektif pada klien. Kondisi klien sangat menentukan proses

pengkajian untuk memenuhi kepentingan perawatan dan pencegahan kondisi semakin buruk (Talbot dan Meyers-Marquadt, 1997; Bickley dan Szilagy, 2014). Menurut potter & perry 2010 tujuan dari pemeriksaan fisik antara lain untuk mengetahui riwayat kesehatan, menegakkan diagnosis dan rencana asuhan keperawatan, menangani masalah klien, dan evaluasi asuhan keperawatan. Dibutuhkan ketepatan saat melakukan pemeriksaan fisik karena akan mempengaruhi dalam pemulihan terapi dan evaluasi respon (Potter dan Perry, 2010; Potter dkk., 2017)

a. Inspeksi

Inspeksi merupakan proses observasi pada klien yang dilakukan dengan melibatkan atau menggunakan indera penglihatan, pendengaran dan penciuman dan bertujuan untuk menemukan hal yang normal dan abnormal pada tubuh pasien selain itu tujuan inspeksi juga untuk mendeteksi kondisi tubuh berdasarkan tanda fisik klien (Potter dan Perry, 2010). Perawat harus mengetahui standar normal bagi klien sesuai dengan golongan usia. Melakukan inspeksi secara efektif. perlu dilakukan beberapa hal berikut:

- 1) Memastikan pencahayaan yang baik
- 2) Memposisikan bagian tubuh klien agar dapat dilakukan pemeriksaan secara menyeluruh dipermukaan sesuai dengan kebutuhan
- 3) Menginspeksi setiap area mulai dari segi ukuran, warna, bentuk, posisi, kesimetrisan, dan abnormalitas
- 4) Bandingkan bagian tubuh yang diinspeksi dengan bagian tubuh yang sama disisi tubuh yang lainnya

- 5) Saat menginspeksi rogga tubuh gunakan alat bantu seperti senter
- 6) Lakukan pemeriksaan secara benar, eliti dan jangan terburu-buru

b. Palpasi

Palpasi merupakan teknik pengkajian fisik yang dilakukan menggunakan indera peraba dengan cara meletakkan tangan pada bagian tubuh yang akan di periksa (Potter dan Perry, 2010). Tujuan umum palpasi untuk mendeteksi suhu, kelembaban, tekstur, vibrasi, gerakan, edema, pertumbuhan massa, sensi dan krepitasi (Talbot dan Meyers-Marquadt, 1997). Klien harus dalam kondisi rileks dan nyaman karena ketegangan otot selama palpasi dapat menyebabkan hasil pengkajian tidak efektif (Potter dan Perry, 2010; Potter dkk., 2017).

Tabel 2.5 Sensitifitas tangan

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 tangan jari
Vibrasi	Aspek telapak tangan sendi metakarpopalangeal (bantalan tangan) Alternatif: sisi ulnar tangan
Suhu	Dorsal tangan atau jari (punggung tangan)

Sumber: (Talbot dan Meyers-Marquadt, 1997)

Metode palpasi ada beberapa macam yaitu palpasi ringan, palpasi dalam, pengkajian nyeri lepas, ballotement dan gelombang cairan (Talbot dan Meyers-Marquadt, 1997; Potter dan Perry, 2010). Saat akan melakukan palpasi tangan dalam kondisi hangat, jari kuku pendek dan lakukan secara perlahan, lembut, dan teliti.

palpasi ringan dilakukan sebelum palpasi dalam (Potter dkk., 2017). Tujuan palpasi ringan adalah untuk mengkaji bagian tubuh yang nyeri. Palpasi ringan dilakukan dengan cara meletakkan telapak tangan sejajar dengan kulit. tekan dengan hati-hati dengan kedalam 1cm (0,5 inci), kemudian gerakkan bantalan jari gerakan memutar (Talbot dan Meyers-Marquadt, 1997). Setelah palpasi ringan, palpasi dalam dilakukan untuk mengetahui kondisi organ dalam abdomen. Pengkajian posisi, tekstur, ukuran, konsistensi, bentuk, masa dan pulsasi menggunakan bagian tangan yang sensitif yaitu palmar dan buku jari (Potter dan Perry, 2010). Palpasi dalam dapat dilakukan dengan satu tangan atau menggunakan dua tangan (bimanual). Palpasi tangan tunggal dilakukan dengan sisi telapak tangan pada kulit (bantalan jari) ditekan pada kedalaman 4 cm (2 inci) cairan (Talbot dan Meyers-Marquadt, 1997; Potter dan Perry, 2010). Sedangkan palpasi bimanual tangan harus diletakkan secara lambat dan tangan yang meraba dirilekskan (potter dan parry, 2010).

Pengkajian nyeri dengan teknik nyeri lepas dapat dilakukan dengan menekan perlahan dan kuat kulit diatas abdomen menggunakan jari kemudian dilepaskan dengan cepat. Nyeri lepas dapat berfungsi untuk mengetahui adanya inflamasi peritoneal (Talbot dan Meyers-Marquadt, 1997).

Ballottement berfungsi untuk palpasi struktur yang berada di tempat yang diyakini berisi cairan bebas. Ballottement dapat dilakukan dengan satu tangan dan dua tangan. Ballottement satu tangan dilakukan dengan jari-jari pada salah satu tangan memegang tegak lurus terhadap permukaan tubuh dan dengan cepat masukkan kedalam abdomen lalu tahan. Jika struktur dibawahnya dapat

bergerak dengan bebas, ini akan lepas keatas dan dapat dirasakan oleh ujung jari. Ballottement bimanual dilakukan dengan satu tangan mendorong dinding abdomen anterior, sementara tangan yang lain melakukan palpasi bagian panggul untuk mendapatkan perkiraan ukuran struktur dibawahnya (Talbot dan Meyers-Marquadt, 1997).

Teknik palpasi gelombang cairan merupakan palpasi yang dilakukan dengan menempatkan kedua tangan pada panggul abdomen, ketuk salah satu sisi abdomen, suatu gelombang dalam cairan akan dihantarkan pada sisi berlawanan tangan. Fungsi dari teknik ini yaitu untuk mengetahui adanya cairan (Talbot dan Meyers-Marquadt, 1997).

c. Perkusi

Perkusi adalah teknik pengkajian dengan mengetuk bagian tubuh tertentu menggunakan ujung jari sehingga dapat menghasilkan bunyi (Potter dkk., 2017). Perkusi berfungsi untuk membantu dalam penentuan lokasi, densitas, ukuran dan posisi struktur yang ada dibawahnya. Perkusi dapat digunakan untuk mengetahui suara yang abnormal seperti adanya masa atau substansi, adanya udara atau cairan di dalam organ ataupun didalam rongga tubuh. Teknik perkusi yang sering digunakan adalah perkusi langsung, perkusi tidak langsung dan perkusi kepalan tangan (Talbot dan Meyers-Marquadt, 1997; Potter dan Perry, 2010).

Tabel 2.6 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 berdegup	Hati
Flatness	Lunak	Tinggi	Singkat	Datar	Otot

Sumber: (Potter dan Perry, 2010)

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 atau perantaraan adalah auskultasi dengan menggunakan alat bantu berupa stetoskop (Talbot dan Meyers-Marquadt, 1997; Bickley dan Szilagy, 2014). Perawat harus mampu mengenali dengan baik suara normal jantung, sistem pernapasan, dan pencernaan seperti aliran darah melalui arteri. Selain suara normal perawat juga harus memahami suara abnormal yang di hasilkan oleh tubuh.

2.3.3 Pengkajian Fisik

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

Pengkajian umum dimulai saat pertemuan pertama dengan klien. Pengkajian umum dapat berupa keadaan kesehatan, tingkah laku, ekspresi wajah, postur, gaya berjalan, 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 (Bickley dan Szilagyi, 2014).

Beberapa gejala umum yang berkaitan adalah perubahan berat badan; kelelahan dan kelemahan; demam, panas dingin dan keringat malam, serta 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 dan Szilagyi, 2014)

Keletihan merupakan gejala yang tidak spesifik dan memiliki banyak penyebab kenapa seseorang bisa mengalami keletihan. Saat akan mengkaji keletihan pada pasien gunakanlah pertanyaan terbuka, dan suruhlah pasien untuk menceritakan secara terus terang tanpa ada yang disembunyikan mengenai apa yang dialaminya. Kelemahan merupakan hilangnya kekuatan otot yang dapat dilihat saat pengkajian. (Bickley dan Szilagyi, 2014).

Demam merupakan kondisi suhu tubuh yang tidak normal atau melebihi batas normal yang diakibatkan terjadinya perubahan titik pengaturan hipotalamus. Pada klien dengan penyakit akut atau kronis maka perlu untuk dilakukan

Pengkajian demam. Normalnya suhu tubuh akan naik pada siang hari dan turun pada malam hari. Perawat harus bisa membedakan antara menggigil subyektif dan menggigil gemetar yang diikuti dengan adanya getaran diseluruh tubuh dan menggetakkan gigi. Saat demam terjadi pada malam hari biasanya akan diikuti keringat pada malam hari. Bila terjadi keringat pada malam hari maka perlu dikhawatirkan seorang klien terkena tuberkulosis atau malignansi. Demam dapat mengakibatkan malaise, sakit kepala dan nyeri otot atau sendi. (Bickley dan Szilagyi, 2014; potter dan parry, 2010)

Gejala terakhir yang sering terjadi pada klien adalah nyeri. Nyeri merupakan gejala umum yang sering terjadi pada klien. Panduan pemeriksaan fisik atau pengkajian nyeri yang komprehensif penting dilakukan untuk hasil yang akurat (Bickley dan Szilagyi, 2014). Kemungkinan temuan saat pemeriksaan nyeri yaitu pasien terlihat mengernyit, berkeringat, melindungi area nyeri.

Setelah pengkajian umum dan gejala yang sering muncul pada klien, proses selanjutnya adalah pengkajian tanda-tanda vitai yang terdiri dari tekanan darah, detak jantung, pernapasan, suhu dan nyeri (Bickley dan Szilagyi, 2014).

Tabel 2.7 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 dan Szilagyi, 2014)

1) Detak jantung

Nadi radial merupakan bagian tubuh yang sering digunakan untuk menilai detak jantung. Apabila irama jantung teratur, hitung jumlah detak jantung selama 50 detik kemudian kalikan dua. Jika irama jantung tidak teratur, hitung selama 60 detik. Rentang normal detak jantung adalah 50-90 kali per menit (Bickley dan Szilagyi, 2014). Perawat harus memahami siklus jantung dan peristiwa fisiologis untuk mengkaji fungsi jantung. Terdapat dua fase siklus jantung, yaitu sistole dan diastole. Ketika sistole ventrikel akan berkontraksi dan mengeluarkan darah dari ventrikel kiri menuju ke aorta dan dari ventrikel kanan menuju ke arteri pulmonal, dan akan terjadi peningkatan tekanan ventrikel dan penutupan katub mitral dan trikuspid, ketika katub menutup akan terjadi suara jantung pertama (S1) yang disebut lup. Sedangkan saat diastole, ventrikel akan relaksasi dan atrium berkontraksi untuk memindah darah menuju ventrikel dan mengisi arteri koroner, setelah ventrikel kosoong akan terjadi penurunan tekanan ventrikel di bawah tekanan aorta dan arteri pulmonal sehingga menyebabkan katub aorta dan pulmonal menutup dan menimbulkan suara jantung ke dua (S2) atau disebut dup (potter dan parry, 2010).

2) Pernapasan

Pernapasan melibatkan proses pergerakan gas kedalam dan keluar paru-paru (ventilasi), pergerakan O₂ dan CO₂ antara sel darah merah dan alveoli (difusi), dan juga melibatkan distribusi sel darah merah ke dan dari kapiler paru-paru (perfusi). Pada pengkajian ventrikel dilakukan pemeriksaan dengan menginspeksi dan palpasi pergerakan dinding dada, selain itu perawat akan

mengkaji frekuensi pernapasan, kedalaman ventilasi, dan ritme ventilasi. Sedangkan pengkajian difusi dan perfusi dilakukan dengan cara mengukur saturasi oksigen darah. 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.

3) Suhu

Titik pengaturan hipotalamus dipengaruhi oleh perubahan suhu tubuh di luar batas normal. Perubahan suhu berhubungan dengan produksi panas yang berlebihan, hilangnya panas berlebih, produk panas minimal. Untuk Pengkajian suhu ada beberapa cara yang dapat dilakukan yaitu pada bagian oral, rectal, axilla dan membran timpani. Nilai rata-rata suhu oral adalah 37°C dan bersifat fluktuatif. Suhu rectal lebih tinggi dari suhu oral dengan rentang perbedaan $0.4-0.5^{\circ}\text{C}$. 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. Faktor yang mempengaruhi suhu tubuh yaitu usia, olahraga, kadar hormon, irama sirkadian, stress, dan lingkungan.

4) Nyeri

Nyeri adalah pengalaman sensori dan emosi yang tidak menyenangkan berhubungan dengan kerusakan jaringan aktual atau potensial (Gulabivala dan 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 bagaimana rasa nyeri yang dirasakan, regio seperti dimana letak atau lokasi nyeri tersebut, skala dan timing (PQRST) (Bickley dan Szilagyi, 2014). Tiga skala yang sering digunakan untuk mengukur nyeri adalah *Visual Analog Scale*, *the Numeric Rating Scale* dan *the Faces Pain Scale*.

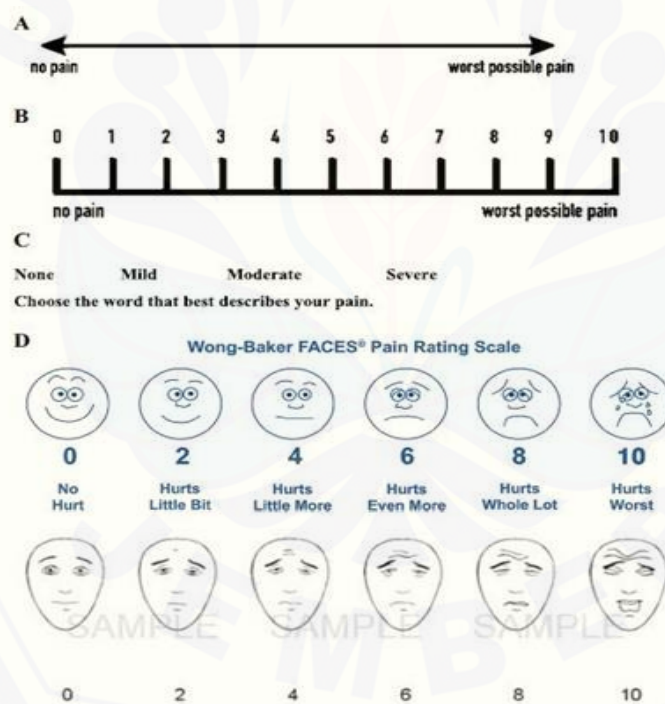


Fig. 1. A. Visual Analog Scale (VAS). B. The Numerical Rating Scale (NRS). C. Verbal Rating Scale (VRS) or Verbal Descriptor Scale (VDS). D. FACES Pain Rating Scale.

Gambar 2.2 Alat ukur skala nyeri (Karcioglu dkk., 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 dkk., 2017).

b. Perilaku dan status mental

Beberapa hal yang perlu dikaji untuk menilai bagaimana perilaku dan status mental klien seperti penampilan dan perilaku, pemikiran dan persepsi, wicara dan bahasa, serta fungsi kognitif

Terdapat teknik khusus dalam menilai mental yaitu bisa dengan *Mini-Mental State Examination* (MMSE) yang bermanfaat untuk skrining disfungsi kognitif dan dimensia serta perkembangan kemajuan selama beberapa waktu.

c. Kulit, Rambut dan Kuku

pengkajian pada kulit dilakukan untuk melihat kelembapan, warna, turgor dan lain-lain, serta untuk melihat adanya lesi. Pengkajian pada rambut dilakukan untuk melihat bagaimana kuantitas, distribusi dan tekstur, sedangkan pengkajian kuku dilakukan untuk melihat warna, bentuk dan apakah ada lesi pada kuku klien. Dalam mengkaji kulit, rambut dan kuku dilakukan dengan cara inspeksi dan palpasi.

d. Kepala dan Leher

1) Kepala

Pengkajian dilakukan dengan inspeksi dan palpasi apakah klien mengalami sakit kepala, dikarena hal tersebut merupakan gejala yang paling sering terjadi. Kaji dan perhatikan wajah, kranial, dan kulit.

2) Mata

Pengkajian atau pemeriksaan pada mata yang perlu untuk dikaji yaitu ketajaman penglihatan, kemampuan melihat, lapang pandang, masalah penglihatan dan kondisi fisik mata pada klien, serta kaji struktur bagian dalam dan luar mata (Potter dan Perry, 2010)

3) Telinga

Telinga dibagi menjadi tiga bagian utama yaitu telinga bagian luar, tengah dan dalam. Kaji adanya deformitas, gangguan anatomi dan fungsi telinga klien (Potter dan Perry, 2010).

4) Hidung dan sinus paranasal

Lakukan inspeksi pada hidung luar, perhatikan bentuk, ukuran, kulit, warna, kaji ketidaksimetrisan atau deformitas hidung, tes adanya sumbatan, inspeksi bagian dalam hidung menggunakan otoscope, observasi mukosa, septum dan ketidaknormalan lainnya.

5) Mulut dan faring

Pemeriksaan mulut dan faring dilakukan untuk mendeteksi kesehatan keseluruhan, melihat kebutuhan *oral hygiene*, trauma mulut, dan obtruksi jalan

napas oral. Lakukan pemeriksaan pada Bibir , mukosa mulut, gusi, gigi, atap mulut, dan 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*. Ada beberapa pemeriksaan yaitu initial survey pernapasan dan thorax, pemeriksaan dada posterior, pemeriksaan dada anterior

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, kaji suara murmur jantung
- 7) Kaji pulsus paradoksis
- 8) Kaji pemeriksaan fisik jantung termasuk ritme, dan karakteristik bunyi jantung

Tabel 2.8 Teknik pengkajian fisik jantung

Teknik Pemeriksaan	Kemungkinan Temuan
Tekanan Darah dan Frekuensi Jantung	
Lakukan palpasi dan tambahkan 30 mmHg untuk memperkirakan tekanan darah sistolik	Langkah ini membantu anda mendeteksi adanya <i>gap</i> auskultasi dan menghindari pencatatan tekanan darah sistolik rendah yang tidak tepat
Vena jugularis	
Tinggikan bad bagian kepala dengan sudut 30° untuk mengkaji pulsasi vena jugularis	
Denyut karotis	
kaji variasi amplitudo nadi dan kontur denyut karotis serta periksa apakah ada bunyi <i>bruit</i>	Lihat pulsus alternans nadi paradoksikal . bila ada bunyi <i>bruit</i> menandakan resiko penyempitan aterosklerotik dan peningkatan resiko stroke
Inspeksi dan palpasi	
Lakukan inspeksi dan palpasi dada anterior dan perhatikan gerakan dada, dan sulit tidaknya dada mengembang a, gerakan dada, atau <i>thrill</i> . Identifikasi <i>impuls apikal</i> . Miringkan pasien kekiri. Catat :	
a. Letak impuls	
b. Diameter	
c. Amplitudo-biasanya seperti <i>ketukan</i>	
d. Durasi	
Raba impuls ventrikel kanan pada parasternum kiri dan area epigastrik.	Kuatnya impuls mengindikasikan pembesaran ventrikel kanan.
Palpasi interkostal kedua kanan dan kiri dekat dengan sternum. Catat adanya <i>thrill</i> pada area ini.	Pulasasi pembuluh darah besar, S2 yang menonjol; <i>thrill</i> pada stenosis aorta atau pulmonal
Auskultasi	
Gunakan <i>diafragma</i> stetoskop untuk mendengarkan bunyi nada relatif tinggi, seperti bunyi jantung pertama S1, dan bunyi jantung kedua S2.	Juga murmur pada <i>regurgitasi mitral dan aorta</i> , <i>friction rub perikardium</i>
Gunakan <i>bel</i> stetoskop untuk <i>bunyi nada relatif rendah</i> pada batas sternum kiri bawah dan apeks.	S3, S4, murmur <i>stenosis mitral</i> .
Dengarkan masing-masing area terhadap adanya S1 S2, apakah ada bunyi jantung tambahan seperti bunyi murmur sistolik dan murmur diastolik.	

Sumber: pengkajian fisik (Bickley dan Szilagyi, 2014)

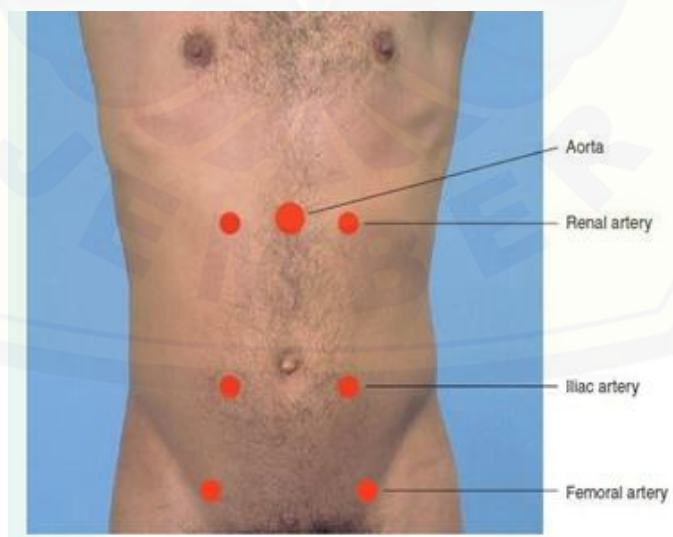
g. Payudara dan aksila

Pengkajian payudara perempuan dan payudara laki-laki dapat dilakukan dengan cara inspeksi dan palpasi untuk mengetahui ukuran, kesimetrisan, bentuk, kulit, bengkak, ulserasi, infeksi, dan nyeri tekan.

Pengkajian aksila atau ketiak dapat dilakukan dengan cara inspeksi dan palpasi untuk mengetahui adanya ruam, pigmentasi, infeksi, bila dicurigai *diarea drainase*, maka kaji pada bagian kelenjar getah bening.

h. Abdomen

pada bagian abdomen teknik inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi dilakukan untuk mengetahui kontur, umbilikus, lesi, suara bising usus, bruit, friction rub, distribusi udara dalam perut adanya massa atau cairan, adanya nyeri tekan, serta lokasi, ukuran, bentuk, konsistensi, tenderness, dan pulsasi. Terdapat empat bagian abdomen yang perlu di auskultasi yaitu aorta, arteri renalis, arteri iliaka, arteri femoral, dan hati serta limpa untuk mendengarkan adanya *friction rub*



Gambar 2.3 Pengkajian abdomen (Bickley dan Szilagy, 2014)

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; adanya *edema pitting*.

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. Dan kaji apakah ada penyakit hernia, yang dapat dilakukan dengan cara meminta klien untuk melakukan *valvasa manuver*, dan mengejan.

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. Pada genitalia wanita ada tiga bagian penting yang perlu dikaji yaitu genitalia eksterna, genitalia internal, dan hernia, dalam mengkaji hernia pada wanita dapat dilakukan dengan cara klien berdiri..

I. Anus, Rektum, dan Prostate

Pemeriksaan pada wanita dan laki-laki dilakukan dengan inpeksi dan palpasi untuk mengetahui adanya benjolan, bisul, ruam, dan peradangan, nyeri, dan lesi.

Pada laki-laki pemeriksaan dilakukan dengan posisi miring kekiri atau kekanan, pada wanita bisa dengan posisi litotomi atau berbaring miring.

m. Sistem Muskuloskeletal

pemeriksaan dilakukan dimulai dari Sendi Temporomandibular, Bahu, Siku, Pergelangan tangan, Pinggul, Lutut, Pergelangan kaki, untuk mengetahui apakah ada gangguan pada sistem muskuloskeletal, seperti bengkak, kemerahan, gangguan atau kelainan sendi dan tulang. Beberapa gerakan seperti fleksi, ekstensi, abduksi, adduksi, supinasi dan pronasi, dan lain-lain.

n. Sistem syaraf

Pada sistem syaraf ada beberapa pengkajian seperti pengkajian status mental, pengkajian sistem motorik, pengkajian sistem sensori, reflek, nerves kranial. Sistem nerve dimulai dari *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 dan X* menelan dan reflek muntah, *Nerve V, VII, X, XII* suara dan bicara, *Nerve XI* pergerakan bahu dan leher, *Nerve XII* kesimetrisan dan posisi lidah

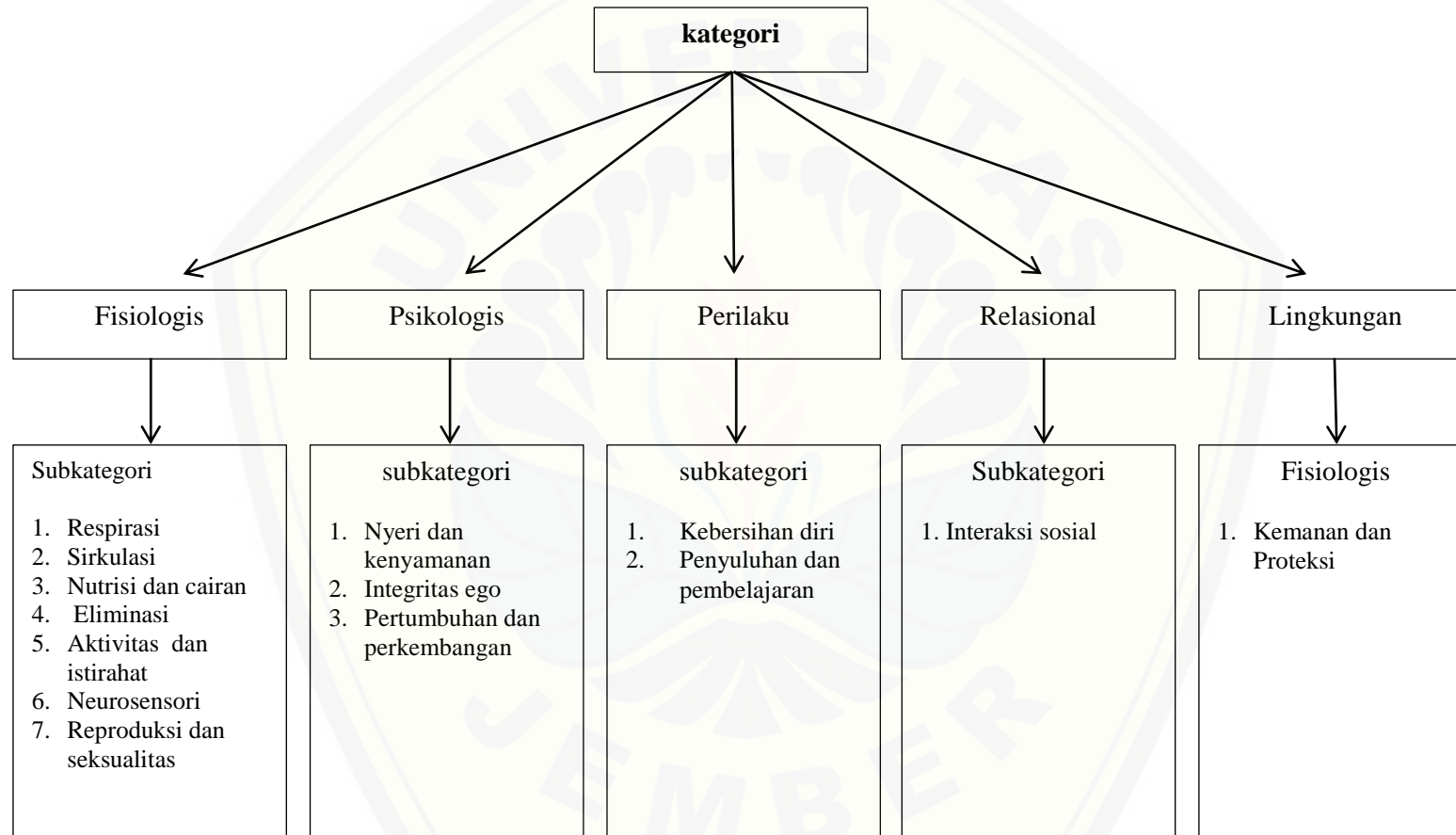
Pada pengkajian sistem neurologi juga perlu dilakukan Glasgow Coma Scale (GCS). Berikut adalah nilai pengkajian GCS (Teasdale dan Jennett, 1974):

Tabel 2.9 Glasgow Coma Scale (GCS)

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

Sumber: (Teasdale dan Jennett, 1974)

2.4 Taksonomi SDKI



Diagnosis Keperawatan		
No	kategori	Subkategori
1.	Fisiologi	<p>a. Respirasi</p> <p>D.0001 Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif D.0002 Gangguan Penyapihan Ventilator D.0003 Gangguan Pertukaran Gas D.0004 Gangguan Ventilasi Spontan D.0005 Pola Napas Tidak Efektif D.0006 Risiko Aspirasi</p> <p>b. Subkategori: Sirkulasi</p> <p>D.0007 Gangguan Sirkulasi Spontan D.0008 Penurunan Curah Jantung D.0009 Perfusi Perifer Tidak Efektif D.0010 Risiko Gangguan Sirkulasi Spontan D.0011 Risiko Penurunan Curah Jantung D.0012 Risiko Perdarahan D.0013 Risiko Perfusi Gastrointestinal Tidak Efektif D.0014 Risiko Perfusi Miokard Tidak Efektif D.0015 Risiko Perfusi Perifer Tidak Efektif D.0016 Risiko Perfusi Renal Tidak Efektif D.0017 Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif</p> <p>d. Subkategori: Eliminasi</p> <p>D.0040 Gangguan Eliminasi Urin D.0041 Inkontinensia Fekal D.0042 Inkontinensia Urin Berlanjut D.0043 Inkontinensia Urin Berlebih D.0044 Inkontinensia Urin Fungsional D.0045 Inkontinensia Urin Refleks D.0046 Inkontinensia Urin Stres D.0047 Inkontinensia Urin Urgensi D.0048 Kesiapan Peningkatan Eliminasi Urin D.0049 Konstipasi D.0050 Retensi Urin D.0051 Risiko Inkontinensia Urin Urgensi D.0052 Risiko Konstipasi</p> <p>e. Subkategori: Aktivitas dan Istirahat</p> <p>D.0053 Disorganisasi Perilaku Bayi D.0054 Gangguan Mobilitas Fisik D.0055 Gangguan Pola Tidur D.0056 Intoleransi Aktivitas D.0057 Keletihan D.0058 Kesiapan Peningkatan Tidur D.0059 Risiko Disorganisasi Perilaku Bayi D.0060 Risiko Intoleransi Aktivitas</p>

	<p>c. Subkategori: Nutrisi dan Cairan</p> <p>D.0018 Berat Badan Lebih D.0019 Defisit Nutrisi D.0020 Diare D.0021 Disfungsi Motilitas Gastrointestinal D.0022 Hipervolemia D.0023 Hipovolemia D.0024 Ikterik Neonatus D.0025 Kesiapan Peningkatan Keseimbangan Cairan D.0026 Kesiapan Peningkatan Nutrisi D.0027 Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah D.0028 Menyusui Efektif D.0029 Menyusui Tidak Efektif D.0030 Obesitas D.0031 Risiko Berat Badan Lebih D.0032 Risiko Defisit Nutrisi D.0033 Risiko Disfungsi Motilitas Gastrointestinal D.0034 Risiko Hipovolemia D.0035 Risiko Ikterik Neonatus D.0036 Risiko Ketidakseimbangan Cairan D.0037 Risiko Ketidakseimbangan Elektrolit D.0038 Risiko Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah D.0039 Risiko Syok</p>	<p>f. Subkategori: Neurosensori</p> <p>D.0061 Disrefleksia Otonom D.0062 Gangguan Memori D.0063 Gangguan Menelan D.0064 Konfusi Akut D.0065 Konfusi Kronis D.0066 Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial D.0067 Risiko Disfungsi Neurovaskuler Perifer D.0068 Risiko Konfusi Akut</p> <p>g. Subkategori: Reproduksi dan Seksualitas</p> <p>D.0069 Disfungsi Seksual D.0070 Kesiapan Persalinan D.0071 Pola Seksual Tidak Efektif D.0072 Risiko Disfungsi Seksual D.0073 Risiko Kehamilan Tidak Dikehendaki</p>
--	--	--

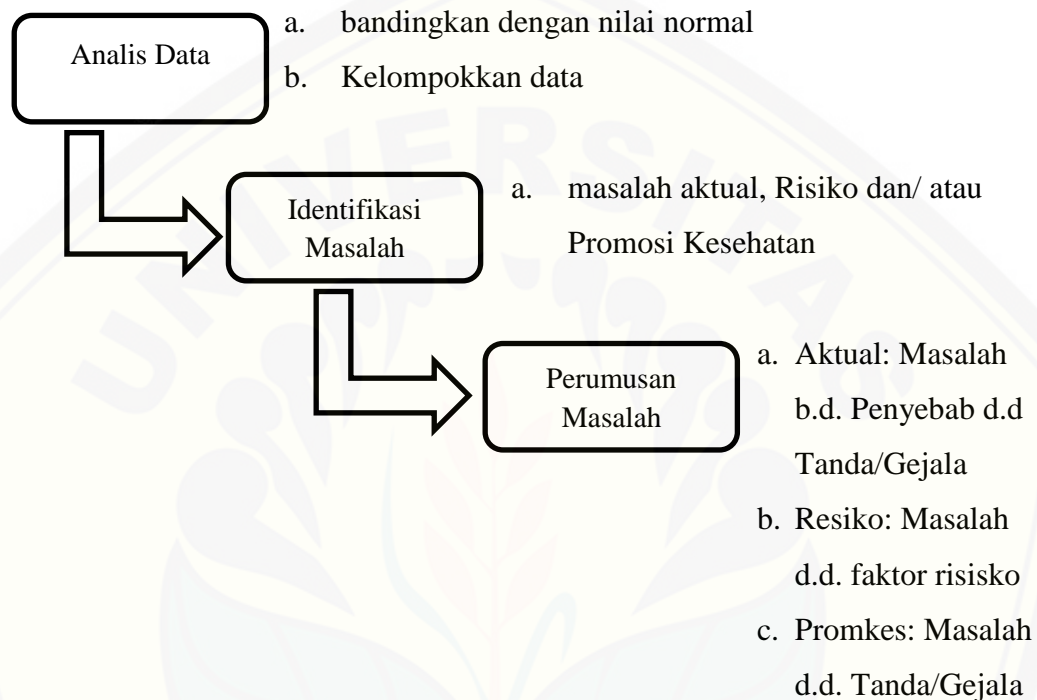
2.	Psikologis	<p>a. Subkategori: Nyeri dan Kenyamanan</p> <p>D.0074 Gangguan Rasa Nyaman D.0075 Ketidaknyamanan Pasca Partum D.0076 Nausea D.0077 Nyeri Akut D.0078 Nyeri Kronis D.0079 Nyeri Melahirkan</p> <p>b. Subkategori: Integritas Ego</p> <p>D.0080 Ansietas D.0081 Berduka D.0082 Distres Spiritual D.0083 Gangguan Citra Tubuh D.0084 Gangguan Identitas Diri D.0085 Gangguan Persepsi Sensori D.0086 Harga Diri Rendah Kronis D.0087 Harga Diri Rendah Situasional D.0088 Keputusan D.0093 Ketidakmampuan Koping Keluarga D.0094 Koping Defensif D.0095 Koping Komunitas Tidak Efektif D.0096 Koping Tidak Efektif D.0097 Penurunan Koping Keluarga</p>	<p>D.0098 Penyangkalan Tidak Efektif D.0099 Perilaku Kesehatan Cenderung Berisiko D.0100 Risiko Distres Spiritual D.0101 Risiko Harga Diri Rendah Kronis D.0102 Risiko Harga Diri Rendah Situasional D.0103 Risiko Ketidakberdayaan D.0104 Sindrom Pasca Trauma D.0105 Waham</p> <p>c. Subkategori: Pertumbuhan dan Perkembangan</p> <p>D.0106 Gangguan Tumbuh Kembang D.0107 Risiko Gangguan Perkembangan D.0108 Risiko Gangguan Pertumbuhan</p>
----	------------	--	--

3.	Perilaku	<p>a. Subkategori: Kebersihan Diri</p> <p>D.0109 Defisit Perawatan Diri</p> <p>b. Subkategori: Penyuluhan dan Pembelajaran</p> <p>D.0110 Defisit Kesehatan Komunitas D.0111 Defisit Pengetahuan D.0112 Kesiapan Peningkatan Manajemen Kesehatan D.0113 Kesiapan Peningkatan Pengetahuan D.0114 Ketidakpatuhan D.0115 Manajemen Kesehatan Keluarga Tidak Efektif D.0116 Manajemen Kesehatan Tidak Efektif D.0117 Pemeliharaan Kesehatan Tidak Efektif</p>	
4.	Relasional	<p>a. Subkategori: Interaksi Sosial</p> <p>D.0118 Gangguan Interaksi Sosial D.0119 Gangguan Komunikasi Verbal D.0120 Gangguan Proses Keluarga D.0121 Isolasi Sosial D.0122 Kesiapan Peningkatan Menjadi Orang Tua D.0123 Kesiapan Peningkatan Proses Keluarga D.0124 Ketegangan Peran Pemberi Asuhan D.0125 Penampilan Peran Tidak Efektif D.0126 Pencapaian Peran Menjadi Orang Tua D.0127 Risiko Gangguan Perlekatan D.0128 Risiko Proses Pengasuhan Tidak Efektif</p>	

5.	Lingkungan	<p>Subkategori: Keamanan dan Proteksi</p> <p>D.0129 Gangguan Integritas Kulit/Jaringan</p> <p>D.0130 Hipertermia</p> <p>D.0131 Hipotermia</p> <p>D.0132 Perilaku Kekerasan</p> <p>D.0133 Perlamabatan Pemulihan Pascabedah</p> <p>D.0134 Risiko Alergi</p> <p>D.0135 Risiko Bunuh Diri</p> <p>D.0136 Risiko Cedera</p> <p>D.0137 Risiko Cedera pada ibu</p> <p>D.0138 Risiko Cedera pada Janin</p> <p>D.0139 Risiko Gangguan Integritas Kulit/Jaringan</p> <p>D.0140 Risiko Hipotermia</p> <p>D.0141 Risiko Hipotermia Perioperatif</p> <p>D.0142 Risiko Infeksi</p> <p>D.0143 Risiko Jatuh</p> <p>D.0144 Risiko Luka Tekan</p> <p>D.0145 Risiko Mutilasi Diri</p>	<p>D.0146 Risiko Perilaku Kekerasan</p> <p>D.0147 Risiko Perlambatan Pemulihan Pascabedah</p> <p>D.0148 Risiko Termoregulasi Tidak Efektif</p> <p>D.0149 Termoregulasi Tidak Efektif</p>
----	------------	--	--

2.5 Proses Penegakan Diagnosis Keperawatan Menurut SDKI

Proses penegakan diagnosis (diagnostic process) yaitu proses yang sistematis dan memiliki tiga tahap, yaitu analisis data, identifikasi masalah dan perumusan diagnosis (PPNI., 2017).



Gambar 3.3 Tahap Proses Penegakan Diagnosis (*Diagnostic Process*)

(Potter dan Perry, 2010; Ackley dkk., 2017; Kozier dkk., 2018)

Bagi seorang perawat yang sudah berpengalaman atau sudah ahli, proses ini bisa dilakukan secara simultan, tetapi pada perawat yang belum memiliki pengalaman yang memadai dan masih kurang ahli dalam melakukan penegakan diagnosis, maka perlu melakukan latihan secara rutin dan membiasakan diri melakukan proses penegakan diagnosis secara sistematis. Proses penegakan diagnosis dijelaskan sebagai berikut.

1. Analisis Data

Analisis data dilakukan dengan beberapa tahapan antara lain:

a. membandingkan data dengan nilai normal

Data-data yang diperoleh saat pengkajian kemudian akan dibandingkan dengan nilai-nilai normal dan identifikasi tanda/gejala yang bermakna (significant cues).

b. mengelompokkan data

Tanda atau gejala yang dianggap penting dikelompokkan sesuai dengan pola kebutuhan dasar yang meliputi respirasi, sirkulasi, nutrisi atau cairan, eliminasi, aktivitas atau istirahat, neurosensori, seksualitas, nyeri atau kenyamanan, integritas ego, pertumbuhan atau perkembangan, kebersihan diri, sumber informasi yang didapat, hubungan sosial, dan keamanan atau proteksi. pengelompokan data dapat dilakukan dengan cara induktif yaitu dengan memilah data sehingga membentuk sebuah pola ataupun secara deduktif yaitu dengan menggunakan kategori pola kemudian mengelompokkan data sesuai kategorinya.

2. Identifikasi Masalah

Setelah menganalisis data, secara bersama-sama perawat dan klien mengidentifikasi masalah aktual, risiko dan promosi kesehatan. Pernyataan masalah kesehatan merujuk ke label diagnosis keperawatan.

3. Perumusan diagnosis keperawatan

Perumusan atau penulisan diagnosis disesuaikan dengan jenis diagnosis keperawatan. Menurut PPNI, 2017 Terdapat dua metode perumusan diagnosis, yaitu:

a. Penulisan Tiga Bagian (*Three Part*)

Metode penulisan ini terdiri dari Masalah, Penyebab dan Tanda/Gejala. Dan metode ini hanya dilakukan pada diagnosis aktual, dengan formulasi sebagai berikut:

Masalah *berhubungan dengan* penyebab
dibuktikan dengan Tanda/Gejala

Atau dapat dituliskan dengan cara sebagai berikut :

Masalah *b.d* penyebab *d.d* Tanda/Gejala

Contoh penulisan :

Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan benda asing dalam jalan napas, dibuktikan dengan, frekuensi napas berubah, batuk tidak efektif, sputum berlebih, dispnea, gelisah.

b. Penulisan Dua Bagian (*Two Part*)

Metode penulisan ini dilakukan pada diagnosis risiko dan diagnosis promosi kesehatan, dengan formula sebagai berikut:

1) Diagnosis Risiko

Masalah *dibuktikan dengan* faktor resiko

Contoh penulisan diagnosis:

Risiko aspirasi dibuktikan dengan ketidakmatangan koordinasi menghisap, menelan dan bernapas.

2) Diagnosis Promosi Kesehatan

Masalah *dibuktikan dengan* Tanda/Gejala

Contoh penulisan diagnosis:.

Kesiapan peningkatan tidur dibuktikan dengan pasien ingin untuk meningkatkan tidur jumlah waktu tidur sesuai dengan pertumbuhan perkembangan

2.6 Konsep Ruang ICCU

2.6.1 definisi ICCU

Kompetensi seorang perawat merupakan kombinasi yang lengkap antara pengetahuan, fungsi, keterampilan, sikap, dan nilai-nilai. Memberikan perawatan untuk pasien di Unit Perawatan Jantung Intensif (ICCU) membutuhkan kompetensi perawat (Nobahar, 2016). Dalam setiap shift ICCU, tanda-tanda vital pasien dipantau setidaknya dua kali. Karena obat yang diberikan kepada mereka sebagian besar didasarkan pada denyut jantung dan tekanan darah mereka, EKG dilakukan pada tiga pagi berturut-turut (Nobahar, 2016).

Unit Intensif Perawatan Jantung (ICCU) adalah unit rawat inap yang menyediakan pemantauan hemodinamik invasif kompleks dan perawatan pasien dewasa selama fase kritis pemulihan dari operasi jantung dan toraks, STEMI, dan pengobatan gagal jantung stadium akhir (Alonso dkk., 2007).

Unit ini terdiri dari 5 sampai 6 buah tempat tidur. *The European Society of Cardiology* merekomendasikan jumlah tempat bed diruang ICCU yang ideal sebanyak 3-10 tempat tidur, Sedangkan *International Health Facility Guidelines*

mengatakan bahwa ruang ICCU terdapat 4-6 tempat tidur untuk fasilitas kecil dan ≥ 20 tempat tidur di pusat-pusat besar, posisi tempat tidur bisa dalam bentuk perpaduan antara kamar single dan atau terdiri dari 2 tempat tidur, satu bed untuk pasien yang membutuhkan lebih lama perawatan, sedangkan 2 bed untuk pasien yang dirawat dalam waktu jangka pendek. Kemampuan pemantauan tersedia di setiap sisi tempat tidur (Alonso dkk., 2007; International Health Facility Guidelines, 2016). Ada kamar isolasi aliran udara negatif dan ada ruang isolasi penghalang. Setiap ruang isolasi sepenuhnya dimonitor dengan sistem alarm jarak jauh ke stasiun pusat (Foà dkk., 2015).

ICCU merupakan ruang intensif perawatan bagi pasien dengan masalah jantung dan membutuhkan penanganan yang khusus. Ruangan sangat tertutup dan dilengkapi dengan berbagai alat monitor yang lengkap untuk memonitor tanda-tanda vital, dan dalam ruangan tersebut ada berbagai tim medis yang saling bekerja sama untuk menyelamatkan hidup pasien dan untuk mencegah komplikasi lebih lanjut (Avanzini dkk., 2016). Pasien yang berada diruang ICCU merupakan pasien yang memiliki masalah seperti penyakit jantung dan penyakit vaskuler. Penyakit jantung seperti Infark miokard, gagal jantung akut, aritmia jantung, kardiomiopati, miokarditis, dll, sedangkan Penyakit Vaskuler seperti diseksi aorta, aortic aneurysm, penyakit peripheral arterial (Kasaoka, 2017).

Intensive Coronary Care Unit, dirancang untuk pasien yang membutuhkan pengamatan konstan, serta perawatan medis dan keperawatan khusus, termasuk pemantauan jantung dan ventilator manajemen pasien. Perbandingan atau rasio perawat dan pasien yaitu 1 per 4 hingga 6 tempat tidur (1,2-1,8 perawat per

tempat tidur) artinya satu perawat untuk 4-6 pasien dan harus ada satu dokter yang berjaga diruang ICCU tersebut namun Minimal terdapat 2 perawat untuk sebuah perawatan yang efisien dan berkualitas tinggi (Le May dkk., 2016).

Perawat dan dokter yang bertugas diruang ICCU harus memperhatikan kebersihan, memaikai APD, cuci tangan harus selalu dilakukan, tidak boleh menggunakan barang dari luar, karena sudah ada barang khusus yang disediakan seperti masker, sandal, sarung tangan, yang juga harus digunakan. Setiap pasien harus memiliki satu monitor yang berada disamping tempat tidur dan harus terhubung dengan pusat monitor di center ICCU. Pusat pemantauan monitor ICCU memiliki ruang pengawasan pemantauan atau layar tv dimana semua pasien dapat dipantau secara bersamaan, ICCU juga memiliki monitor untuk aritmia, setiap tipe dari aritmia dapat dimonitor dan direkam (Alonso dkk., 2007; Avanzini dkk., 2016; International Health Facility Guidelines, 2016; Le May dkk., 2016; Casella dkk., 2017).

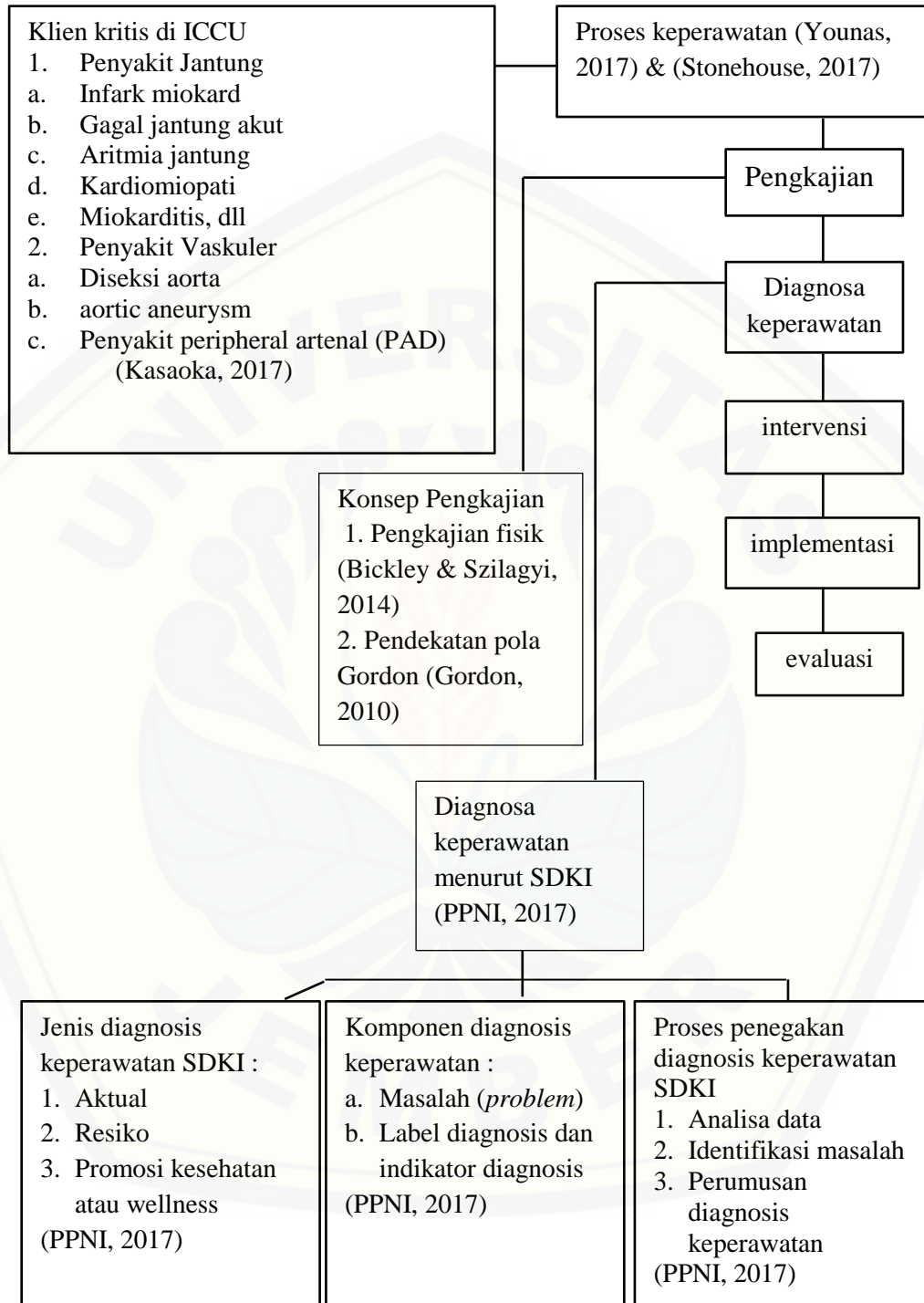
2.6.2 Diagnosis keperawatan diruang ICCU

Sebanyak 146 diagnosa keperawatan diidentifikasi dalam domain: Promosi Kesehatan; Nutrisi; Eliminasi dan Pertukaran; Kegiatan / Istirahat; Persepsi / Kognisi; Mengatasi atau Toleransi Stres; dan, kenyamanan. Diagnosis keperawatan yang paling sering adalah: risiko infeksi (100%, Domain Keamanan, Kelas Infeksi), risiko pendarahan (92%, Domain Aktivitas / Istirahat, Respons Kardiovaskular / Paru-Paru), defisit perawatan diri (75%, Aktivitas Domain / Istirahat, Kelas Perawatan Mandiri), risiko penurunan curah jantung (75%, tidak

termasuk dalam Taksonomi), risiko intoleransi aktivitas (67%, Aktivitas / Istirahat Domain, Perawatan Diri Kelas), gangguan mobilitas fisik (67% , Aktivitas / Istirahat Domain, Aktivitas Kelas / Latihan), risiko penurunan perfusi jaringan jantung (50%, Aktivitas / Istirahat Domain, Respons Kardiovaskular / Paru-Paru), risiko gangguan integritas kulit (41,7%, Keamanan Domain / Perlindungan, Fisik Kelas Cedera), gangguan integritas kulit (33,3%, Keamanan Domain / Perlindungan, Cedera Fisik Kelas), ketidak efektifan perfusi ginjal (33,3%, tidak termasuk dalam Taksonomi), risiko ketidak seimbangan gizi : kurang dari kebutuhan tubuh (33,3%, tidak termasuk dalam Taksonomi) dan ketidak seimbangan gizi: kurang dari kebutuhan tubuh (33,3 % , Nutrisi Domain, Penyerapan Kelas). Empat puluh dua persen dari diagnosis keperawatan yang paling sering terjadi dalam domain Aktivitas / Istirahat, di mana 60% berada di kelas, Cardiovascular / Pulmonari (Lopes dkk., 2011).

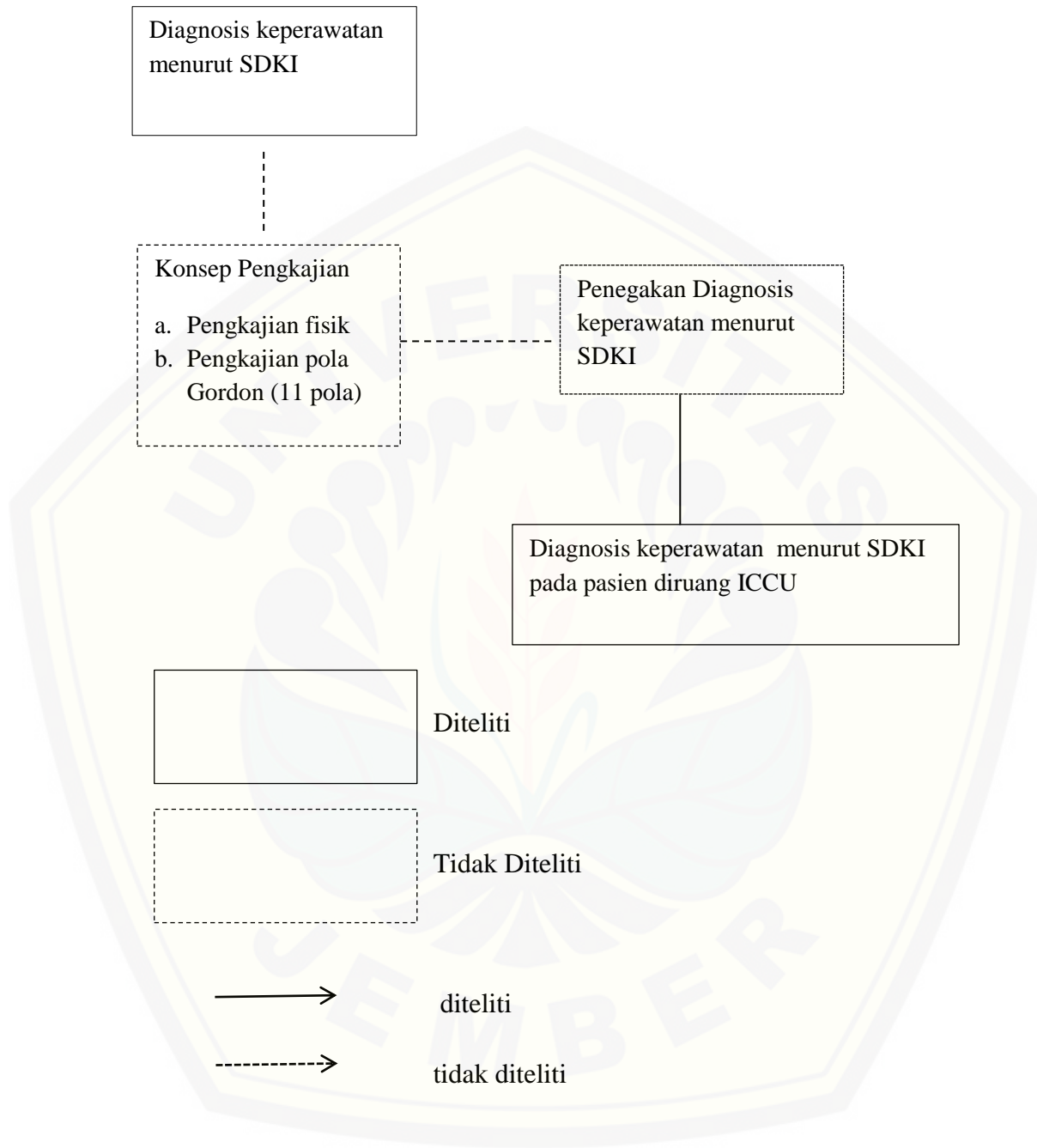
Diagnosis keperawatan lain yang sering terjadi adalah di bidang Keselamatan / Perlindungan dan Nutrisi. Tidak ada diagnosa keperawatan yang diidentifikasi dalam domain Persepsi-Diri, Hubungan Peran, Seksualitas, Prinsip-Prinsip Kehidupan, dan Pertumbuhan / Perkembangan. Keperawatan mendiagnosis risiko penurunan curah jantung, risiko ketidak seimbangan gizi: kurang dari kebutuhan tubuh dan perfusi ginjal yang tidak efektif (Lopes dkk., 2011)

2.7 Kerangka Teori



Gambar 2.4 kerangka teori

BAB 3 KERANGKA KONSEP



Gambar 2.4 kerangka teori

BAB 4. METODE PENELITIAN

4.1 Desain Penelitian

Desain penelitian adalah kerangka kerja yang digunakan untuk melaksanakan penelitian dan memberikan gambaran tentang prosedur untuk mendapatkan informasi atau data yang diperlukan untuk menjawab seluruh pertanyaan penelitian. maka sebuah desain penelitian yang baik akan menghasilkan sebuah proses penelitian yang efektif dan efisien (Arifin, 2013). Penelitian ini merupakan jenis 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 telah melakukan analisis gambaran diagnosis keperawatan pada klien rawat inap di ruang ICCU 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 dan Zamzam, 2018). Populasi Merupakan semua kumpulan elemen yang mempunyai beberapa karakteristik umum, yang terdiri dari beberapa bagian untuk diteliti Atau populasi adalah keseluruhan kelompok dari orang-orang, peristiwa atau benda yang diinginkan oleh peneliti untuk diteliti (Amirullah, 2015). Populasi dalam penelitian ini adalah klien yang rawat inap di ruang ICCU RSD dr. Soebandi Jember.

4.2.2 Sampel Penelitian

Sampel penelitian merupakan suatu sub kelompok dari populasi yang dipilih untuk digunakan dalam penelitian (Amirullah, 2015). Sampel dalam penelitian ini adalah seluruh klien rawat inap di ruang ICCU RSD dr. Soebandi Jember. Metode pengambilan sampel dengan menggunakan teknik konsekutif sampling. Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini yaitu menggunakan *non probability sampling* dengan *consecutive sampling*. Dalam pengambilan sampling dengan teknik *consecutive sampling* selain berdasarkan kriteria inklusi dan eksklusi, dan juga berdasarkan interval waktu yang telah ditetapkan (Polit dan Beck, 2010). Dalam penelitian ini sebelum penelitian dimulai, peneliti menetapkan waktu selama satu bulan. Pengambilan sampel dalam penelitian ini dilakukan mulai 11 Januari 2019-11 Februari 2019. Berdasarkan hasil wawancara dengan perawat ahli, terdapat 5 bed sehingga jumlah rata-rata klien yang ada diruang ICCU RSD dr. Soebandi Jember yaitu sebanyak 60 pasien perbulan. Maka diharapkan jumlah sample sesuai dengan kriteria jumlah yang layak dalam penelitian yaitu sebanyak 30-500 sampel (Sugiono, 2017). Dalam penelitian ini jumlah sampel yang didapatkan selama satu bulan yaitu sebanyak 40 pasien.

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 ICCU 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 yang tidak bersedia untuk berpartisipasi dalam penelitian.

4.3 Tempat dan Waktu Penelitian

4.3.1 Tempat Penelitian

Tempat Penelitian dilaksanakan di ruang ICCU RSD dr. Soebandi Jember.

4.3.2 Waktu Penelitian

Penelitian dilaksanakan pada bulan Januari 2019 sampai dengan Februari 2019. Waktu pengambilan data dalam penelitian ini dimulai sejak surat izin penelitian dari rumah sakit turun yaitu pada tanggal 11 Januari 2019 sampai 11 Februari 2019.

4.4 Definisi Operasional

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

Variabel	Definisi operasional	Indikator	Alat ukur	Skala	Hasil
Diagnosis keperawatan	pernyataan yang menggambarkan respon klien terhadap masalah kesehatan yang sedang dihadapi baik aktual ataupun potensial	1. Gejala 2. Tanda mayor 3. Tanda Minor	1. Format pengkajian 2. Format diagnosis	Nominal	Diagnosis keperawatan

4.5 Rencana Pengumpulan Data

4.5.1 Sumber Data

a. Data Primer

Data primer dalam penelitian ini diperoleh langsung dari hasil pengkajian pada klien rawat inap di ruang ICCU RSD dr Soebandi Jember. Pengkajian dilakukan menggunakan lembar pengkajian klien yang berfokus pada pengkajian fisik dan pola Gordon.

b. Data Sekunder

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

4.5.2 Teknik Pengambilan Data

Dalam penelitian ini yang melakukan pengambilan data mulai dari pengkajian sampai diagnosis adalah perawat ruangan yang terlibat dalam penelitian. Berikut adalah teknik atau alur yang digunakan peneliti dalam melaksanakan penelitian:

- a. Peneliti mengajukan surat permohonan untuk melakukan penelitian kepada bidang akademik Fakultas Keperawatan Universitas Jember, Lembaga Penelitian dan Pengabdian Kepada Masyarakat (LP2M) Universitas Jember, Badan Kesatuan Politik, RSD dr. Soebandi Jember
- b. Peneliti mengambil sampel berdasar kriteria inklusi dan waktu yang telah ditetapkan
- c. Pengambilan data dimulai saat awal pasien mulai masuk ruangan ICCU, dan pengambilan data dilakukan selama pasien berada diruang ICCU.
- d. Pengambilan data dilakukan oleh perawat ahli yang sudah memenuhi kriteria, namun sebelum memulai pengambilan data, peneliti menjelaskan prosedur pengkajian dan penegakan diagnosis keperawatan kepada perawat ahli
- e. peneliti melakukan persamaan persepsi berkaitan dengan prosedur pengkajian dan penegakan diagnosis keperawatan kepada seorang pasien oleh perawat ahli. Persamaan persepsi tersebut tidak di uji, tetapi setelah data dari perawat ahli terkumpul, data-data tersebut bukan merupakan hasil akhir melainkan data tersebut dibahas lagi sesuai dengan SDKI.
- f. Peneliti akan membagikan *informed consent* kepada klien dan keluarga untuk meminta persetujuan telah bersedia menjadi responden.

- g. Peneliti melakukan pengambilan data di ruang ICCU RSD dr Soebandi Jember dari perawat ahli yang sedang bertugas di ruang ICCU.
- h. Peneliti mengolah atau menganalisis data yang sudah didapat dari perawat ahli.

4.5.3 Alat Pengumpul Data

Alat pengumpul data pada penelitian ini berupa format pengkajian keperawatan.

4.6 Pengolahan Data

Data yang diperoleh dari hasil pengkajian kepada klien diolah melalui empat langkah yaitu *editing*, *coding*, *entry*, dan *cleaning* sebagai berikut (Notoatmodjo, 2012):

4.6.1 *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 telah mengecek ulang format pengkajian klien dan melakukan perbaikan isi serta melakukan pengkajian ulang apabila dibutuhkan.

4.6.2 *Coding*

Coding adalah proses mengubah data berupa kata atau kalimat menjadi data berupa angka (Notoatmodjo, 2012). Peneliti memberikan kode diagnosis keperawatan yang telah ditegakkan dari hasil pengkajian sesuai dengan nomer diagnosis keperawatan di SDKI.

4.6.3 Entry

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

4.6.4 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 mengecek ulang data yang telah dientri pada *software* untuk meminimalisir kesalahan dalam pengolahan data.

4.7 Analisis Data

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

4.8 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:

4.8.1 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 mencantumkan nama atau identitas lainnya dalam pendokumentasian hasil penelitian. Dokumentasi berupa gambar dan identitas responden disamarkan.

4.8.2 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 memberi penjelasan kepada responden mengenai prosedur penelitian dan memberi perlakuan yang sama kepada semua responden.

4.8.3 Kemanfaatan (*Beneficence*)

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

4.8.4 Prinsip Menghargai Hak Asasi Manusia

a. Hak untuk tidak menjadi responden

Klien yang 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 menjelaskan bahwa peneliti tidak akan melakukan tindakan atau intervensi apapun terhadap responden selama penelitian dan responden telah 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 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 ICCU RSD dr. Soebandi Jember dapat disimpulkan sebagai berikut:

- a. Karakteristik jenis kelamin klien di ICU RSD dr. Soebandi Jember adalah 27 orang laki-laki dan 13 orang perempuan; rentang umur klien paling banyak 56-65 tahun (lansia akhir) dan paling sedikit rentang umur 17-25 tahun (remaja akhir); diagnosis medis paling banyak dialami klien di ICCU adalah CAD / CHD (*Coronary Artery Disease / Coronary Hearth Disease*) atau disebut dengan penyakit jantung koroner.
- b. Diagnosis keperawatan yang paling banyak terjadi pada klien di ruang ICCU adalah nyeri akut (82,5%), risiko perfusi miokard tidak efektif (80,0%), penurunan curah jantung (77,5%), risiko perdarahan (75,0%), risiko infeksi dan risiko gangguan sirkulasi spontan sebanyak (72,5%).
- c. Berdasarkan penelitian dari 5 kategori terdapat 4 kategori dan 10 subkategori diagnosis keperawatan yang diperoleh dalam penelitian. Kategori diagnosis keperawatan yaitu fisiologis dengan subkategori respirasi; sirkulasi; nutrisi dan cairan; aktivitas dan istirahat; reproduksi dan seksualitas. Kategori psikologis dengan subkategori nyeri dan kenyamanan; integritas ego. Kategori perilaku dengan subkategori kebersihan diri; penyuluhan dan pembelajaran. Kategori lingkungan dengan subkategori keamanan dan proteksi.

- d. Berdasarkan penelitian diagnosis keperawatan yang dialami klien diruang ICCU adalah diagnosis positif yang terjadi pada klien sebanyak 3 diagnosis, diagnosis negatif sebanyak 42 diagnosis yang terdiri dari 21 diagnosis keperawatan aktual dan 21 diagnosis risiko.

6.2 Saran

6.2.1 Bagi Institusi Pendidikan

Hasil dari penelitian ini diharapkan dapat memberi tambahan wawasan dan bahan untuk pembelajaran mengenai penegakan diagnosis berdasarkan SDKI, karena pada saat ini institusi pendidikan terutama Fakultas Keperawatan Universitas Jember masih menggunakan NANDA sebagai dasar dan acuan dalam menegakkan diagnosis keperawatan, sehingga mahasiswa masih kurang terpapar dengan adanya sumber sumber lain. Institusi pendidikan juga perlu untuk mengenalkan cara menegakkan diagnosis keperawatan menggunakan SDKI kepada mahasiswa, sehingga diharapkan dapat benar-benar diterapkan di fasilitas pelayanan kesehatan.

6.2.2 Bagi Rumah Sakit

Saran untuk rumah sakit sebaiknya mulai menerapkan SDKI dalam menegakkan diagnosis keperawatan, salah satunya diruang ICCU yang diharapkan dapat dijadikan untuk memperbaiki SAK, sesuai dengan tujuan PPNI menerbitkan SDKI yaitu sebagai acuan penegakan diagnosis di seluruh pelayanan kesehatan di indonesia, serta untuk memperbaiki asuhan keperawatan pada fasilitas pelayanan kesehatan.

6.2.3 Bagi Peneliti Selanjutnya

Berdasarkan hasil penelitian terdapat beberapa tanda dan gejala mayor yang sulit untuk ditemukan, sehingga Bagi peneliti selanjutnya dapat meneliti mengenai tanda dan gejala mayor dan pengkajian yang lebih mendalam pada keluarga dan klien.

6.2.4 Bagi PPNI

Hasil penelitian diharapkan dapat bermanfaat dan membantu dalam pengembangan SDKI terutama mengenai tanda dan gejala mayor untuk menegakkan diagnosis keperawatan, karena berdasarkan hasil penelitian yang diperoleh terdapat beberapa tanda dan gejala mayor yang sulit untuk mencapai 80-100% sehingga masih sulit untuk menegakkan diagnosis tersebut.

DAFTAR PUSTAKA

- Abdelkader, F. A. dan W. N. Othman. 2017. Factors affecting implementation of nursing process: nurses' perspective. *IOSR Journal of Nursing and Health Science*. 06(03):76–82.
- Ackley, B. J., G. B. Ladwig, dan M. B. F. Makic. 2017. *Nursing Diagnosis Handbook: An Evidence-Based Guide to Planning Care*. Edisi 11th Editi. St Louis: Elsevier.
- Ahmadi, B., N. A. Sani, F. Bani, dan F. Bakhtari. 2018. Original article predictors of physical activity in older adults in northwest of iran. 4(2):75–80.
- Aisyah, S., W. D. Ayu, dan L. Rijai. 2015. Karakteristik dan profil pengobatan pasien hypertensive heart failure di rsud abdul wahab sjahranie samarinda periode januari 2014 - januari 2015
- Allen, C. V. 1998. *Memahami Proses Keperawatan: Dengan Pendekatan Latihan*. Jakarta: EGC.
- Alonso, J. J., G. Sanz, J. Guindo, X. Garcia-Moll, A. Bardaji, dan H. Bueno. 2007. Intermediate coronary care units: rationale, infrastructure, equipment, and referral criteria. *Rev Esp Cardiol*. 60(4):404–414.
- Amirullah. 2015. *Populasi Dan Sampel*. Bayumedia Publishing Malang.
- Arifin, T. 2013. Teori dan teknik pembuatan desain penelitian
- Arrigo, M., J. T. Parissis, E. Akiyama, dan A. Mebazaa. 2016. Understanding acute heart failure : pathophysiology and diagnosis. 18
- Avanzini, F., G. Marelli, D. Saltafossi, C. Longhi, S. Carbone, L. Carlino, E. Planca, V. Vilei, M. C. Roncaglioni, dan E. Riva. 2016. Effectiveness, safety and feasibility of an evidence-based insulin infusion protocol targeting moderate glycaemic control in intensive cardiac care units. *European Heart Journal. Acute Cardiovascular Care*. 5(2):117–124.

- Bickley, L. S. dan P. G. Szilagy. 2014. *Bates' Guide to Physical Examination and History Taking*. Edisi 7 ed. Jakarta: EGC.
- Black, J. M dan J. H. Hawks. 2014. *Keperawatan Medikal Kedah*. jakarta.
- Buwono, P. W. 2018. Tata laksana terapi warfarin dalam praktik sehari-hari
- Carpenito, L. J. 2013. *Nursing Diagnosis: Application to Clinical Practice*. Edisi 14 ed. Philadelphia: Lippincons William & Wilkins.
- Casella, G., S. Zagnoni, G. Fradella, G. Scorcu, A. Chinaglia, P. C. Pavesi, G. Di Pasquale, dan L. O. Visconti. 2017. The difficult evolution of intensive cardiac care units: an overview of the blitz-3 registry and other italian surveys. *BioMed Research International*.
- College, M. J. 2014. Nursing process overview. 11–13.
- Cooper, K. dan K. Gosnell. 2019. *Foundations of Nursing*. Edisi 8 ed. Missouri: Elsevier.
- Corwin, E. J. 2009. *Buku Saku Patofisiologi*. Edisi 3. Jakarta: Buku Kedokteran EGC.
- Costa, C., G. Fernanda, dan E. N. De Souza. 2016. Nursing diagnosis based on signs and symptoms of patients with hearth disease.
- Cowie, M. R., S. D. Anker, J. G. F. Cleland, G. M. Felker, G. Filippatos, T. Jaarsma, P. Jourdain, E. Knight, B. Massie, P. Ponikowski, dan J. López-Sendón. 2015. Improving care for patients with acute heart failure : before , during and after hospitalization. (January):110–145.
- Dauerman, H. L., P. B. Gogo, dan B. E. Sobel. 2015. *11 - Reperfusion Therapies for Acute ST Elevation Myocardial Infarction*. Edisi Third Edit. Elsevier Inc. *Cardiac Intensive Care*.
- Diepen, S. Van, J. A. Bakal, M. Lin, P. Kaul, dan F. A. Mcalister. 2015. Variation in critical care unit admission rates and outcomes for. C:1–10.

- Félix, N. D. C., N. M. Ramos, M. N. R. Nascimento, T. M. M. Moreira, dan C. J. Oliveira. 2018. Nursing diagnoses from icnp for people with metabolic syndrome. *Revista Brasileira de Enfermagem*
- Ferreira, A. M., E. N. Rocha, C. T. Lopes, M. M. Bachion, J. L. Lopes, dan A. L. B. L. Barros. 2016. Nursing diagnoses in intensive care: cross-mapping and nanda-i taxonomy. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 69(2):307–315.
- Firdaus dan F. Zamzam. 2018. *Aplikasi Metodologi Penelitian*. Edisi 1 ed. Yogyakarta: Deepublish.
- Foà, C., R. L. Sala, G. Artioli, A. Tonarelli, L. Sarli, dan T. Mancini. 2015. Bio-clinical and psycho-social nursing practice. an experimental research in an intensive coronary care unit. *Acta Biomedica*. 86(1):116–126.
- Frishman, W. H., J. S. Alpert, dan T. K. Iii. 2017. The coronary (cardiac) care unit at 50 years : a major advance in the practice of hospital medicine. *The American Journal of Medicine*. 130(9):1005–1006.
- Gomar, F. S., C. P. Quilis, R. Leischik, dan A. Lucia. 2016. Epidemiology of coronary heart disease and acute coronary syndrome. 4(13):1–12.
- Gordon, M. 2010. *Manual of Nursing Diagnosis*. Edisi 12 ed. Massachusetts, USA: Jones and Bartlett Publishers.
- Gulabivala, K. dan Y-L. Ng. 2014. *Endodontics*. Edisi 4 ed. china: Elsevier.
- Hagos, F., F. Alemseged, F. Balcha, S. Berhe, dan A. Aregay. 2014. Application of nursing process and its affecting factors among nurses working in mekelle zone hospitals , northern ethiopia.
- Hamilton, P. dan T. Price. 2013. *The Nursing Process, Holistic Assessment and Baseline Observations*. In: *Foundations of Nursing Practice: Fundamentals of Holistic Care*. Edisi 2nd. Oxford London New York: Mosby.
- Hogston, R. dan B. Marjoram. 2011. *Managing Nursing Care*. In: *Foundations of Nursing Practice: Themes, Concepts and Frameworks*. Edisi 4th ed. london: Palgrave Macmillan.

- International Health Facility Guidelines. 2016. Part b – health facility briefing & design international health facility guidelines 280 sterile supply unit. *Tahpi*. (May):1–17.
- Jaarsma, T. 2017. Sexual function of patients with heart failure: facts and numbers. (September 2016):3–7.
- Kang, K., M. Tan, P. Shuan, D. Yeo, dan D. Sim. 2019. Cognitive impairment in asian patients with heart failure : prevalence , biomarkers , clinical. 9–11.
- Karaca, T. 2016. Functional health patterns model – a case study author details : turkan karaca adiyaman university school of nursing. 5(7):14–22.
- Karcioglu, O., H. Topacoglu, Ozgur Dikme, dan Ozlem Dikme. 2018. A systematic review of the pain scales in adults : which to use? *American Journal of Emergency Medicine* a systematic review of the pain scales in adults : which to use? *American Journal of Emergency Medicine*. 36(4):707–714.
- Karepowan, S. R., M. Wowor, dan M. Katuuk. 2018. Hubungan kemunduran fisiologis dengan tingkat stres pada lanjut usia di puskesmas kakaskasen kecamatan tomohon utara.
- Kasaoka, S. 2017. Evolved role of the cardiovascular intensive care unit (cicu). *Journal of Intensive Care*. 5(1):1–5.
- Katz, S., T. D. Downs, H. R. Cash, dan R. C. Grotz. 1970. Progress in development of the index of adl. (April):20–30.
- Kim, Y., A. Kalininskiy, M. Yanamandala, J. Josephs, N. Ahmed, A. Assa, F. Jahufar, S. Kumar, P. Edwards, A. Shah, U. Jorde, dan D. Sims. 2019. Heart failure and cardiomyopathies the impact of a closed cardiac intensive care unit model with a dedicated heart. *Journal of the American College of Cardiology*. 73(9):664.
- Kozier, B., G. Erb, A. Berman, S. Snyder, dan T. Levett-jones. 2018. *Kozier and Erb' Fundamentals of Nursing: Concept, Process and Practice Volume 1-3*. Edisi 4th ed. London: Pearson Education.

- Kviatkovsky, M. J., B. N. Ketterer, dan S. J. Goodlin. 2015. *52 - Palliative Care in the Cardiac Intensive Care Unit*. Edisi Third Edit. Elsevier Inc. *Cardiac Intensive Care*.
- Lailatul, F. 2017. Identifikasi tindakan aff sheath radialis dan aff sheath femoralis masa inflamasi pada post cateterisasi jantung di ruang iccu rsud dr.mohamad soewandhie surabaya fatinlailatul. 2(1)
- Le May, M., S. V. Diepen, M. Liszkowski, G. Schnell, J. F. Tanguay, C. B. Granger, C. Ainsworth, J. G. Diodati, N. Fam, R. Haichin, D. Jassal, C. Overgaard, W. Tymchak, B. Tyrrell, C. Osborne, dan G. Wong. 2016. From coronary care units to cardiac intensive care units: recommendations for organizational, staffing, and educational transformation. *Canadian Journal of Cardiology*. 32(10):1204–1213.
- Lestari, A. W., T. A. Wihastuti, S. D. Rachmawati, dan K. Kumboyono. 2018. WORLD journal of advance an evaluation on nurses workload in patients of the acute. 2(4):4–6.
- Lopes, C. T., C. S. Carneiro, V. B. Santos, dan A. L. B. L. de Barros. 2011. Nursing diagnoses profile in a coronary care unit of a teaching hospital in são paulo, brazil. *NANDA International*
- Loughran, J., T. Puthawala, B. S. Sutton, L. E. Brown, P. J. Pronovost, dan A. P. Defilippis. 2016. The cardiovascular intensive care unit — an evolving model for health care delivery
- Melin-johansson, C., R. Palmqvist, dan L. Rönnerberg. 2017. Clinical intuition in the nursing process and decision-making – a mixed studies review. 0–1.
- Moon, M. 2018. Identifying nursing diagnosis patterns in three intensive care units using network analysis. 0(0):1–10.
- Mynarikova, E. dan K. Ziakova. 2014. THE use of nursing diagnoses in clinical practice. *Central European Journal of Nursing and Midwifery*
- Nobahar, M. 2016. Competence of nurses in the intensive cardiac care unit. *Electronic Physician*. 8(5):2395–2404.

- Parellangi, A., N. K. Sari, R. Loriana, dan B. Amaliyah. 2016. The effect of giving the handheld finger relaxation on anxiety changes to the patients with coronary heart disease the prevalence of coronary heart disease has a tendency handheld finger relaxation , to raise up every year . the patient has an anxiety bec. (September):1–7.
- PDSKI. 2015. *Pedoman Tatalaksana Gagal Jantung*. Edisi pertama. jakarta: Pengurus Pusat Perhimpunan Dokter Spesialis Kardiovaskular Indonesia (PP PERKI).
- Peate, I. 2013. *The Student Nurse Toolkit: An Essential Guide For Surviving Your Course*. Chichester: Wiley-Blackwell.
- Polit, D. F. dan C. T. Beck. 2010. *Essential of Nursing Research: Appraising Evidence for Nursing Practice*. Edisi 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. 11. *Nucleic Acids Research*.
- Potter, P. A. dan A. G. Perry. 2010. *Fundamental of Nursing*. Edisi 7th. jakarta: Elsevier.
- Potter, P. A., A. G. Perry, P. A. Stockert, dan A. M. Hall. 2017. *Fundamentals of Nursing*. Edisi 9th ed. Missouri: Elsevier.
- PPNI. 2017. *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia*. Edisi 1. jakarta: dewan pengurus pusat indonesia persatuan perawat nasional indonesia.
- Rijkenberg, S., W. Stilma, dan P. H. J. Van Der Voort. 2017. Pain measurement in mechanically ventilated patients after cardiac surgery: comparison of the behavioral pain scale (bps) and the critical-care pain observation tool (cpot). *Journal of Cardiothoracic and Vascular Anesthesia*. 31(4):1227–1234.
- Riley, J. 2015. Nursing the key roles for the nurse in acute heart failure management. 123–127.
- Roubille, F., G. Mercier, C. Delmas, S. Manzo-silberman, G. Leurent, M. Elbaz, A. Riondel, E. Bonnefoy-cudraz, dan P. Henry. 2017. Description of acute cardiac care in 2014 : a french nation-wide database on 277 , 845 admissions in 270 iccus. *International Journal of Cardiology*.

- Setianto, B. Y. 2015. *Diagnosis Dan Patofisiologi Gagal Jantung*. Edisi 1. Bandung: pusat informasi ilmiah (PII) departemen/SMF ilmu penyakit dalam FK UNPAD/RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung.
- Sinha, S. S., M. W. Sjoding, D. Sukul, H. C. Prescott, T. J. Iwashyna, H. S. Gurm, C. R. Cooke, B. K. Nallamothu, J. Frankel, dan M. Prediction. 2018. Changes in primary non-cardiac diagnoses over time among elderly cardiac intensive care unit patients in the united states. 1–20.
- Stonehouse, D. 2017. Understanding the nursing process title understanding the nursing process. 11(08)
- Sugiono. 2017. *Statistika Untuk Penelitian*. Bandung: ALFABETA.
- Talbot, L. A. dan M. Meyers-Marquadt. 1997. *Pengkajian Keperawatan Kritis*. Edisi 2 ed. Jakarta: EGC.
- Teasdale, G. dan B. Jennett. 1974. Glasgow coma scale teasdale and jennett published the glasgow coma scale (gcs) in the.
- Teng, V. 2016. Risk assessment in patients with an acute st-elevation myocardial infarction. 5:581–593.
- Themistocleous, Stefanakis, dan Doua. 2017. Coronary heart disease part i: pathophysiology and risk factors
- Yeboah, J. A., A. K. Korsah, dan J. Okrah. 2017. Factors that influence the clinical utilization of the nursing process at a hospital in accra, ghana. *BMC Nursing*. 16(1):1–7.
- Yildirim, B. dan S. Özkahraman. 2011. Critical thinking in nursing process and education. 1(13):257–262.
- Yilmaz, F. taskin, S. Sabanciogullari, dan K. Aldemir. 2015. The opinions of nursing students regarding the nursing process and their levels of proficiency in turkey. *Journal of Caring Sciences*. 4(4):265–275.
- Younas, B. A. 2017. Peak technique the nursing process and patient teaching. (December):13–16.



LAMPIRAN

Lampiran 1. 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 : Rindyawati Kusuma Sari

NIM : 152310101019

Alamat : Dusun Krajan II RT 18/RW 06 Desa Wonokusumu,
Kabupaten Bondowoso

No telephon : 082139572781

Bermaksud akan mengadakan penelitian yang berjudul “Gambaran Diagnosis Keperawatan menurut SDKI (Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia) di Ruang ICCU (*Intensive Coronary Care Unit*) RSD dr. Soebandi Jember”.

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran diagnosis keperawatan menurut SDKI pada klien di ruang ICCU RSD dr. Soebandi Jember. Partisipan yang dilibatkan dalam penelitian adalah klien yang dirawat diruang ICCU RSD dr. Soebandi Jember. Prosedur penelitian berupa pengkajian keperawatan yang dilakukan selama klien dirawat diruang ICCU RSD dr. Soebandi Jember.

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

Rindyawati K S
NIM 152310101019

Lampiran 2. Lembar Persetujuan Untuk Klien Tanpa Penurunan Kesadaran

KODE RESPONDEN:

PERSTUJUAN SEBAGAI RESPONDEN

Sya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama :
Usia :
Alamat :
No. Telp :

Menyatakan bersedia menjadi responden penelitian dari:

Nama : Rindyawati K S
NIM : 152310101019
Program Studi : Sarjana Keperawatan
Judul penelitian : “Gambaran Diagnosis Keperawatan menurut SDKI,
(Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia) di Ruang
ICCU (*Intensive Coronary 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 sebenar-benarnya dalam penelitian ini. Persetujuan ini saya buat dalam keadaan sadar dan tanpa adanya paksaan dari siapapun.

Jember,2018

(.....)

Lampiran 3. 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 : Rindyawati Kusuma Sari

NIM : 152310101019

Alamat : Dusun Krajaan II RT 18/RW 06 Desa Wonokusumu,
Kabupaten Bondowoso

No telephon : 082139572781

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

Rindyawati Kusuma Sari

NIM 152310101019

Lampiran 4. Lembar Persetujuan untuk Klien dengan Penurunan Kesadaran

KODE RESPONDEN:

PERSETUJUAN SEBAGAI RESPONDEN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

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

Menyatakan menyetujui anggota keluarga saya menjadi responden penelitian dari:

Nama :
NIM :
Program Studi : Sarjana Keperawatan

Judul penelitian : "Gambaran Diagnosis Keperawatan menurut SDKI (Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia) di Ruang ICCU (*Intensive Coronary 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 saya menyatakan secara sadar dan sukarela menyetujui anggota keluarga saya menjadi responden dalam penelitian ini. Persetujuan ini saya buat dalam keadaan sadar tanpa ada paksaan dari pihak manapun.

Jember,.....2018

(.....)

Lampiran 5. Format Pengkajian

**FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER
FORMAT PENGAJIAN KEPERAWATAN
KRITIS (INSTALASI RAWAT INTENSIF)**

Tempat Pengkajian :
Tanggal :
Dilakukan oleh :

I. Identitas Klien

Nama :	No. RM :
Tanggal lahir :	Tanggal masuk : RS
Jenis Kelamin :	Tanggal masuk : IRI
Agama :	Asal ruang/RS :
Pendidikan :	Pengkajian
Pekerjaan :	Sumber informasi :
Alamat :	

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

.....
.....

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 & kesadaran

Tanda vital & nyeri TD :

Nadi :

Suhu :

RR :

Pengkajian nyeri

P :

Q :

R :

S :

T :

kesadaran

2. kulit

.....

.....

3. kepala

.....
.....

4. mata

.....
.....

5. hidung

.....
.....

6. telinga

.....
.....

7. mulut

.....
.....

8. leher

.....
.....

9. thorax

I :

P :

P :

A :

10. kardiovakuler

I :

P :

P :

A :

11. abdomen

I :

P :

P :

A :

11. genitalia

I :

P :

12. Anus dan Rektum

.....

.....

13. Muskuloskeletal & integumen

I :

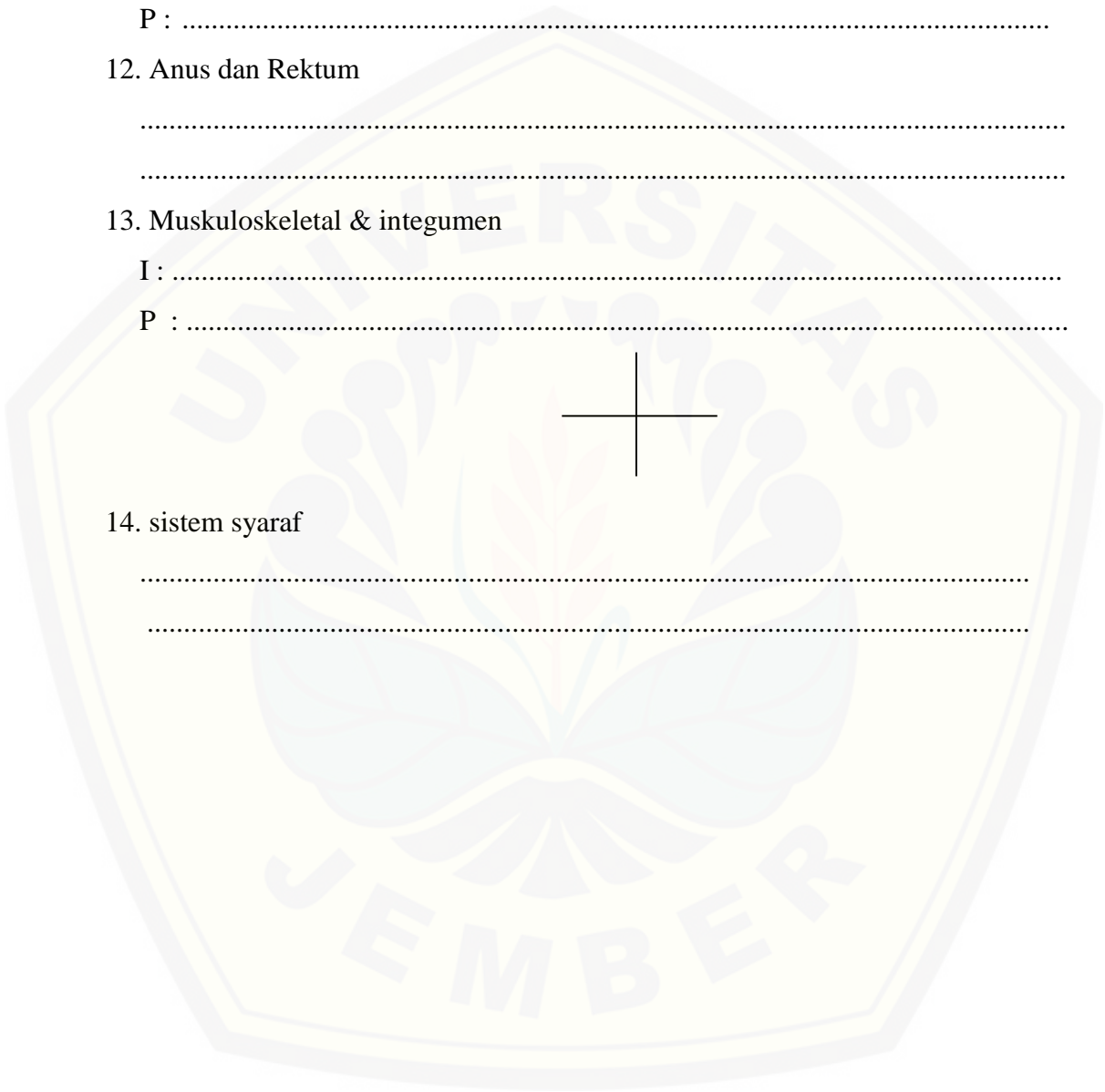
P :



14. 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:

.....

5. 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

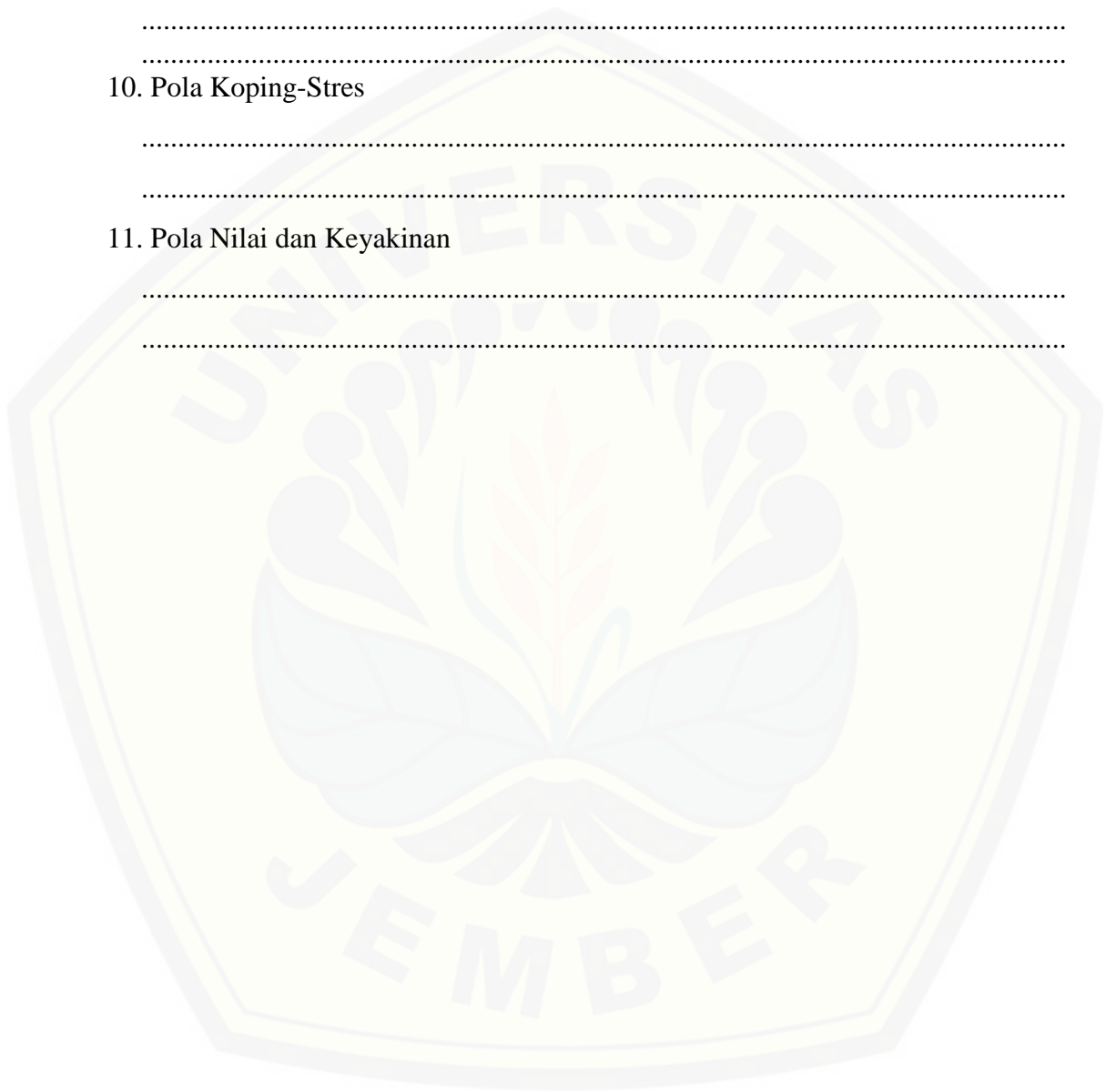
.....
.....

10. Pola Koping-Stres

.....
.....

11. Pola Nilai dan Keyakinan

.....
.....



V. Terapi Enteral

No	Jenis terapi	Farmakodinamik dan Farmakokinetik	Dosis dan Rute Pemberian	Indikasi dan Kontra Indikasi	Efek Samping	Implikasi Keperawatan
1						
2						
3						
4						
5						
6						

VI. Pemeriksaan Penunjang & Laboratorium



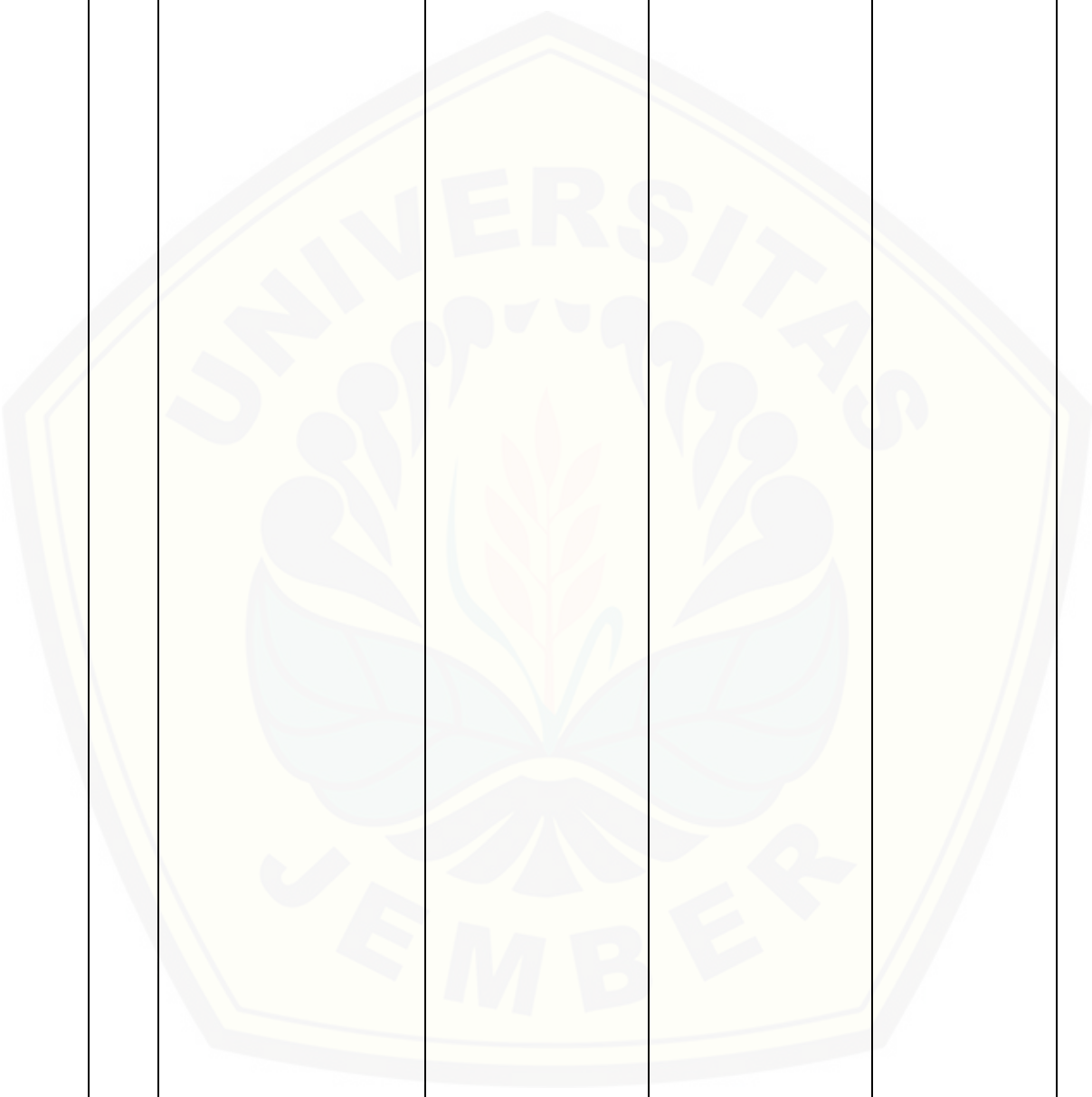
Tanggal, bulan, tahun

Pengambil Data

Peneliti

ANALISIS DATA

NO	DATA PENUNJANG		ETIOLOGI	MASALAH
	Data Mayor	Data Minor		

A large, faint 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 central floral motif with a red and yellow flower. The words "UNIVERSITAS" and "JEMBER" are written in blue capital letters across the top and bottom of the shield, respectively.

DIAGNOSIS KEPERAWATAN

Daftar Diagnosis Keperawatan (Sesuai Prioritas)

No	Diagnosis Keperawatan	Tanggal perumusan	keterangan		Keterangan		Ttd dan nama
			Kategori	Sub kategori	Positif	negatif	

Lampiran 6. Format Pengkajian Nyeri BPS**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



Lampiran 7. Format Pengkajian Nyeri menggunakan CPOT

FORM PENGKAJIAN NYERI CPOT
(*CRITICAL CARE PAIN OBSERVATION TOOL*)

Indikator	Deskripsi	Nilai
Ekspresi wajah	Tidak ada ketegangan otot (rileks)	0
	Menerutkan kening, alis menurun, pengencangan orbit dan levator (tegang)	1
	Wajah menengadah ke atas dan kelopak mata tertutup rapat	2
Gerakan tubuh	Tidak bergerak sama sekali (tidak ada pergerakan)	0
	Menunjukkan gerakan lambat dan gerakan hati-hati menyentuh lokasi nyeri (melindungi daerah nyeri)	1
	Menarik <i>tube</i> , mencoba duduk, menggerakkan tungkai, tidak mengikuti perintah, memukul staf/mengamuk, mencoba turun dari tempat tidur (gelisah)	2
Ketegangan otot (Di evaluasi dengan fleksi pasif pada lengan atas pasien)	Tidak ada tahanan terhadap gerakan pasif (rileks)	0
	Ada tahanan terhadap gerakan pasif (tegang, kaku)	1
	Tahanan kuat pada saat digerakkan atau tidak dapat dilakukan gerakan tersebut (sangat tegang atau kaku)	2
Penyesuaian terhadap ventilator (pasien dengan ETT)	Alarm tidak berbunyi, pernafasan normal (toleransi terhadap ventilator)	0
	Alarm berbunyi namun berhenti sendiri (batuk namun toleransi)	1
	<i>Blocking</i> ventilasi, alarm sering berbunyi (menolak ventilator, menangis)	2
Atau Vokal (pada pasien tanpa ETT)	Berbicara dengan nada suara biasa atau tidak bersuara sama sekali	0
	Mendesah, mengerang	1
	Menangis, tersedu-sedu	2
Total		

Sumber: (Marmo & Fowler, 2010)

Catatan:

Skor 0 : tidak nyeri

Skor 1-2 : nyeri ringan

Skor 3-4 : nyeri sedang

Skor 5-6 : nyeri berat

Skor 7-8 : nyeri sangat berat

Lampiran 8. Skala 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				
	Bed rest atau dibantu perawat		0		
	Kruk/tongkat/ <i>walker</i>		15		
	Berpegangan pada benda disekitar		30		
4	Terapi intravena/heparin lock	Tidak	0		
		Ya	20		
5	Gaya berjalan				
	Normal/bedrest/tidak dapat bergerak sendiri		0		
	Lemah		10		
	Gangguan/tidak normal		20		
6	Status mental				
	Menyadari kondisinya		0		
	Keterbatasan dalam mengingat		15		
Total					

Sumber: (Morse & Tyiko, 1989)

Catatan :

0-21 : tidak berisiko

25-50 : risiko rendah

≥ 51 : risiko tinggi

Lampiran 9. Skala Braden

PARAMETER	TEMUAN				SKOR
	1	2	3	4	
Persepsi sensori	Tidak merasakan atau respon terhadap 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 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, atau spasik, kontraktur atau gelisah	Membutuhkan bantuan minimal mengangkat tubuhnya	Membutuhkan bantuan minimal mengangkat tubuhnya		
TOTAL SKOR					

Sumber: (Kusumawardani, 2015) diadopsi dari Braden & Bergstom (1990)

Catatan:

Risiko parah : ≤ 9

Risiko tinggi : 10-12

Risiko sedang : 13-14

Risiko ringan : 15-18



Lampiran 10. Hasil SPSS

Jenis Kelamin

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
laki laki	27	67,5	67,5	67,5
Valid perempuan	13	32,5	32,5	100,0
Total	40	100,0	100,0	

Usia

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
17-25	1	2,5	2,5	2,5
26-35	3	7,5	7,5	10,0
36-45	2	5,0	5,0	15,0
Valid 46-55	10	25,0	25,0	40,0
56-65	15	37,5	37,5	77,5
>65	9	22,5	22,5	100,0
Total	40	100,0	100,0	

chf

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
tidak	37	92,5	92,5	92,5
Valid ya	3	7,5	7,5	100,0
Total	40	100,0	100,0	

hf

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
tidak	30	75,0	75,0	75,0
Valid ya	10	25,0	25,0	100,0
Total	40	100,0	100,0	

Trikuspit sregurgitasi

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak	39	97,5	97,5	97,5
Valid ya	1	2,5	2,5	100,0
Total	40	100,0	100,0	

cad

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak	27	67,5	67,5	67,5
Valid ya	13	32,5	32,5	100,0
Total	40	100,0	100,0	

Post cath lab

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak	37	92,5	92,5	92,5
Valid ya	3	7,5	7,5	100,0
Total	40	100,0	100,0	

Hhf AF

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak	39	97,5	97,5	97,5
Valid ya	1	2,5	2,5	100,0
Total	40	100,0	100,0	

Efusi pleura

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak	38	95,0	95,0	95,0
Valid ya	2	5,0	5,0	100,0
Total	40	100,0	100,0	

pneumonia

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak	35	87,5	87,5	87,5
Valid ya	5	12,5	12,5	100,0
Total	40	100,0	100,0	

Diabetes militus

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak	36	90,0	90,0	90,0
Valid ya	4	10,0	10,0	100,0
Total	40	100,0	100,0	

dypsneu

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak	37	92,5	92,5	92,5
Valid ya	3	7,5	7,5	100,0
Total	40	100,0	100,0	

Strok Second Attack

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak	39	97,5	97,5	97,5
Valid ya	1	2,5	2,5	100,0
Total	40	100,0	100,0	

Syok cardiogenik

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak	37	92,5	92,5	92,5
Valid ya	3	7,5	7,5	100,0
Total	40	100,0	100,0	

IMA inferior

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak	35	87,5	87,5	87,5
Valid ya	5	12,5	12,5	100,0
Total	40	100,0	100,0	

Chest Pain

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak	35	87,5	87,5	87,5
Valid ya	5	12,5	12,5	100,0
Total	40	100,0	100,0	

Vomiting

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak	39	97,5	97,5	97,5
Valid ya	1	2,5	2,5	100,0
Total	40	100,0	100,0	

AV block 1

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak	39	97,5	97,5	97,5
Valid ya	1	2,5	2,5	100,0
Total	40	100,0	100,0	

AF rapid

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak	38	95,0	95,0	95,0
Valid ya	2	5,0	5,0	100,0
Total	40	100,0	100,0	

ALO

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak	36	90,0	90,0	90,0
Valid ya	4	10,0	10,0	100,0
Total	40	100,0	100,0	

HHF

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak	34	85,0	85,0	85,0
Valid ya	6	15,0	15,0	100,0
Total	40	100,0	100,0	

Post Partum Cardiomegali

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak	39	97,5	97,5	97,5
Valid ya	1	2,5	2,5	100,0
Total	40	100,0	100,0	

AF RVR

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak	39	97,5	97,5	97,5
Valid ya	1	2,5	2,5	100,0
Total	40	100,0	100,0	

LBBB

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak	39	97,5	97,5	97,5
Valid ya	1	2,5	2,5	100,0
Total	40	100,0	100,0	

COPD

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak	39	97,5	97,5	97,5
Valid ya	1	2,5	2,5	100,0
Total	40	100,0	100,0	

Suspensi TB paru

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak	39	97,5	97,5	97,5
Valid ya	1	2,5	2,5	100,0
Total	40	100,0	100,0	

NSTEMI inferior

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak	36	90,0	90,0	90,0
Valid ya	4	10,0	10,0	100,0
Total	40	100,0	100,0	

STEMI inferior

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak	33	82,5	82,5	82,5
Valid ya	7	17,5	17,5	100,0
Total	40	100,0	100,0	

HT

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak	39	97,5	97,5	97,5
Valid ya	1	2,5	2,5	100,0
Total	40	100,0	100,0	

Obs Dipsnew

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak	38	95,0	95,0	95,0
Valid ya	2	5,0	5,0	100,0
Total	40	100,0	100,0	

ADHF

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak	38	95,0	95,0	95,0
Valid ya	2	5,0	5,0	100,0
Total	40	100,0	100,0	

Angina Pactori

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak	39	97,5	97,5	97,5
Valid ya	1	2,5	2,5	100,0
Total	40	100,0	100,0	

pvc

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak	37	92,5	92,5	92,5
Valid ya	3	7,5	7,5	100,0
Total	40	100,0	100,0	

svt

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak	38	95,0	95,0	95,0
Valid ya	2	5,0	5,0	100,0
Total	40	100,0	100,0	

Sinus arrest dengan atrial escape rhytem AV BLOCK**D1**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak	39	97,5	97,5	97,5
Valid ya	1	2,5	2,5	100,0
Total	40	100,0	100,0	

Bradikardi simptomatik

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak	39	97,5	97,5	97,5
Valid ya	1	2,5	2,5	100,0
Total	40	100,0	100,0	

RBBB

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak	39	97,5	97,5	97,5
Valid ya	1	2,5	2,5	100,0
Total	40	100,0	100,0	

GEA

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak	39	97,5	97,5	97,5
Valid ya	1	2,5	2,5	100,0
Total	40	100,0	100,0	

CKD

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak	38	95,0	95,0	95,0
Valid ya	2	5,0	5,0	100,0
Total	40	100,0	100,0	

HIPERKALEMIA

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak	39	97,5	97,5	97,5
Valid ya	1	2,5	2,5	100,0
Total	40	100,0	100,0	

Decomp

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak	39	97,5	97,5	97,5
Valid ya	1	2,5	2,5	100,0
Total	40	100,0	100,0	

Angina

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak	37	92,5	92,5	92,5
Valid ya	3	7,5	7,5	100,0
Total	40	100,0	100,0	

Sinus bradikardi

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak	39	97,5	97,5	97,5
Valid ya	1	2,5	2,5	100,0
Total	40	100,0	100,0	

TAVB

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak	39	97,5	97,5	97,5
Valid ya	1	2,5	2,5	100,0
Total	40	100,0	100,0	

SDH

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak	39	97,5	97,5	97,5
Valid ya	1	2,5	2,5	100,0
Total	40	100,0	100,0	

CAS

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak	39	97,5	97,5	97,5
Valid ya	1	2,5	2,5	100,0
Total	40	100,0	100,0	

Cronik Iskemik HF

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak	39	97,5	97,5	97,5
Valid ya	1	2,5	2,5	100,0
Total	40	100,0	100,0	

Edema Paru

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak	39	97,5	97,5	97,5
Valid ya	1	2,5	2,5	100,0
Total	40	100,0	100,0	

sepsis

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak	39	97,5	97,5	97,5
Valid ya	1	2,5	2,5	100,0
Total	40	100,0	100,0	

Hipoalbumin

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak	39	97,5	97,5	97,5
Valid ya	1	2,5	2,5	100,0
Total	40	100,0	100,0	

CVA

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak	39	97,5	97,5	97,5
Valid ya	1	2,5	2,5	100,0
Total	40	100,0	100,0	

Lampiran 11. Hasil SPSS 2**Penurunan curah jantung**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
0	9	22,5	22,5	22,5
Valid 1	31	77,5	77,5	100,0
Total	40	100,0	100,0	

Nyeri akut

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
0	7	17,5	17,5	17,5
Valid 1	33	82,5	82,5	100,0
Total	40	100,0	100,0	

diare

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
0	36	90,0	90,0	90,0
Valid 1	4	10,0	10,0	100,0
Total	40	100,0	100,0	

Gangguan polatidur

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
0	32	80,0	80,0	80,0
Valid 1	8	20,0	20,0	100,0
Total	40	100,0	100,0	

Koping tidak efektif

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
0	38	95,0	95,0	95,0
Valid 1	2	5,0	5,0	100,0
Total	40	100,0	100,0	

Risiko gangguan sirkulasi spotan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
0	11	27,5	27,5	27,5
Valid 1	29	72,5	72,5	100,0
Total	40	100,0	100,0	

Risiko perfusi perifer tidak efektif

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
0	18	45,0	45,0	45,0
Valid 1	22	55,0	55,0	100,0
Total	40	100,0	100,0	

Risiko perfusi renal tidak efektif

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
0	26	65,0	65,0	65,0
Valid 1	14	35,0	35,0	100,0
Total	40	100,0	100,0	

Risiko perfusi serebral tidak efektif

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
0	23	57,5	57,5	57,5
Valid 1	17	42,5	42,5	100,0
Total	40	100,0	100,0	

Risiko perfusi miokard tidak efektif

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
0	8	20,0	20,0	20,0
Valid 1	32	80,0	80,0	100,0
Total	40	100,0	100,0	

Risiko perfusi gastrointestinal tidak efektif

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
0	19	47,5	47,5	47,5
Valid 1	21	52,5	52,5	100,0
Total	40	100,0	100,0	

Risiko perdarahan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
0	10	25,0	25,0	25,0
Valid 1	30	75,0	75,0	100,0
Total	40	100,0	100,0	

Risiko infeksi

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
0	11	27,5	27,5	27,5
Valid 1	29	72,5	72,5	100,0
Total	40	100,0	100,0	

Risiko distres spiritual

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
0	21	52,5	52,5	52,5
Valid 1	19	47,5	47,5	100,0
Total	40	100,0	100,0	

Risiko harga diri rendah

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
0	38	95,0	95,0	95,0
Valid 1	2	5,0	5,0	100,0
Total	40	100,0	100,0	

Intoleransi aktivitas

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
0	37	92,5	92,5	92,5
Valid 1	3	7,5	7,5	100,0
Total	40	100,0	100,0	

keletihan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
0	32	80,0	80,0	80,0
Valid 1	8	20,0	20,0	100,0
Total	40	100,0	100,0	

ansietas

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
0	29	72,5	72,5	72,5
Valid 1	11	27,5	27,5	100,0
Total	40	100,0	100,0	

Risiko defisit nutrisi

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
0	38	95,0	95,0	95,0
Valid 1	2	5,0	5,0	100,0
Total	40	100,0	100,0	

Risiko disfungsi seksual

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
0	32	80,0	80,0	80,0
Valid 1	8	20,0	20,0	100,0
Total	40	100,0	100,0	

Gangguan pertukaran gas

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
0	34	85,0	85,0	85,0
Valid 1	6	15,0	15,0	100,0
Total	40	100,0	100,0	

Ketidak seimbangan kadar glukosa darah

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
0	33	82,5	82,5	82,5
Valid 1	7	17,5	17,5	100,0
Total	40	100,0	100,0	

Risiko ketidak seimbangan elektrolit

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
0	35	87,5	87,5	87,5
Valid 1	5	12,5	12,5	100,0
Total	40	100,0	100,0	

Kesiapan peningkatan nutrisi

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
0	38	95,0	95,0	95,0
Valid 1	2	5,0	5,0	100,0
Total	40	100,0	100,0	

Kesiapan peningkatan keseimbangan cairan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
0	39	97,5	97,5	97,5
Valid 1	1	2,5	2,5	100,0
Total	40	100,0	100,0	

nausea

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
0	30	75,0	75,0	75,0
Valid 1	10	25,0	25,0	100,0
Total	40	100,0	100,0	

Risiko disfungsi motilitas gastrointestinal

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
0	31	77,5	77,5	77,5
Valid 1	9	22,5	22,5	100,0
Total	40	100,0	100,0	

Risiko intoleransi aktivitas

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
0	25	62,5	62,5	62,5
Valid 1	15	37,5	37,5	100,0
Total	40	100,0	100,0	

Pola seksual tidak efektif

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
0	37	92,5	92,5	92,5
Valid 1	3	7,5	7,5	100,0
Total	40	100,0	100,0	

Gangguan rasa nyaman

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
0	28	70,0	70,0	70,0
Valid 1	12	30,0	30,0	100,0
Total	40	100,0	100,0	

Risiko penurunan curah jantung

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
0	32	80,0	80,0	80,0
Valid 1	8	20,0	20,0	100,0
Total	40	100,0	100,0	

Risiko syok

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
0	36	90,0	90,0	90,0
Valid 1	4	10,0	10,0	100,0
Total	40	100,0	100,0	

Disfungsi seksual

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
0	39	97,5	97,5	97,5
Valid 1	1	2,5	2,5	100,0
Total	40	100,0	100,0	

Risiko elergi

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
0	37	92,5	92,5	92,5
Valid 1	3	7,5	7,5	100,0
Total	40	100,0	100,0	

Risiko jatuh

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
0	28	70,0	70,0	70,0
Valid 1	12	30,0	30,0	100,0
Total	40	100,0	100,0	

Pola napas tidak efektif

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
0	28	70,0	70,0	70,0
Valid 1	12	30,0	30,0	100,0
Total	40	100,0	100,0	

Gangguan sirkulasi spontan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
0	36	90,0	90,0	90,0
Valid 1	4	10,0	10,0	100,0
Total	40	100,0	100,0	

Defisit perawatan diri

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
0	37	92,5	92,5	92,5
Valid 1	3	7,5	7,5	100,0
Total	40	100,0	100,0	

Perfusi perifer tidak efektif

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
0	36	90,0	90,0	90,0
Valid 1	4	10,0	10,0	100,0
Total	40	100,0	100,0	

Risiko ketidak seimbangan cairan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
0	38	95,0	95,0	95,0
Valid 1	2	5,0	5,0	100,0
Total	40	100,0	100,0	

hipertermia

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
0	39	97,5	97,5	97,5
Valid 1	1	2,5	2,5	100,0
Total	40	100,0	100,0	

Risiko aspirasi

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
0	39	97,5	97,5	97,5
Valid 1	1	2,5	2,5	100,0
Total	40	100,0	100,0	

Gangguan ventilasi spontan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
0	39	97,5	97,5	97,5
Valid 1	1	2,5	2,5	100,0
Total	40	100,0	100,0	

Defisit pengetahuan

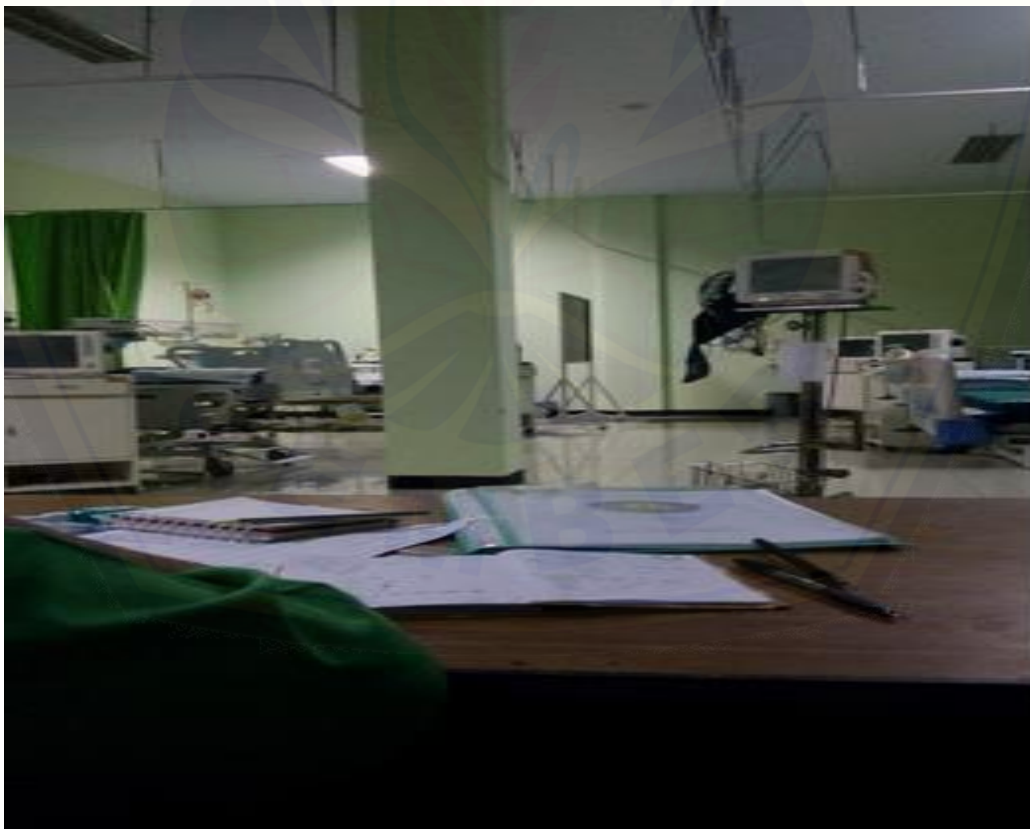
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
0	38	95,0	95,0	95,0
Valid 1	2	5,0	5,0	100,0
Total	40	100,0	100,0	

Kesiapan peningkatan koping keluarga

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
0	39	97,5	97,5	97,5
Valid 1	1	2,5	2,5	100,0
Total	40	100,0	100,0	



Lampiran 12. Dokumentasi



Lampiran 13. Surat Permohonan Ijin Melaksanakan Penelitian

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

SURAT PERMOHONAN IJIN MELAKSANAKAN PENELITIAN

Yth. Kasie Tata Usaha
u.p. Koordinator Pendidikan
Fak. Keperawatan Universitas Jember

Dengan ini, saya mahasiswa Fakultas Keperawatan Universitas Jember:

Nama : Rindyawati Kusuma Sari
N I M : 152310101019
Judul Tugas Akhir : Gambaran Diagnosis Keperawatan Menurut SDKI (Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia) di Ruang ICCU (*Intensive Coronary Care Unit*) RSD dr. Soebandi Jember

Mengajukan dengan hormat permohonan pembuatan surat pengantar untuk keperluan melaksanakan Penelitian tugas akhir, yang akan dilaksanakan di Ruang ICCU (*Intensive Coronary Care Unit*) RSD dr. Soebandi Jember.

Demikian pengajuan ini saya buat dengan sebenar-benarnya dan untuk dipergunakan sebagaimana mestinya

Menyetujui, Dosen Pembimbing Utama,  (Ns. Baskoro Pertioputro, M.Kep) NIP 19830505 200812 1 004	Jember,..... Mahasiswa,  (Rindyawati Kusuma Sari) NIM 152310101019
--	--

Mengetahui,
Komisi Bimbingan


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

Lampiran 14. Surat Permohonan Ijin Penelitian Dari Dekan Fakultas Keperawatan ke LP2M



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

Nomor : 6795/UN25.1.14/LT/2018 Jember, 21 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 : Rindyawati Kusuma Sari
N I M : 152310101019
keperluan : Permohonan Ijin Melaksanakan Penelitian
judul penelitian : Gambaran Diagnosis Keperawatan Menurut SKDI (Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia) di Ruang ICCU (Intensive Coronary Care Unit) 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

Lampiran 15. Surat Permohonan Ijin Penelitian dari LP2M ke BANKESBANGPOL


KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS JEMBER
LEMBAGA PENELITIAN DAN PENGABDIAN KEPADA MASYARAKAT
 Jl. Kalimantan 37 Jember, Telp (0331) 337818, 339385 Fax (0331) 337818
 Email : penelitian.lp2m@unej.ac.id - pengabdian.lp2m@unej.ac.id

Nomor : 5282 /UN25.3.1/LT/2018 3 Desember 2018
 Perihal : Permohonan Ijin Melaksanakan Penelitian

Yth. Kepala
 Badan Kesatuan Bangsa dan Politik
 Kabupaten Jember
 Di
 Jember

Memperhatikan surat dari Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Jember nomor 6795/UN25.1.14/LT/2018 tanggal 21 November 2018 perihal Permohonan Ijin Melaksanakan Penelitian,

Nama : Rindyawati Kusuma Sari
 NIM : 152310101019
 Fakultas : Keperawatan
 Jurusan : Ilmu Keperawatan
 Alamat : Cluster Tidar Asri D4/D8 Sumbersari-Jember
 Judul Penelitian : "Gambaran Diagnosis Keperawatan Menurut SDKI (Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia) di Ruang ICCU (*Intensive Coronary Care Unit*) RSD dr. Soebandi Jember"
 Lokasi Penelitian : RSD dr. Soebandi Jember
 Lama Penelitian : 2 Bulan (7 Desember 2018-30 Januari 2019)

maka kami mohon dengan hormat bantuan Saudara untuk memberikan ijin kepada mahasiswa yang bersangkutan untuk melaksanakan kegiatan penelitian sesuai dengan judul tersebut diatas.

Demikian atas perhatian dan perkenannya disampaikan terima kasih.

a.n. Ketua
 Sekretaris II,

Dr. Susanto, M.Pd.
 NIP. 196306161988021001

Tembusan Yth.
 1. Direktur RSD dr. Soebandi Jember;
 2. Dekan Fak. Keperawatan Universitas Jember;
 3. Mahasiswa ybs; ✓
 4. Arsip.



 CERTIFICATE NO. QMS/173

Lampiran 16. Surat Permohonan Ijin Penelitian dari BANKESBANGPOL ke RSD dr. Soebandi Jember

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

Kepada
Yth. Sdr. Dir. Rumah Sakit Daerah dr.
Soebandi
Kab. Jember

di
JEMBER

SURAT REKOMENDASI
Nomor : 072/2962/415/2018
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 Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Jember tanggal 3 Desember 2018 Nomor : 5282/UN25.3.1/LT/2018 perihal penelitian

MEREKOMENDASIKAN

Nama / NIM. : Rindyawati Kusuma Sari /152310101019
Instansi : Fakultas Keperawatan Universitas Jember
Alamat : Jl. Kalimantan 37 Kampus Tegal Boto Jember
Keperluan : Melakukan penelitian terkait "Gambaran Diagnosis Keperawatan Menurut SDKI (Standart Diagnosis Keperawatan Indonesia) di Ruang ICCU RSD dr. Soebandi"
Lokasi : Rumah Sakit Daerah dr. Soebandi, Kab. Jember
Waktu Kegiatan : 07 Desember 2018 – 30 Januari 2019

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 : 10-12-2018
An. KEPALA BANKESBANG DAN POLITIK
KABUPATEN JEMBER
Sekretaris

Drs. HERI WIDODO
Pembina Tk. I
NIP. 19611241988121001

Tembusan :
Yth. Sdr. : 1. Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Jember;
2. Yang Bersangkutan.

Lampiran 17. Surat Persetujuan Sebagai Perawat Ahli**PERSETUJUAN SEBAGAI PERAWAT AHLI**

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : ABU SETYO WAHYUDI
Alamat : KERTONGGORO JEMBER
No telepon : 081284439584

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

Nama : rindyawati kusuma sari
NIM : 152310101019
Program studi : ilmu keperawatan
Judul penelitian : Gambaran Diagnosis Keperawatan Menurut SDKI
(standar diagnosis keperawatan indonesia) di Ruang ICCU
(Intensive Coronary Care Unit) RSD dr. Soebandi Jember

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

Jember, 2018

(.....)
NIP 19790814 200604 1017

Lampiran 18. Surat Pernyataan Studi Pendahuluan

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

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

SURAT PERNYATAAN

yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Ns. Baskoro Setioputro, S.Kep., M.Kep

NIP : 19830505 200812 1 004

Menerangkan dengan sebenarnya bahwa :

Nama : Rindyawati Kusuma Sari

NIM : 152310101019

Status : Mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan, Fakultas Keperawatan, Universitas Jember

Alamat : Cluster Tidar Asri Blok d4d8

Telah melakukan studi pendahuluan di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Soebandi Jember dengan judul Gambaran Diagnosis Keperawatan Menurut Sdki (Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia) Di Ruang Iccu (Intensive Coronary Care Unit) Rsd Dr. Soebandi Jember pada tanggal 9 oktober 2018 dengan hasil data di ICCU terdapat 5 bed sehingga jumlah rata-rata klien yang ada di ruang ICCU RSD dr. Soebandi Jember yaitu sebanyak 60 pasien perbulan.

Demikian surat ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya

Jember, 12 oktober 2018

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

Lampiran 19. Surat persetujuan ijin penelitian di RSD dr. Soebandi Jember

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

JEMBER

Jember, 18 Desember 2018

Nomor : 423.4/100.25/610/2018
Sifat : Penting
Perihal : Permohonan Penelitian

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

Menindak lanjuti surat permohonan saudara Nomor :
5282/UN25.3.1/LT/2018 Tanggal 03 Desember 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 : Rindyawati Kusuma Sari
NIM : 152310101019
Fakultas : Fakultas Keperawatan Universitas Jember
Judul Penelitian : Gambaran Diagnosis Keperawatan menurut SDKI
(Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia) di Ruang
ICCU RSD dr. Soebandi Jember

Sebelum melaksanakan kegiatan tersebut harap berkoordinasi dengan
Bidang Diklat.
Demikian untuk diketahui, atas perhatiannya kami sampaikan terima kasih.


Direktur

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

Lampiran 20. Surat Selesai Penelitian



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/ *stf* /610/2019

Yang bertnda tangan di bawah ini :

Nama : **drg. Arief Setiyoargo.SH.M.Kes**
Jabatan : Wadir SDM & Pendidikan RSD dr. Soebandi Jember
Alamat : Jln. Dr. Soebandi Nomer. 124 jember

Menerangkan bahwa :

Nama : **Rindyawati Kusuma Sari**
N I M : 152310101019
Fakultas : Fakultas Keperawatan UNEJ
Judul Penelitian : Gambaran Diagnosis Keperawatan menurut SDKI
(Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia) di
Ruang ICCU RSD dr. Soebandi Jember

Tanggal Penelitian: 11 Januari 2019 s/d 11 Pebruari 2019

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, 12 Pebruari 2019
An. Direktur
Wadir SDM & Pendidikan
stf
drg. Arief Setiyoargo.SH.M.Kes.
NIP. 19651214 199203 1 007

Lampiran 21. Surat ETHIC

	<p>KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN (KEPK) FAKULTAS KEDOKTERAN GIGI UNIVERSITAS JEMBER (THE ETHICAL COMMITTEE OF MEDICAL RESEARCH FACULTY OF DENTISTRY UNIVERSITAS JEMBER)</p>
	<p>ETHIC COMMITTEE APPROVAL <u>No.240/UN25.8/KEPK/DL/2019</u></p>
<p>Title of research protocol : "Description of Nursing Diagnosis According SDKI (Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia) in The ICCU (Intensive Coronary Care Unit) dr. Soebandi Hospital Jember"</p>	
<p>Document Approved : Research Protocol</p>	
<p>Principal investigator : Rindyawati Kusuma Sari</p>	
<p>Member of research : -</p>	
<p>Responsible Physician : Rindyawati Kusuma Sari</p>	
<p>Date of approval : November 31th, 2018</p>	
<p>Place of research : RSD dr. Soebandi Jember</p>	
<p>The Research Ethic Committee Faculty of Dentistry Universitas Jember states that the above protocol meets the ethical principle outlined and therefore can be carried out.</p>	
<p style="text-align: right;">Jember, January 9th, 2019</p>	
<p>Dean of Faculty of Dentistry Universitas Jember</p>  <p>(dr. P. P. Hardyan P. M. Kes, Sp. Pros)</p>	<p>Chairperson of Research Ethics Committee Faculty of Dentistry Universitas Jember</p>  <p>(dr. Ayu Ratna Dewanti, M.Si)</p>