

PROSES DAN DOKUMENTASI KEPERAWATAN
Konsep dan Praktik
Edisi 2

NURSALAM

2007

PENERBIT: SALEMBA MEDIKA
2008

ISBN:978-979-3027-57-9

DAFTAR ISI

Kata Pengantar **iii**

| | | |
|------------------|--|---------------|
| BAB 1 | Proses Keperawatan dan Penerapannya dalam Praktik Keperawatan Profesional | 1 |
| | Konsep Proses Keperawatan | 1 |
| | <i>Sejarah</i> | 1 |
| | <i>Definisi</i> | 2 |
| | <i>Implikasi</i> | 3 |
| | Teori-teori yang Mendasari Proses Keperawatan | 4 |
| | <i>Teori Sistem</i> | 4 |
| | <i>Teori Kebutuhan Manusia</i> | 5 |
| | <i>Teori Persepsi</i> | 6 |
| | <i>Teori Informasi dan Komunikasi</i> | 6 |
| | <i>Teori Pengambilan Keputusan dan Penyelesaian Masalah</i> | 7 |
| | Peran berfikir Kritis dan Proses Keperawatan | |
| | <i>Pendahuluan</i> | 8 |
| | <i>Input (Pengkajian dan Diagnosis)</i> | 8 |
| | <i>Pengkajian</i> | 11 |
| | <i>Proses</i> | 13 |
| | <i>Output-Efektor (Evaluasi) Respons Imunitas</i> | 17 |
| | <i>Kesimpulan</i> | 17 |
| | Standart Praktik Keperawatan Profesional | 18 |
| | Implikasi dalam Praktik Keperawatan Profesional di Masa Mendatang | 20 |
| | <i>Peran Perawat Profesional di Masa Mendatang</i> | 20 |
| | Daftar Pustaka | 27 |
| BAB 2 | Pengkajian | 29 |
| | Pendahuluan | 29 |
| | <i>Data Dasar dan Data Fokus</i> | 30 |
| | <i>Fokus Pengkajian Keperawatan</i> | 30 |
| | Pengumpulan Data | 31 |
| | <i>Tipe Data</i> | 31 |
| | <i>Karakteristik Data</i> | 32 |
| | Sumber Data | 33 |
| | <i>Klien</i> | 33 |
| | <i>Orang Terdekat</i> | 33 |
| | <i>Catatan Klien</i> | 33 |
| | <i>Riwayat Penyakit</i> | 33 |
| | <i>Konsultasi</i> | 33 |
| | <i>Hasil Pemeriksaan Diagnostik</i> | 34 |
| | <i>Catatan Medis dan Anggota Tim Kesehatan Lainnya</i> | 34 |
| | <i>Perawat Lain</i> | 34 |
| | <i>Kepustakaan</i> | 34 |
| | Metode Pengumpulan Data | 34 |

| | | |
|--------------|--|------------|
| | <i>Komunikasi</i> | 34 |
| | <i>Tahapan Komunikasi</i> | 36 |
| | <i>Observasi</i> | 39 |
| | <i>Pemeriksaan Fisik</i> | 39 |
| | <i>Masalah-masalah dalam Pengumpulan Data</i> | 43 |
| | Daftar Pustaka | 58 |
| BAB 3 | Diagnosis Keperawatan | 59 |
| | Pendahuluan | 59 |
| | Tujuan Diagnosis Keperawatan | 60 |
| | Langkah-langkah Menegakkan Diagnosis Keperawatan | 60 |
| | <i>Klasifikasi dan Analisis Data</i> | 60 |
| | <i>Interpretasi Data</i> | 61 |
| | <i>Validasi Data</i> | 66 |
| | <i>Merumuskan Diagnosis Keperawatan</i> | 68 |
| | <i>Unsur Penulisan Diagnosis Keperawatan Aktual dan Risiko</i> | 71 |
| | Daftar Pustaka | 76 |
| BAB 4 | Perencanaan | 77 |
| | Pendahuluan | 77 |
| | Tujuan Perencanaan | 77 |
| | <i>Tujuan Administratif</i> | 78 |
| | <i>Tujuan Klinik</i> | 78 |
| | Langkah-langkah Perencanaan | 78 |
| | <i>Menentukan Prioritas Masalah</i> | 78 |
| | <i>Menyusun Kriteria Hasil</i> | 80 |
| | <i>Rencana Asuhan Keperawatan</i> | 85 |
| | <i>Dokumentasi</i> | 89 |
| | Perencanaan dengan Intervensi NIC dan Kriteria Hasil NOC | 89 |
| | Daftar Pustaka | 126 |
| BAB 5 | Implementasi | 127 |
| | Pendahuluan | 143 |
| | Tahap Asuhan Keperawatan | 127 |
| | <i>Tahap Persiapan</i> | 128 |
| | <i>Tahap Intervensi</i> | 131 |
| | <i>Tahap Dokumentasi</i> | 134 |
| | Daftar Pustaka | 134 |
| BAB 6 | Evaluasi | 135 |
| | Pendahuluan | 135 |
| | Tujuan Evaluasi | 135 |
| | Tahap Evaluasi | 136 |
| | <i>Mengukur Pencapaian Tujuan Klien</i> | 136 |
| | <i>Penentuan Keputusan pada Tahap Evvaluasi</i> | 137 |
| | Komponen Evaluasi | 139 |

| | | |
|--------------|--|------------|
| | <i>Menentukan Kriteria, Standart Praktik, dan Pertanyaan Evaluatif</i> | 139 |
| | <i>Mengumpulkan Data Mengenai Status Kesehatan Klien yang Baru Terjadi</i> | 140 |
| | <i>Menganalisis dan Membandingkan Data Terhadap Kriteria dan Standart</i> | 140 |
| | <i>Merangkum Hasil dan Membuat Kesimpulan</i> | 140 |
| | Dokumentasi | 141 |
| | Daftar Pustaka | 141 |
| BAB 7 | Pentingnya Dokumentasi Keperawatan | 143 |
| | Pendahuluan | 143 |
| | Komponen Model Dokumentasi Keperawatan | 143 |
| | <i>Keterampilan Berkomunikasi</i> | 144 |
| | <i>Keterampilan Mendokumentasi Proses Keperawatan</i> | 145 |
| | <i>Standar Dokumentasi</i> | 146 |
| | Tujuan Utama Dokumentasi | 148 |
| | Tren dan Perubahan yang Berdampak terhadap Dokumentasi | 148 |
| | <i>Praktik Keperawatan</i> | 148 |
| | <i>Lingkup Praktik Keperawatan</i> | 149 |
| | <i>Data Statistik Keperawatan</i> | 149 |
| | <i>Intensitas Pelayanan Keperawatan dan Kondisi Penyakit</i> | 149 |
| | <i>Ketrampilan Keperawatan</i> | 149 |
| | <i>Konsumen</i> | 149 |
| | <i>Biaya</i> | 150 |
| | <i>Kualitas Asuransi dan Audit Keperawatan</i> | 150 |
| | <i>Akreditasi Kontrol</i> | 150 |
| | <i>Pengkodean dan Klasifikasi</i> | 150 |
| | <i>Prospektif Sistem Pembayaran</i> | 150 |
| | <i>Risiko Intervensi</i> | 150 |
| | Manfaat Dokumentasi | 151 |
| | <i>Hukum</i> | 151 |
| | <i>Kualitas Pelayanan</i> | 151 |
| | <i>Komunikasi</i> | 151 |
| | <i>Keuangan</i> | 151 |
| | <i>Pendidikan</i> | 151 |
| | <i>Penelitian</i> | 152 |
| | <i>Akreditasi</i> | 152 |
| | Daftar Pustaka | 152 |
| BAB 8 | Standar Dokumentasi Keperawatan | 153 |
| | Pentingnya Standar Dokumentasi | 153 |
| | Standar Tanggung Jawab Individu Perawat Profesional | 154 |
| | <i>Sepuluh Standar Asuhan Keperawatan (ANA, 1973)</i> | 155 |
| | <i>Lingkup Tindakan Keperawatan Independen</i> | 155 |
| | <i>Lingkup Tindakan Keperawatan Interdependen</i> | 156 |
| | Standar Tanggung Jawab Profesi Keperawatan | 156 |
| | Standar Disusun Oleh Pelayanan Kesehatan | 157 |
| | Daftar Pustaka | 157 |

| | | |
|---------------|---|------------|
| BAB 9 | Dokumentasi Pengkajian Keperawatan | 159 |
| | Tinjauan Pengkajian Keperawatan, Diagnosis Keperawatan, dan Rencana Asuhan Keperawatan | 159 |
| | Pentingnya Dokumentasi Pengkajian Keperawatan | 160 |
| | <i>Tipe-tipe Pengkajian</i> | 160 |
| | <i>Dokumentasi Pengkajian Awal</i> | 162 |
| | <i>Dokumentasi Pengkajian Lanjutan</i> | 163 |
| | <i>Data Penunjang</i> | 163 |
| | <i>Data yang Dikembangkan</i> | 164 |
| | <i>Pendokumentasian Pengkajian Khusus</i> | 164 |
| | Metode Dokumentasi Pengkajian | 165 |
| | Daftar Pustaka | 166 |
| | | |
| BAB 10 | Dokumentasi Diagnosis Keperawatan | 167 |
| | Pentingnya Pendokumentasian Diagnosis Keperawatan | 167 |
| | Tujuan Pendokumentasian Diagnosis Keperawatan | 168 |
| | <i>Kategori Diagnosis Keperawatan</i> | 168 |
| | Komponen Diagnosis Keperawatan | 169 |
| | Pengetahuan dan Kemampuan Perawat yang Diperlukan untuk Penulisan Diagnosis Keperawatan | 171 |
| | Metode Pendokumentasian Diagnosis Keperawatan | 172 |
| | Petunjuk Penulisan Diagnosis Keperawatan | 173 |
| | Kesimpulan | 174 |
| | Daftar Pustaka | 174 |
| | | |
| BAB 11 | Dokumentasi Rencana Intervensi Keperawatan | 175 |
| | Pentingnya Dokumentasi Rencana Intervensi | 175 |
| | Tipe Rencana Intervensi Keperawatan | 176 |
| | Metode Dokumentasi Rencana Intervensi Keperawatan | 178 |
| | <i>Komponen Penting dalam Rencana Intervensi Keperawatan</i> | 178 |
| | <i>Petunjuk Penulisan Rencana Asuhan Keperawatan yang Efektif</i> | 180 |
| | Daftar Pustaka | 182 |
| | | |
| BAB 12 | Dokumentasi Intervensi Keperawatan | 183 |
| | Gambaran Perencanaan dan Evaluasi | 183 |
| | Dokumentasi Asuhan Keperawatan | 183 |
| | <i>Pedoman Dokumentasi</i> | 184 |
| | Jenis Intervensi | 184 |
| | <i>Intervensi Terapeutik</i> | 184 |
| | <i>Intervensi Penetapan Observasi</i> | 184 |
| | Komponen Penting pada Dokumentasi Intervensi | 186 |
| | Intervensi yang Memerlukan Suatu Dokumentasi Khusus | 186 |
| | <i>Prosedur Invasif</i> | 186 |
| | <i>Intervensi Pendidikan Kesehatan kepada Klien</i> | 186 |
| | <i>Rangkuman Pedoman Penulisan (Nursing Note)</i> | 190 |
| | Daftar Pustaka | 190 |
| | | |
| BAB 13 | Dokumentasi Evaluasi Keperawatan | 191 |

| | |
|--|------------|
| Pentingnya Pendokumentasian Evaluasi Keperawatan | 191 |
| Tipe-tipe Pernyataan Evaluasi | 192 |
| <i>Pernyataan Evaluasi Formatif</i> | 192 |
| <i>Pernyataan Evaluasi Sumatif</i> | 193 |
| <i>Langkah-langkah Penting dalam Pendokumentasian Evaluasi</i> | 194 |
| Metode Evaluasi Pendokumentasian | 195 |
| <i>Pedoman untuk Pendokumentasian Pernyataan Evaluasi</i> | 195 |
| Ringkasan | 196 |
| Daftar Pustaka | 197 |
| BAB 14 Model Dokumentasi Keperawatan | |
| Pendahuluan | 199 |
| Catatan Berorientasi pada Sumber (Source-Oriented-Record—SOR) | 199 |
| <i>Keuntungan dan Kerugian</i> | 200 |
| Catatan Berorientasi pada Masalah (Problem-Oriented-Record—POR) | 201 |
| <i>Keuntungan dan Kerugian</i> | 203 |
| <i>Pedoman Penulisan Catatan SOAPIER</i> | 204 |
| Catatan Berorientasi pada Perkembangan / Kemajuan (Progres-Oriented-Record) | 204 |
| <i>Catatan Perawat</i> | 205 |
| <i>Lembar Alur</i> | 205 |
| <i>Catatan Pemulangan dan Ringkasan Rujukan</i> | 205 |
| Charting by Exception (CBE) | 206 |
| <i>Keuntungan dan Kerugian</i> | 206 |
| <i>Pedoman Penulisan CBE</i> | 207 |
| Problem-Intervention-Evaluasian (PIE) | 207 |
| <i>Penggunaan</i> | 207 |
| <i>Karakteristik</i> | 208 |
| <i>Keuntungan dan Kerugian</i> | 208 |
| Process-Oriented System (Focus) | 209 |
| <i>Penggunaan</i> | 209 |
| <i>Keuntungan dan Kerugian</i> | 209 |
| Sistem Pendokumentasian Core dengan Format DAE | 210 |
| <i>Keuntungan dan Kerugian</i> | 211 |
| Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam Pendokumentasian | 212 |
| Ringkasan | 213 |
| Daftar Pustaka | 214 |
| Lampiran | 215 |

BAB 1

PROSES KEPERAWATAN DAN PENERAPANNYA DALAM PRAKTIK KEPERAWATAN PROFESIONAL

KONSEP PROSES KEPERAWATAN

Ilmu Keperawatan didasarkan pada suatu teori yang sangat luas. Proses keperawatan adalah metode dimana suatu konsep diterapkan dalam praktik Keperawatan. Hal ini dapat disebut sebagai suatu pendekatan untuk memecahkan masalah (problem-solving) yang memerlukan ilmu, teknik, dan keterampilan interpersonal yang bertujuan untuk memenuhi kebutuhan klien, keluarga, dan masyarakat. Proses keperawatan terdiri atas lima tahap yang berurutan dan saling berhubungan, yaitu pengkajian, diagnosis, perencanaan, implementasi, dan evaluasi (Iyer *et al.*, 1996). Tahap-tahap tersebut berintegrasi terhadap fungsi intelektual problem-solving dalam mendefinisikan suatu asuhan keperawatan.

Sejarah

Proses keperawatan merupakan lima tahap yang konsisten sesuai dengan perkembangan profesi perawatan. Tahap tersebut pertama kali dijabarkan oleh Hall (1995). Pada tahun 1967, Yura dan Walsh menjabarkan menjadi empat tahap, yaitu pengkajian, perencanaan, implementasi, dan evaluasi. Pada tahun yang sama, edisi pertama proses keperawatan dipublikasikan dalam empat tahap yang meliputi pengkajian, perencanaan, implementasi, dan evaluasi. Kemudian pada edisi kedua (1973), proses keperawatan yang semakin meningkat dipublikasikan. Pada pertengahan tahun 1970-an, Bloch (1974), Roy (1975), Mundinger dan Jauron (1975), serta Aspinal¹ (1976) menambahkan tahap diagnosis pada proses keperawatan sehingga menjadi lima tahap, yaitu pengkajian, diagnosis, perencanaan, implementasi, dan evaluasi. Saat ini, hampir buku keperawatan selalu mencantumkan lima tahap proses keperawatan tersebut dan digunakan sebagai kerangka kerja, dasar, dan pengantar dari kajian ilmu keperawatan.

Dengan berkembangnya waktu, proses keperawatan telah dianggap sebagai suatu dasar hukum dalam praktik keperawatan. Pada tahun 1973, American Nursing Association (ANA) menggunakan proses keperawatan sebagai pedoman dalam pengembangan standar praktik keperawatan dan digunakan sebagai suatu kerangka konsep kurikulum pendidikan keperawatan.

Di Indonesia, definisi dan tahap-tahap proses keperawatan telah digunakan sebagai dasar pengembangan definisi dan standar legal praktik keperawatan dan juga sebagai kriteria dalam

program sertifikasi. Kurikulum pendidikan keperawatan pada setiap jenjang pendidikan (D3, S1, S2, maupun S3) saat ini telah menggunakan proses keperawatan sebagai kerangka kerjanya.

Definisi

Definisi proses keperawatan secara umum dapat dibedakan menjadi tiga dimensi, yaitu tujuan, Organisasi, dan Properti/karakteristik.

Tujuan

Tujuan proses keperawatan secara umum adalah untuk menyusun kerangka konsep berdasarkan keadaan individu (klien), keluarga, dan masyarakat agar kebutuhan mereka dapat terpenuhi. Yura dan Walsh (1983) menyatakan proses keperawatan adalah suatu tahapan desain tindakan yang ditujukan untuk memenuhi tujuan keperawatan, yang meliputi mempertahankan keadaan kesehatan klien yang optimal, apabila keadaannya berubah menjadi suatu kuantitas dan kualitas asuhan keperawatan terhadap kondisinya guna kembali ke keadaan yang normal. Jika kesehatan yang optimal tidak dapat tercapai, proses keperawatan harus dapat memfasilitasi kualitas kehidupan yang maksimal berdasarkan keadaannya untuk mencapai derajat kehidupan yang lebih tinggi selama hidupnya (Iyer *et al.*, 1996).

Organisasi

Seperti yang telah dijabarkan sebelumnya, proses keperawatan dikelompokkan menjadi lima tahap, yaitu pengkajian, diagnosis, perencanaan, implementasi, dan evaluasi. Kelima tahap tersebut berperan sebagai organisasi yang mengelola proses keperawatan secara sistematis dalam memberikan asuhan keperawatan kepada klien.

Properti/Karakteristik

Proses keperawatan mempunyai enam karakteristik, yaitu tujuan, Sistematis, Dinamik, Interaktif, Fleksibel, dan Teoritis, yang dijabarkan sebagai berikut.

Tujuan. Proses keperawatan mempunyai tujuan yang jelas melalui suatu tahapan dalam meningkatkan kualitas asuhan keperawatan kepada klien.

Sistematis. Proses Keperawatan menggunakan suatu pendekatan yang terorganisasi untuk mencapai tujuan. Hal ini untuk meningkatkan kualitas asuhan keperawatan dan menghindari masalah yang bertentangan dengan tujuan instansi pelayanan kesehatan/keperawatan.

Dinamik. Proses keperawatan yang dilakukan untuk mengatasi masalah-masalah kesehatan klien dilaksanakan secara berkesinambungan. Proses keperawatan tersebut ditujukan pada suatu perubahan respons klien yang diidentifikasi melalui hubungan antara perawat dengan klien.

Interaktif. Dasar hubungannya adalah hubungan timbal balik antar perawat, klien, keluarga, dan tenaga kesehatan lainnya.

Fleksibel. Proses keperawatan dapat dilihat dalam dua konteks, yaitu (1) dapat diadopsi pada praktik keperawatan dalam situasi apapun dengan spesialisasi yang berhubungan dengan klien, keluarga, atau masyarakat (kelompok); dan (2) tahapannya dapat digunakan secara berurutan dan dengan persetujuan kedua belah pihak (perawat dan klien).

Teoritis. Setiap langkah proses keperawatan selalu didasarkan pada suatu ilmu yang luas, khususnya ilmu dan model keperawatannya yang berlandaskan pada filosofi keperawatan bahwa asuhan keperawatan kepada klien harus menekankan pada tiga aspek, yaitu 1) Humanistik: Asuhan keperawatan memandang dan memperlakukan klien sebagai manusia dan bahkan sebagai perawat, 2) Holistik: Asuhan keperawatan harus dapat memenuhi kebutuhan dasar manusia secara utuh (bio-psiko-sosiospiritual), dan 3) Care: Asuhan keperawatan harus berlandaskan pada standar praktik keperawatan dan kode etik keperawatan.

Implikasi

Penerapan Proses keperawatan mempunyai implikasi atau dampak terhadap: Profesi Keperawatan, Klien dan Perawat.

Profesi

Secara profesional, Proses keperawatan menyajikan suatu lingkup praktik keperawatan. Melalui lima langkah, Keperawatan secara terus-menerus mendefinisikan perannya kepada klien dan profesi

kesehatan lainnya. Hal ini menunjukkan bahwa keperawatan tidak hanya melaksanakan rencana seperti yang telah diresepkan dokter (Iyer *et al.*, 1996).

Praktik keperawatan mencakup standar praktik keperawatan. Standar tersebut diadopsi dan diterbitkan oleh American Nursing Association (ANA) pada tahun 1973. Perawat Mempunyai tanggung jawab dalam melaksanakan tugasnya sesuai dengan standar praktik keperawatan tanpa melihat dimana dia bekerja dan apa spesialisasinya. Di Indonesia dilaksanakan standar praktik keperawatan juga telah diatur dalam peraturan pemerintah melalui Undang-Undang Kesehatan di Indonesia (Depkes, 1992) dan akan diberlakukan PERMENKES No. 647/2000 tentang Praktik Keperawatan Profesional di Indonesia.

Klien

Penggunaan Proses keperawatan sangat bermanfaat bagi klien, keluarga, dan masyarakat karena mendorong mereka untuk berpartisipasi secara aktif dengan melibatkan mereka ke dalam lima tahapannya. Klien menyediakan sumber untuk pengkajian, validasi diagnosis keperawatan, dan menyediakan umpan balik untuk evaluasi. Perencanaan keperawatan yang tersusun dengan baik akan memungkinkan perawat untuk memberikan asuhan keperawatan secara kontinu, aman, dan menciptakan lingkungan yang terapeutik. Keadaan tersebut akan membantu mempercepat kesembuhan klien dan memungkinkan klien untuk beradaptasi dengan lingkungan yang ada.

Perawat

Proses Keperawatan akan meningkatkan kepuasan dalam bekerja dan meningkatkan perkembangan profesional. Peningkatan hubungan antara perawat dengan klien dapat dilakukan melalui penerapan proses keperawatan. Proses keperawatan memungkinkan suatu pengembangan kreativitas dalam menjelaskan masalah klien. Hal ini mencegah kejenuhan perawat dalam melakukan pekerjaan yang bersifat rutinitas serta mencegah perawat untuk melakukan pendekatan yang berorientasi terhadap tugas (*task-oriented approach*).

TEORI-TEORI YANG MENDASARI PROSES KEPERAWATAN

Teori Sistem

Teori sistem merupakan suatu kerangka kerja yang berhubungan dengan keseluruhan aspek sosial, manusia, struktur, masalah-masalah organisasi, serta perubahan hubungan internal dan lingkungan

di sekitarnya. Sistem tersebut terdiri atas tujuan, proses, dan isi. *Tujuan* adalah sesuatu yang harus dilaksanakan, sehingga tujuan dapat memberikan arah pada sistem. Proses berfungsi dalam memenuhi tujuan yang hendak dicapai dan *Isi* terdiri atas bagian yang membentuk suatu sistem.

Keterkaitan antara teori sistem dengan proses keperawatan dapat dijelaskan sebagai berikut. Masukan (input) merupakan suatu kumpulan data hasil pengkajian permasalahannya.



Kemudian disusun suatu rencana dan asuhan keperawatan yang tepat. Hasil (output) dimaksudkan untuk menjelaskan hasil dari intervensi yang telah dilaksanakan. Sedangkan umpan balik (feedback) adalah suatu proses di mana informasi tentang sistem output dikomunikasikan kembali pada sistem, supaya dapat dievaluasi dan memberikan arah pada pengkajian ulang untuk menentukan intervensi selanjutnya.

Dalam sistem keperawatan dijelaskan bahwa perawat sebagai individu dan klien (individu, keluarga, atau masyarakat) dalam berinteraksi di mana satu dengan lainnya saling memengaruhi terhadap tingkat kebutuhan dan kepuasan yang merupakan fokus dari asuhan keperawatan.

Teori Kebutuhan Manusia

Teori ini memandang bahwa manusia sebagai bagian integral yang berintegrasi satu sama lain dalam motivasinya untuk memenuhi kebutuhan dasar (fisiologis, keamanan, kasih sayang, harga diri, dan aktualisasi diri). Setiap kebutuhan manusia merupakan suatu “tegangan internal” sebagai akibat dari perubahan setiap komponen sistem. Tegangan tersebut dimanifestasikan dalam perilaku untuk memenuhi kebutuhan atau tujuan sampai tingkat kepuasan klien.

Inti kebutuhan dasar manusia adalah terpenuhinya tingkat kepuasan agar manusia dapat mempertahankan hidupnya. Peran perawat yang utama adalah memenuhi kebutuhan dasar manusia dan tercapainya suatu kepuasan bagi diri sendiri serta kliennya, meskipun dalam kenyataannya dapat memenuhi salah satu dari kebutuhan membawa dampak terhadap perubahan sistem dalam individu

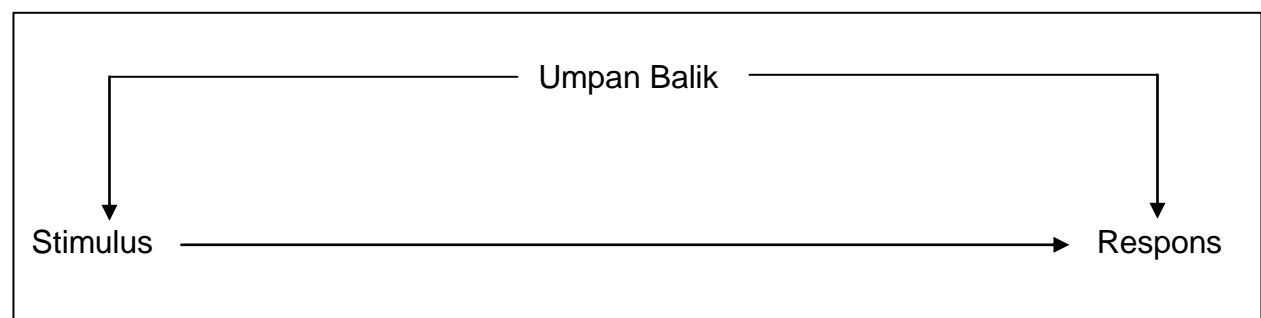
(biologis, intelektual, emosional, sosial, spiritual, ekonomi, lingkungan, patologi, dan psikopatologi).

Kerangka kerja pada teori ini menggambarkan suatu bagian dimana penerapan proses keperawatan selalu di fokuskan pada kebutuhan individu yang unik dan sebagai suatu bagian integral dari keluarga dan masyarakat. Keseimbangan antar kebutuhan tersebut menjadi tanggungjawab dari setiap orang. Misalnya, tanggung jawab orang tua terhadap anak adalah memenuhi kebutuhan dasar tersebut. Demikian juga dengan tanggung jawab perawat, yaitu memberikan dukungan, memfasilitasi, dan mengomunikasikan kepada klien, baik yang sehat maupun sakit, untuk membantu memenuhi kebutuhannya. Peran tersebut dapat dilaksanakan secara optimal melalui pendekatan proses keperawatan.

Teori Persepsi

Terjadinya perubahan dalam pemenuhan kebutuhan dasar manusia sangat dipengaruhi oleh persepsi individu. Setiap manusia selalu berubah kebutuhan dan kepuasannya berdasarkan perubahan perilaku yang sangat unik. Akibatnya, setiap perubahan terjadi persepsinya akan selalu berbeda antara individu yang satu dengan individu yang lain. Perbedaan tersebut membawa konsekuensi terhadap masalah keperawatan. Misalnya pada dua klien (A dan B) dengan diagnosis medis yang sama (diabetes melitus) akan timbul masalah keperawatan yang berbeda. Hal ini karena persepsi klien A dan B yang berbeda terhadap perubahan yang terjadi pada dirinya. Sebagaimana diketahui persepsi seseorang sangat berhubungan terhadap sistem neurologis dan persepsi yang tidak selalu tergantung dari belajar dan pengalaman. Day mengatakan bahwa persepsi dapat dipelajari dari variabel lingkungan fisik, fisiologis proses dan interaksi, serta kejadian-kejadian pada perilaku.

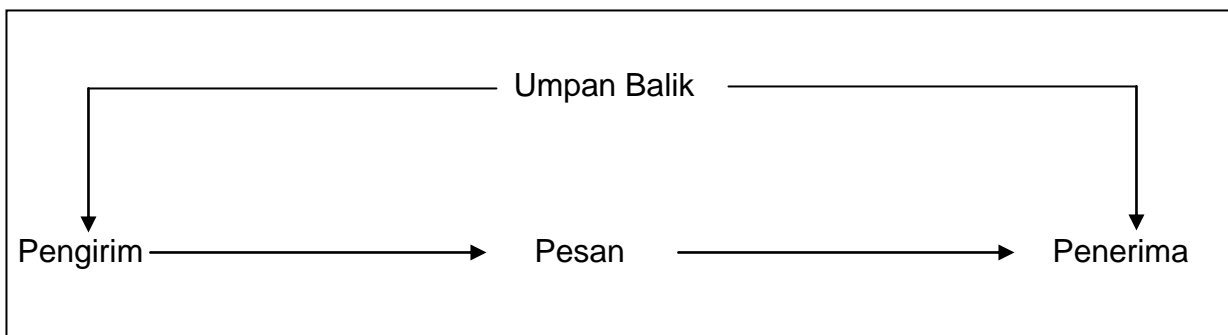
Terjadinya interaksi antara orang dengan lingkungannya dilaksanakan oleh reseptor energi sensitif. Karakteristik stimulasi harus ditransformasikan dalam suatu kode transmisi ke tingkat yang lebih tinggi pada sistem saraf pusat sebelum interaksi dan dalam pelaksanaannya dapat disesuaikan dengan respons adaptif.



Untuk memahami arti persepsi, seseorang harus mengadakan pendekatan melalui karakteristik individu yang mempersepsikan situasi yang mempunyai makna bagi kita. Makna merupakan kerangka penjabaran dari persepsi, ingatan, dan tindakan. Oleh karena itu, persepsi memegang peranan yang penting dalam kehidupan secara umum dimana kita dapat mengumpulkan data dari informasi tentang diri sendiri, kebutuhan manusia serta lingkungan di sekitar kita. Hal ini juga sesuai dengan tahapan dalam proses keperawatan dimana perawat dan klien saling mengumpulkan data. Kemudian data tersebut akan memberikan nilai yang bermakna serta dapat dipergunakan untuk memberikan asuhan keperawatan.

Teori Informasi dan Komunikasi

Tujuan asuhan keperawatan adalah untuk mengidentifikasi masalah klien. Apakah klien dalam keadaan sehat atau sakit. Proses keperawatan sebagai salah satu pendekatan utama dalam pemberian asuhan keperawatan pada dasarnya merupakan suatu proses pengambilan keputusan dan penyelesaian masalah. Setelah penerapan proses keperawatan, perawat dituntut mempunyai pengetahuan tentang konsep dan teori sebagai dasar dalam mengartikan data yang diperoleh serta dapat menjalin komunikasi yang efektif.

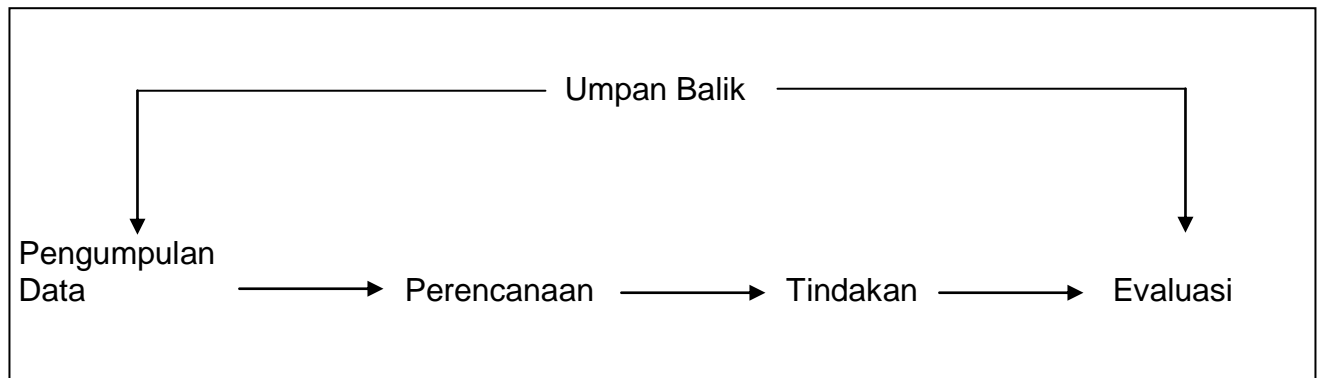


Pengetahuan tersebut meliputi kemampuan perawat tentang cara memperoleh data atau fakta, menyeleksi, memproses informasi, dan memutuskan suatu asuhan keperawatan berdasarkan data yang diperoleh. Tahapan tersebut adalah menentukan prioritas masalah, mencari alternatif intervensi serta memilih dan melaksanakan hasil alternatif yang telah ditentukan. Proses keperawatan merupakan suatu siklus, karena memerlukan suatu modifikasi pengkajian ulang perencanaan ulang, memperbaiki intervensi, dan mengevaluasi ulang. Oleh karena itu, setiap langkah dalam proses

keperawatan diperlukan data yang akurat. Hal ini akan dapat tercapai jika perawat mampu menjalin komunikasi yang baik.

Teori Pengambilan Keputusan dan Penyelesaian Masalah

Setiap tindakan yang dilakukan secara rasional oleh seseorang selalu melibatkan keputusan atau pilihan. Setiap pengambilan keputusan dan penyelesaian masalah menuntut seseorang untuk dapat menerima hal baru, perbedaan, dan aspek-aspek yang lebih kompleks dari lingkungan yang sudah ada. Oleh sebab itu, setiap kesenjangan adalah suatu masalah dan masalah tersebut memerlukan jawaban serta solusi yang tepat.



Tujuan penerapan proses keperawatan dalam memberikan asuhan keperawatan kepada klien adalah untuk menyelesaikan masalah. Proses keperawatan juga dapat dipergunakan untuk menyusun suatu intervensi yang bertujuan mengubah suatu situasi yang lebih kondusif dalam membantu mempercepat menyelesaikan masalah klien yang sangat kompleks. Melalui pendekatan proses keperawatan masalah-masalah dapat diidentifikasi secara tepat dan pengambilan keputusannya dapat dilaksanakan dengan akurat.

TABEL 1.1. Perbandingan antara Proses Pengambilan Keputusan dan Proses Keperawatan

| Proses Pengambilan Keputusan | Proses Keperawatan |
|--|---|
| Pengumpulan data | Pengkajian : - Pengumpulan data - Interpretasi |
| Identifikasi masalah | Diagnosis keperawatan |
| Perencanaan : - Penentuan tujuan - Identifikasi solusi | Perencanaan : - Penentuan tujuan - Rencana tindakan |
| Implementasi | Implementasi |
| Evaluasi dan revisi proses | Evaluasi dan modifikasi |

PERAN BERPIKIR KRITIS PADA PROSES KEPERAWATAN (Berdasarkan paradigma Teori Adaptasi dan PNI)

Mengutip pernyataan Ainun Nadjib dalam suatu wawancara “*ho no co ro ko, podo gobloke, monggo modaro*”. Apa maksudnya? Maksudnya menurut pemikiran saya, bahwa sebenarnya manusia itu hanya diberikan ilmu pengetahuan yang sangat terbatas. Kemampuan pengembangan berpikir kritis harus terus dipupuk untuk memperluas ilmu pengetahuan yang terbatas tersebut.

Embel-embel sebutan profesional Ners (bukan *ngenes*) atau bukan amatiran, bisa didapatkan secara otomatis kalau kita berperilaku profesional, salah satunya adalah kemampuan berpikir kritis terhadap metode yang katanya ilmiah, yaitu proses keperawatan. Apa, mengapa, bagaimana bisa dijelaskan secara ilmiah? Apakah Proses keperawatan hanya sebagai selogan agar kita para perawat bisa berlindung dibalik keilmiah dan kemutakhirannya? Beberapa kajian ilmiah telah saya lakukan untuk menguji ke-ilmiahan “Proses keperawatan”, namun sejauh ini saya masih terbatas pada suatu metode yang biasa dan sulit dibuktikan secara ilmiah (maaf makna ilmiah memang dipersepsikan berbeda-beda).

Pada makalah ini saya mencoba memandang proses keperawatan sebagai alat untuk berpikir kritis perawat dengan kaca mata Ilmu keperawatan “Adaptasi dari Roy yang saya modifikasi dengan PNI (Psikoneuroimunologi) dari Ader”. Secara umum, menurut pemikiran saya paradigma ilmu adaptasi dari Roy dan PNI ada suatu kesamaan. Kedua paradigma ilmu tersebut dimulai dengan adanya suatu stressor (sumber dari stress) yang berperan sebagai stimulus manusia untuk merespons. Respons yang ditunjukkan seseorang sangat bervariasi, baik secara individu, tingkat sistem, tingkat sel, maupun tingkat molekul /gen. Respons seseorang tersebut yang sering disebut dengan *coping*, sangat tergantung dari karakteristik individu (pendidikan, pengalaman, watak, norma/budaya). Jika manusia secara *holistic* (jiwa, raga, roh, dan sel) mampu membangun *coping style* yang positif, maka dia akan mampu beradaptasi (*eutress*), sehingga kerusakan perilaku (sakit / sel) akan menunjukkan perbaikan. Bertolak dari sekilas pemahaman tersebut, kita bisa menghubungkan tentang makna proses keperawatan yang kita banggakan selama ini. Kalau kita mulai input (stressor) maka kita lihat di Proses keperawatan kita berada pada tahap pengkajian dan diagnosis keperawatan (dengan NANDA-nya). Proses (*coping*) kita lihat sebagai suatu intervensi / implementasi terhadap respons tubuh yang distress. Cuma yang membedakan pada tahap ini, jika pada konsep PNI semua intervensi yang diberikan berupa suatu *learning process* yang akan berpengaruh terhadap respons biologis (perbaikan respons imun), dapat dilihat tahap adaptasi pada proses keperawatan.

Pada makalah ini saya mencoba mengaitkan pemahaman proses keperawatan dengan pendekatan model Adaptasi & PNI dengan tujuan lebih mempermudah cara berpikir kita secara kritis.

Berpikir kritis, menurut R. Ennis adalah memutuskan apa yang harus dilakukan berdasarkan pemikiran rasional yang reflektif (Bandman & Bandman, 1988). Berpikir kritis meliputi mengemukakan ide, asumsi, prinsip, argumentasi, kesimpulan, pernyataan, keyakinan dan tindakan yang rasional. (Bandman & Bandman, 1988). Dalam dunia keperawatan, berpikir kritis digunakan untuk mengemukakan alasan yang *scientific* terhadap semua langkah dalam asuhan keperawatan yang dituangkan dalam pembuatan proses keperawatan (Bandman & Bandman, 1988). Pada proses keperawatan perawat perlu mengidentifikasi dan menganalisis isu-isu berdasarkan perspektif dari beberapa sudut pandang yang berbeda untuk dapat memutuskan apa yang harus dilakukan. Pada bagian ini saya ingin menyampaikan kerangka berpikir kritis pada penerapan proses keperawatan berdasarkan perspektif kombinasi model adaptasi dari Roy dan Psikoneuroimunologi.

INPUT (Pengkajian dan Diagnosis)

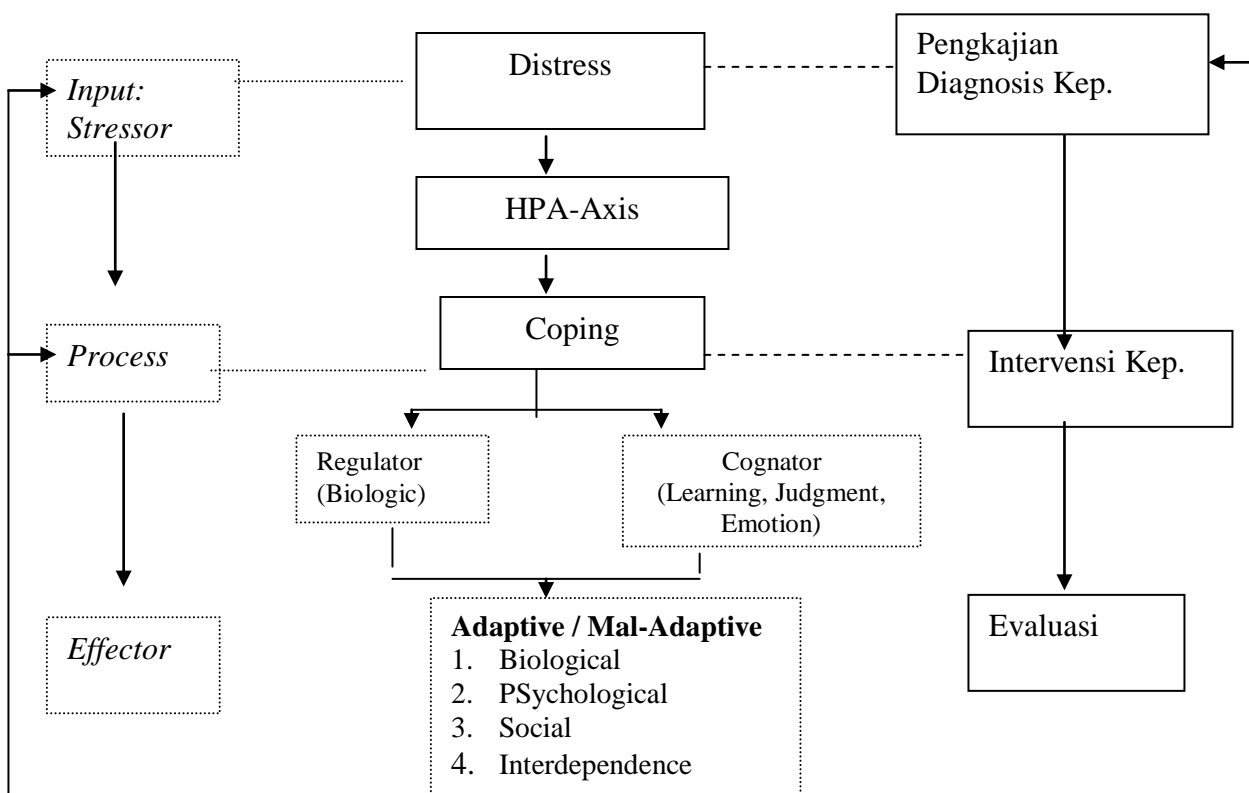
Sistem adaptasi mempunyai input berasal dari internal. Roy mengidentifikasi bahwa input sebagai stimulus. Stimulus sebagai suatu unit informasi, kejadian atau energi dari lingkungan. Sejalan dengan adanya stimulus, tingkat adaptasi individu direspons sebagai suatu input dalam sistem adaptasi. Tingkat adaptasi tersebut tergantung dari stimulus yang didapat berdasarkan kemampuan individu. Tingkat respons antara

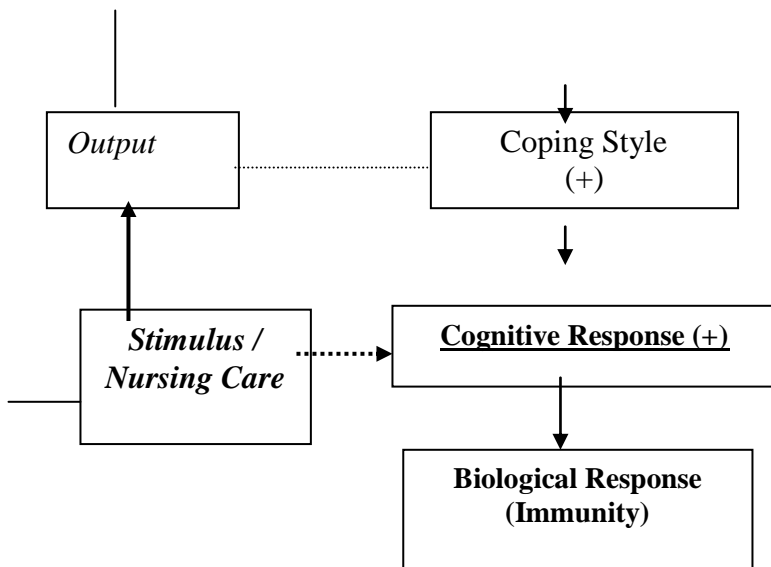
individu sangat unik dan bervariasi tergantung pengalaman yang didapatkan sebelumnya, status kesehatan individu, dan stresor yang diberikan.

Stresor yang dimaksudkan pada input (pengumpulan data) adalah stresor psikososial yang dapat digunakan dalam pengembangan kerangka berpikir kritis pada paradigma psikoneuroimmunologi. Pengkajian dan diagnosis dalam proses keperawatan merupakan suatu input (stresor) yang didasarkan hasil wawancara, pemeriksaan fisik dan data laboratorium. Permasalahan timbul jika sistem adaptasi tersebut tidak dapat merespons dan menyelesaikan masalah yang diakibatkan oleh perubahan lingkungan dalam upaya mempertahankan integritas sistem (Andrews & Roy, 1991b; Roy, 1989). Menghadapi era global saat ini, diharapkan perawat juga harus mampu menganalisis data-data mulai dari tingkat sistem, organ, sel, dan molekul/gen. Indikator imunitas sebagai acuan perawat untuk mampu merumuskan masalah secara akurat. Masalah yang ditemukan dapat dipertanggungjawabkan secara ilmiah. Hasil akhir dari tahap ini adalah teridentifikasinya masalah keperawatan, yang dikelompokkan menjadi masalah (1) fisik (biologis); (2) psikologis; (3) sosial (4) spiritual.

Tahap diagnosis adalah tahap pengambilan keputusan yang paling kritis, dimana perawat dapat menentukan masalahnya yang benar-benar dirasakan klien berikut argumentasinya secara rasional. Semakin perawat terlatih untuk berpikir kritis, maka ia akan semakin tajam dalam menentukan masalah atau diagnosa keperawatan klien baik diagnosa keperawatan yang sifatnya kemungkinan, potensial, ataupun yang actual. Berpikir kritis memerlukan konseptualisasi dan keterampilan ini sangat penting dalam perumusan diagnosa, karena taksonomi diagnosa keperawatan pada dasarnya adalah suatu konsep (NANDA, 2003). Berdasarkan taksonomi NANDA II, diagnosa keperawatan dibagi dalam 13 Domain, 46 klas dan 167 diagnosis keperawatan. Tiga belas (13) domain tersebut yaitu: promosi kesehatan, nutrisi, eliminasi, respon kardiovaskuler/pulmoner, persepsi dan kognisi, persepsi diri, hubungan peran, seksual, koping, prinsip hidup, keselamatan, kenyamanan, dan tumbuh kembang (NANDA, 2003).

Bertolak dari pemikiran "baku" diatas, maka saya mencoba melihat kaitannya dengan model adaptasi dari Roy. Masalah keperawatan terjadi sebagai proses internal yang terjadi pada individu sebagai sistem adaptasi yang didefinisikan oleh Roy sebagai sistem *effectors*. Empat effector atau jenis gangguan adaptasi tersebut meliputi: (1) fisiologis; (2) konsep diri; (3) fungsi peran; dan (4) ketergantungan. Perilaku yang berhubungan terhadap jenis tersebut sebagai manifestasi dari tingkat adaptasi individu dan mengakibatkan penggunaan mekanisme koping. Dengan mengobservasi perilaku seseorang berhubungan dengan jenis adaptasi, perawat dapat mengidentifikasi respons adaptif atau ketidakefektifan respons sehat dan sakit.





Gambar: Mekanisme Respons Adaptasi dari Roy dan Proses Keperawatan (Modifikasi oleh Nursalam, 2005).

Dari gambar diatas dapat dijelaskan, jika coping yang digunakan tidak efektif maka individu akan masuk pada *zona distress (mal-adaptive)* yang meliputi masalah keperawatan; (1) fisiologis (biologis), (2) psikologis, (3) sosial, dan (4) Peran. Penjabaran dari zona mal-adaptive sebagai berikut:

1. Fisiologis (Biologis)

- (1) Oksigenasi: menggambarkan pola penggunaan oksigen berhubungan dengan respirasi dan sirkulasi
- (2) Nutrisi: Menggambarkan pola penggunaan nutrien untuk memperbaiki kondisi tubuh dan perkembangan
- (3) Eliminasi: Menggambarkan pola eliminasi
- (4) Aktifitas dan istirahat: menggambarkan pola aktifitas, latihan, istirahat dan tidur
- (5) Integritas kulit: Menggambarkan pola fungsi fisiologis kulit
- (6) Rasa/senses: Menggambarkan fungsi sensori perceptual berhubungan dengan panca indera: penglihatan, penciuman, perabaan, pengecap, dan pendengaran
- (7) Cairan dan elektrolit: menggambarkan pola fisiologis penggunaan cairan dan elektrolit
- (8) Fungsi Neurologis: Menggambarkan pola kontrol neurologis, pengaturan dan intelektual
- (9) Fungsi endokrin: Menggambarkan pola kontrol dan pengaturan termasuk respons stres dan sistem reproduksi.

Ketidakefektifan mekanisme regulator (otonomik) tubuh berdampak terhadap distress yang dirambatkan melalui HPA-Axis, sehingga terjadi *immunosuppressive*. Individu menjadi rentan terhadap infeksi skunder.

2. Konsep Diri (psikologis) - Spiritual

Jenis Konsep diri mengidentifikasi pola nilai, kepercayaan, dan emosi yang berhubungan dengan ide diri sendiri. Perhatian ditujukan pada kenyataan keadaan diri sendiri tentang fisik, individual, dan moral-etik. Jenis adaptasi ini menekankan pada integritas psikis, yaitu

kebutuhan untuk mengetahui siapa supaya seseorang dapat bertahan dengan gangguan integritas yang dialami. Konsep diri diartikan sebagai suatu kepercayaan dan perasaan yang dimiliki seseorang tentang dirinya. Konsep diri juga merupakan persepsi individu tentang fisik dan personality. Konsep diri fisik meliputi sensasi tubuh dan gambaran tubuh, sedangkan konsep diri personal meliputi konsistensi, ideal diri, dan moral-etik-spiritual (Andrews, 1991). Konsistensi diri adalah berusaha untuk mempertahankan konsistensi organisasi diri dan menghindari ketidakseimbangan. Ideal diri adalah pandangan individu tentang apa dan tentang pada dirinya. Sedangkan moral-etik-spiritual diri meliputi sistem kepercayaan dan evaluasi seseorang tentang siapa, apa, dan bagaimana harus berperilaku di masyarakat.

Manifestasi penggunaan *coping style* yang tidak efektif, meliputi; (1) menyalahkan diri sendiri, (2) menghindar, dan (3) pasrah (tanpa adanya upaya menyelesaikan masalah).

3. Fungsi peran (Sosial)

Fungsi peran mengidentifikasi tentang pola interaksi sosial seseorang berhubungan dengan orang lain akibat dari peran ganda. Fungsi dari peran menekankan pada kebutuhan untuk mengetahui bagaimana seseorang berhubungan dengan orang lain supaya dia bisa bertindak. Peran dipandang sebagai suatu kesatuan dari sosial, dimana setiap peran selalu ada dalam berhubungan dengan orang lain (Andrews, 1991).

Peran dapat diklasifikasikan menjadi 3, yaitu peran utama, peran sekunder dan peran tersier. Peran utama menentukan kegiatan seseorang yang dilakukan hampir dalam kehidupannya. Peran tersebut ditentukan oleh umur, jenis kelamin, dan tahap perkembangan seseorang. Peran sekunder adalah peran tambahan dalam menunjang peran utama. Peran sekunder pada umumnya peran yang dilakukan individu dalam memperoleh suatu prestasi atau penghargaan yang lebih tinggi dalam kehidupannya. Sedangkan peran tersier peran yang berhubungan dengan peran kedua dan upaya individu dalam memenuhi kewajibannya. Peran tersier tersebut biasanya sementara, secara bebas dipilih oleh individu dan mungkin meliputi kegiatan perkumpulan atau hobi.

Gangguan sosial yang ditunjukkan menurut (Pearlin & Anehensel, 1986) adalah (1) emosi yang labil (terisolasi, tidak diperhatikan, dan tidak dihargai), (2) kecemasan (sakitnya, keluarga – orang lain, peran, biaya) dan (3) gangguan interaksi sosial.

4. Interdependen

Interdependen mengidentifikasi pola nilai-nilai manusia, kehangatan, cinta dan rasa memiliki. Proses tersebut terjadi melalui hubungan interpersonal terhadap individu maupun kelompok. Menurut Andrews & Roy (1991) jenis adaptasi interdependen yang utama adalah perasaan aman dalam berhubungan. Perasaan berharga bagi orang lain dan adanya sistem dukungan yang konstruktif dalam lingkungan sekitarnya.

Meskipun dari keempat jenis adaptasi dijelaskan secara terpisah, tetapi keempat jenis model adaptasi tersebut berhubungan satu dengan yang lainnya. Masalah keperawatan psikososial berhubungan dengan respons imunitas. Menurut hasil penelitian yang saya lakukan pada pasien HIV, pasien yang mengalami distress psikologis dan sosial berhubungan dengan penurunan jumlah CD4, aktivasi IFN- γ , dan Anti-HIV.

PROCESS

Membangun *Coping Style* yang Positif (Intervensi = Perencanaan dan Pelaksanaan)

Kita semua sudah hafal dan ahli bahwa intervensi yang diberikan oleh perawat memiliki 4 jenis (PERMENKES R.I 1239/2001), meliputi (1) observasi; (2) tindakan independen, (3) edukasi, dan (4)

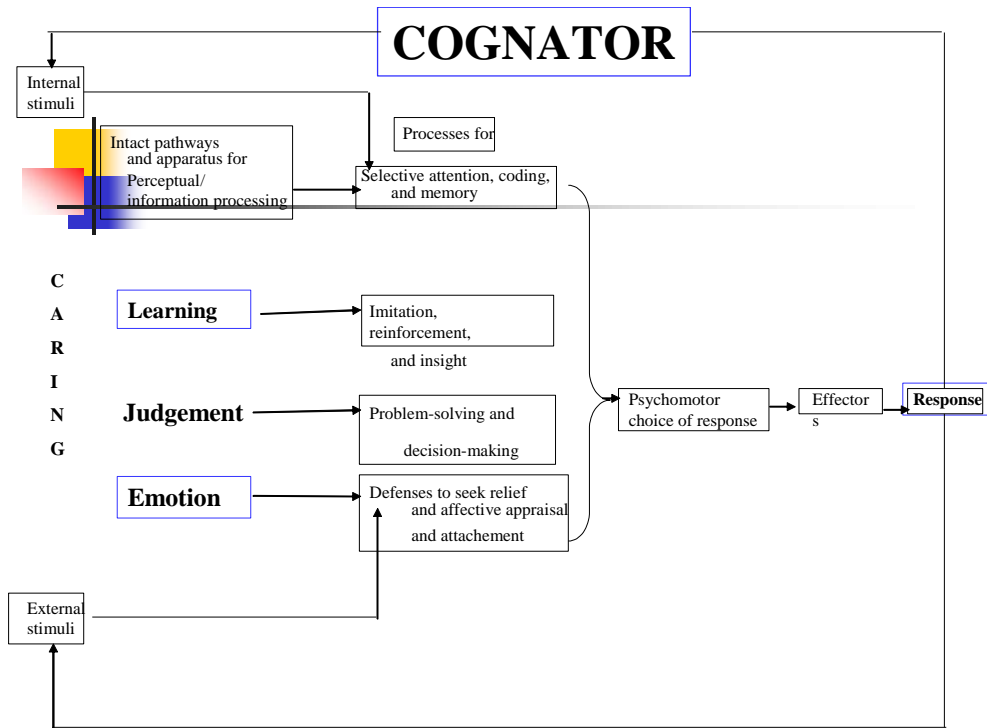
kolaborasi. Dimana letak ilmiah tindakan yang diberikan? Dimana fokus utama intervensi yang harus dilakukan perawat secara otonomi (berbeda dgn profesi kesehatan lain)? Letak ilmiah intervensi keperawatan menurut saya harus dapat dipertanggung jawabkan secara ilmiah juga yang didasarkan pada prinsip kebenaran “koherensi: runtut dengan ilmu-ilmu sebelumnya”. Hal ini dapat saya jelaskan dengan paradigma PNI sebagai berikut.

Mekanisme efek intervensi keperawatan adalah sebagai berikut: Pertama kali efek stresor adalah stimuli yang menimbulkan stres (stressor dan stres tidak selalu dikonotasikan negatif). Stres mempunyai triad, yaitu aktivasi, resisten (adaptasi), dan ekshausi. Jadi stressor merupakan stimuli yang menyebabkan aktivasi, resisten (adaptasi), dan ekshausi. Sinyal stres dirambatkan mulai dari sel di otak (hipotalamus dan pituitari), sel di adrenal (korteks dan medula), yang akhirnya disampaikan ke sel imun. Tingkat stres yang terjadi pada jenis dan subset sel imun akan menentukan kualitas modulasi imunitas, baik alami maupun adaptif.

Pandangan Roy tentang intervensi keperawatan

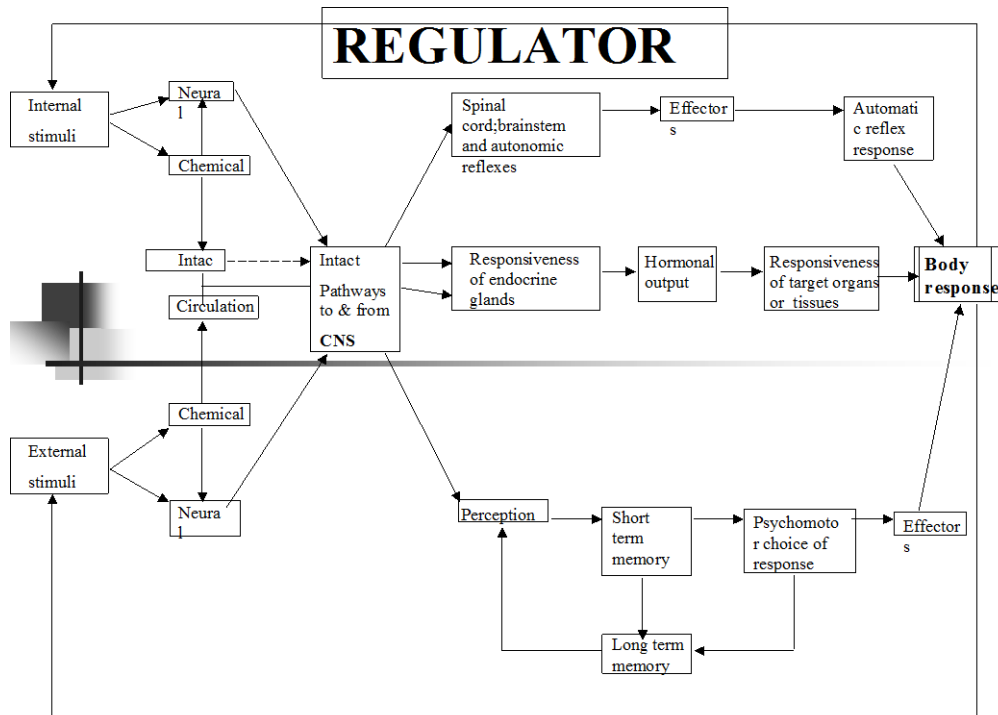
Roy mendefinisikan bahwa tujuan intervensi keperawatan adalah meningkatkan respons adaptif berhubungan dengan 4 jenis respons. “ *nursing aims is to increase the person’s adaptive response and to decrease ineffective responses (Roy, 1984: 37)*. Perubahan internal dan eksternal dan stimulus input tergantung dari kondisi coping individu. Kondisi coping seseorang atau keadaan coping seseorang merupakan tingkat adaptasi seseorang. Tingkat adaptasi seseorang akan ditentukan oleh stimulus *focal, contextual, dan residual*. *Focal* adalah suatu respons yang diberikan secara langsung terhadap ancaman / input yang masuk. Penggunaan *focal* pada umumnya tergantung tingkat perubahan yang berdampak terhadap seseorang. *Stimulus contextual* adalah semua stimulus lain seseorang baik internal maupun eksternal yang mempengaruhi situasi dan dapat diobservasi, diukur, dan secara subyektif disampaikan oleh individu. *Stimulus residual* adalah karakteristik / riwayat dari seseorang yang ada dan timbul relevan dengan situasi yang dihadapi tetapi sulit diukur secara obyektif.

Roy menggunakan istilah mekanisme coping untuk menjelaskan proses kontrol dari individu sebagai suatu sistem adaptasi. Beberapa mekanisme coping adalah *genetik*, misalnya sel-sel darah putih dalam melawan bakteri yang masuk dalam tubuh. Mekanisme lainnya adalah dipelajari, misalnya respons humoral akibat distress psikologis. Roy menekankan ilmu keperawatan yang unik berperan untuk mengontrol mekanisme tersebut dinamakan *regulator dan cognator*, seperti pada gambar 1 dan 2.



Gambar 1 Sistem *Cognator* (Fitzpatrick, 1989)

Sistem *cognator*. Stimulus terhadap subsistem *cognator* juga berasal dari faktor internal dan eksternal. Perilaku output subsistem regulator dapat sebagai umpan balik terhadap stimulus subsistem *cognator*. Proses kontrol *cognator* berhubungan dengan fungsi otak yang tinggi terhadap persepsi atau proses informasi, pengambilan keputusan, dan emosi. Persepsi proses informasi juga berhubungan dengan seleksi perhatian, kode, ingatan. Belajar adalah berhubungan dengan proses imitasi / meniru, reinforcement, dan didalamnya. Penyelesaian masalah dan pengambilan keputusan merupakan proses internal yang berhubungan dengan keputusan, dan khususnya emosi untuk mencari kesembuhan, dukungan yang efektif dan kebersamaan. Fokus intervensi keperawatan pada subsistem *cognator* adalah *learning proses* dalam membangun *coping style* yang positif.



Gambar 2: Sistem Regulator (Fitzpatrick, 1989)

Subsistem *regulator* mempunyai sistem komponen *input*, *proses internal*, dan *output*. Stimulus input berasal dari dalam atau luar individu. Perantara sistem regulator dinamakan kimiawi, saraf atau endokrin. Reflek otonomik, sebagai respons neural berasal dari batang otak dan spinal cord, diartikan sebagai suatu perilaku output dari sistem regulasi. Organ target (*endocrine*) dan jaringan dibawah kontrol endokrin juga memproduksi perilaku output *regulator*, yaitu terjadinya peningkatan ACTH kemudian diikuti peningkatan kadar kortisol darah. Banyak proses fisiologis dapat diartikan sebagai perilaku subsistem *regulator*. Misalnya, *regulator* tentang respirasi. Dimana pada sistem ini akan terjadi peningkatan oksigen, akhir produksi adalah metabolisme, yang akan merangsang kemoreseptor pada medulla untuk meningkatkan *respiratory rate*. Stimulasi yang kuat pada pusat tersebut akan meningkatkan ventilasi lebih dari 6 – 7 kali. Contoh proses *regulator* tersebut terjadi ketika stimulus external divisualisasikan dan ditransfer melalui saraf mata menuju pusat saraf otak dan pada bagian bawah pusat saraf otonomik. Saraf simpatetik dari bagian ini mempunyai dampak yang bervariasi pada viseral, termasuk peningkatan tekanan darah dan *heart rate*.

Dalam mempertahankan integritas seseorang, *regulator* dan *cognator* bekerja secara bersamaan. Tingkat adaptasi seseorang sebagai suatu sistem adaptasi dipengaruhi oleh perkembangan individu dan penggunaan mekanisme koping. Penggunaan mekanisme koping yang maksimal akan berdampak positif terhadap tingkat adaptasi individu dan meningkatkan tingkatan rangsangan.

OUTPUT - EFFECTOR (Evaluasi)– Respons Imunitas

Efek (*output*) akhir dari asuhan keperawatan adalah adaptif atau mal-adaptif, yaitu peningkatan modulasi respons imun, yang dapat dijelaskan sebagai berikut: Intervensi yang diberikan akan menghasilkan *Triple S* yang banyak digunakan untuk merambatkan sinyal, antara lain CRH, AVP, POMC, prodynorphin, ACTH, EPI, NE, glukokortikoid atau secara makro meliputi neurohormonal, sitokin, dan reseptor atau *ligand* nya serta substansi imunologis lain yang digunakan untuk menghantarkan sinyal (Lorton, 2001). Keseimbangan sel *Thelper* (Th)1 dan Th2 dipengaruhi oleh glukokortikoid. Berbagai cara yang dilalui glukokortikoid dalam memodulasi sel Th, yaitu menginduksi apoptosis, inaktivasi NF-kB yang merupakan promoter sitokin, menghambat transkripsi gen IL-2 dan *downregulation* ekspresi *Major Histocompatibility*

Complex (MHC) II, menekan produksi IL-2 dan INF- γ , dan sementara itu glukokortikoid meningkatkan produksi IL-4. Penelitian Jian pada tahun 1990, Zwillig, 1990 dan Sonnenfeld tahun 1992, semakin menguatkan bahwa aktivasi aksis HPA (*Hypothalamus – Pituitary – Adrenal*) sebagai bentuk respons terhadap stresor menekan ekspresi MHC II. Penekanan MHC II akan menghambat aktivasi APC dalam mengenali antigen yang masuk di permukaan sel. Keadaan tersebut berdampak terhadap kinerja dari T-*helper* dalam menghasilkan CD4 dan CD8 yang akhirnya kemampuan NK-cell, IFN- γ , TNF- α untuk melawan virus dan bakteri menurun. Sehingga pasien akan mengalami keterlambatan dalam penyembuhan.

Indikator keberhasilan respons imun mempunyai akurasi obyektivitas terhadap penilaian, tetapi biaya dan peralatan menjadi kendala. Menurut pandangan saya, indikator respons biologis yang lainnya seperti tingkat sistem dan organ bisa dipergunakan sebagai penteraan terhadap respons psikososial.

KESIMPULAN

Proses keperawatan yang didasarkan pada paradigma model Adaptasi dari Roy dan PNI mempunyai kerangka berpikir kritis yang dapat dipertanggungjawabkan kebenarannya secara koherensi. Sakit terjadi jika individu tidak mampu beradaptasi secara holistik dari stresor yang didapatkan. Intervensi keperawatan bertujuan sebagai stimulus terhadap stres (sakit) yang berperan memperbaiki *coping style (cognator)* individu melalui *learning process*. Perbaikan respons cogantor berpengaruh terhadap sistem hormonal yang dirambatkan melalui mekanisme HPA-Axis mempunyai efek terhadap respons imunitas (Th) dalam Roy disebut *regulator*.

DAFTAR PUSTAKA(tambahan)

- Ader, R. Felten, D.L. & Cohen N. 1991. **Psychoneuroimmunology**. 2nd. Edn. San Diago: Academic Pres. INC. pp. 1081-1113
- Ader R., 1991. **The Influence of Conditioning on Immune Response**. 2nd. ed. San Diego: Academic Press Inc, pp. 661
- Ader, R. Felten, D.L. & Cohen N. 2001. **Psychoneuroimmunology**. 3rd . Edn. San Diago: Academic Pres. INC. pp. 583-612
- Apasou SG & Sitkorsy MV .1999, **T-cell-mediated Immunity in principles of Immuno Pharmacology**. Basel Birkhansen Verlag: Painhane MJ. Black, JM & Mataassarini-Jacobs, E (1993). Medical – Surgical Nursing. A Psychophysiologic Approach. 4th ed. Philadelphia: W.B. Saunders Co.
- Carpenito L.J, 2000. **Nursing Diagnosis Approach to Clinical Practice** 8th edition. Philadelphia: Lippincott.
- Doenges. 2000. Penerapan **Proses Keperawatan dan Diagnosa Keperawatan** edisi 2. Jakarta: EGC.
- Clancy, J. (1998). **Basic Concept in Immunology: Student's survival guide**. New York: The McGraw-Hill Companies.
- NANDA. 2003. **Nursing Diagnosis: Definition and Classification**. Philadelphia: NANDA International
- Nursalam. 2008. **Proses dan Dokumentasi Keperawatan Konsep dan Praktik**.Edisi 2 Jakarta: Salemba Medika
- Nursalam. 2003, **Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawata**: Edisi 2. Jakarta: Salemba Medik, hal. 13 -26
- Nursalam. 2005. **Efek Model PAKAR terhadap Perbaikan Respons Kognisi dan Biologis**. Disertasi. Program Pasca Sarjana. Universitas Airlangga.
- Putra ST 1999. **Konsep Psikoneuroimunologi dan Kontribusinya pada pengembangan IPTEKDOK**. Makalah. Surabaya: GRAMIK FK UNAIR. Pp. 3 – 5
- Ronaldson S 2000. **Spirituality**. The Heart of Nursing. Melbourne: Ausmed Publications. Pp. 5 – 23
- Stewart G. 1997, **Managing HIV**. Sydney: MJA Published. Pp.: 17 –21; 42 – 44
- Yuni Supartini. 2000. **Berpikir Kritis dalam Keperawatan**. **Majalah Keperawatan Bina Sehat PPNI**. Edisi Mei-Juli 03/BS/PPNI/2000

Format: PENGKAJIAN – CREATED BY NURSALAM

A. PENGKAJIAN DATA DASAR & FOKUS

| | | | |
|----------------|---|-----------|---|
| Pengkajian tgl | : | Jam | : |
| Tanggal MRS | : | NO. RM | : |
| Ruang/Kelas | : | Dx. Masuk | : |

| | | | | | | |
|------------------------------------|---|---------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|------------------------------|-----------------------------|
| Identitas | Nama | : | Jenis Kelamin | : | L/P | |
| | Umur | : | Status Perkawinan | : | | |
| | Agama | : | Penanggung Biaya | : | | |
| | Pendidikan | : | | | | |
| | Pekerjaan | : | | | | |
| | Suku/Bangsa | : | | | | |
| | Alamat | : | | | | |
| Riwayat Sakit dan Kesehatan | Keluhan utama : | | | | | |
| | Riwayat penyakit saat ini : | | | | | |
| | Penyakit yang pernah diderita : | | | | | |
| | Penyakit yang pernah diderita keluarga: | | | | | |
| | Riwayat alergi: <input type="radio"/> ya <input type="radio"/> tidak Jelaskan : | | | | | |
| ROS | Observasi & Pemeriksaan Fisik (ROS: Review of System) | | | | | |
| | Keadaan Umum: | | <input type="radio"/> baik | <input type="radio"/> sedang | <input type="radio"/> lemah | Kesadaran: |
| Pernafasan B1 (Breath) | Tanda vital | TD: | Nadi: | Suhu Badan: | RR: | |
| | Pola nafas | irama: | <input type="radio"/> Teratur | <input type="radio"/> Tidak teratur | | |
| | Jenis | <input type="radio"/> Dispnoe | <input type="radio"/> Kusmaul | <input type="radio"/> Ceyne Stokes | Lain-lain: | |
| | Suara nafas: | <input type="radio"/> vesikuler | <input type="radio"/> Stridor | <input type="radio"/> Wheezing | <input type="radio"/> Ronchi | Lain-lain: |
| | Sesak nafas | <input type="radio"/> Ya | <input type="radio"/> Tidak | <input type="radio"/> Batuk | <input type="radio"/> Ya | <input type="radio"/> Tidak |
| | Masalah: | | | | | |

| | |
|------------------------------|---|
| Psiko-sosio-spiritual | Orang yang paling dekat: Hubungan dengan teman dan lingkungan sekitar: Kegiatan ibadah: Konsep Diri: |
| | Masalah: |
| | Data penunjang (Lab, Foto, USG, dll) |
| | Terapi: |
| | |
| | Surabaya Ners (.....) |

B. DIAGNOSIS KEPERAWATAN

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.

Perawat Primer

Surabaya,
Pengambil Data

**PETUNJUK TEKNIS PENGISIAN
LEMBAR REGISTRASI (DMK 1)**

1. Nama: diisi nama pasien lengkap dan jelas.
2. No RM: diisi nomor rekam medis pasien.

**PETUNJUK TEKNIS PENGISIAN
LEMBAR MASUK DAN KE LUAR RUMAH SAKIT (DMK 2)**

1. Pengisian nomer register, nomer RM, nama pasien, jenis kelamin, umur, alamat, status perkawinan, suku / bangsa, pendidikan terakhir, pekerjaan, nama orang tua / suami diisi sesuai pada waktu pengkajian.
2. Pengisian alamat yang dapat dihubungi, nama, alamat / telepon, hubungan diisi sesuai pada waktu pengkajian.
3. Pengisian tanggal, jam MRS, KRS, diagnosa medis, dokter yang merawat dan kelengkapan dokumen diisi sesuai pada waktu pengkajian.

**PETUNJUK TEKNIS PENGISIAN
FORMAT PENGKAJIAN (DMK 3)**

1. Pengisian tanggal pengkajian dan MRS, jam masuk ruangan, no register, diagnosa medis, serta ruang kelas.
2. Identitas diisi sesuai identitas klien, informasi identitas klien atau keterangan lainnya berdasarkan keterangan dari klien / keluarga / catatan lain.
3. Riwayat penyakit saat ini:
Keluhan utama: keluhan saat pertama kali mengkaji (data baru)
Klien MRS, tanyakan keluhan / hal yang menjadi sebab utamaklien atau alasan klien datang ke rumah sakit.
4. Riwayat penyakit yang pernah diderita:
Ditanyakan tentang riwayat penyakit yang pernah dialami, seperti penyakit kronis, menular, riwayat alergi.
5. Riwayat penyakit keluarga:
Dikaji tentang riwayat penyakit yang pernah dialami oleh keluarga.
6. Pengkajian fisik, PENDEKATAN ROS (REVIEW of SYSTEM)
 - a. **Keadaan umum dan tanda vital**
Observasi tanda vital meliputi: Suhu, Nadi, Pernapasan, tekanan darah
 - b. **Sistem pernapasan (B1-BREATH)**
Dikaji tentang keluhan sesak, batuk, nyeri, keteraturan irama napas, jenis pernapasan, penggunaan alat bantu pernapasan (oksigen). Jika ada keluhan, data penunjang ditulis dalam kolom lain – lain. Kolom masalah diisi dengan masalah yang ditemukan.
 - c. **sistem kardiovaskuler (B2-BLOOD)**
Dikaji adanya keluhan nyeri dada, suara jantung (S1 / S2, irama, bunyi jantung bawaan), pengukuran capillary refile time (CRT normal < 3 detik, tidak normal > 3 detik). Kolom masalah diisi dengan masalah yang ditemukan.
 - d. **Sistem persarafan (B3 - BRAIN)**
Dikaji jumlah GCS, reflek fisiologis dan patologis, istirahat / tidur, jika ada keluhan, data penunjang ditulis dalam kolom lain – lain. Kolom masalah diisi dengan masalah yang ditemukan.
Sistem penginderaan
Mata: dikaji pupil isokor / anisokor, sklera ikterus / tidak, konjungtiva anemis / tidak, jika ada keluhan, data penunjang ditulis dalam kolom lain – lain.

Pendengaran / telinga: dikaji apakah ada gangguan pendengaran / tidak, jika ada keluhan, data penunjang ditulis dalam kolom lain – lain.

Penciuman / hidung: dikaji bentuk, apa ada gangguan penciuman / tidak, jika ada keluhan, data penunjang ditulis dalam kolom lain – lain. Kolom masalah diisi dengan masalah yang ditemukan.

e. Sistem perkemihan (B4-BLADDER)

Dikaji kebersihan, jumlah, warna, bau, penggunaan kateter, kandung kencing membesar / tidak, nyeri tekan / tidak, adakah gangguan dalam berkemih, jika ada keluhan, data penunjang ditulis dalam kolom lain – lain. Kolom masalah diisi dengan masalah yang ditemukan.

f. Sistem pencernaan (B5 – BOWEL)

Dikaji tentang nafsu makan, frekuensi, porsi, jumlah, jenis, dikaji juga mulut dan tenggorok. Pada abdomen dikaji ketegangan, nyeri tekan, lokasi, kembung, asites, peristaltik usus, pembesaran hepar, lien, konsistensi BAB, frekuensi, bau dan warna, jika ada keluhan, data penunjang ditulis dalam kolom lain – lain. Kolom masalah diisi dengan masalah yang ditemukan.

g. Sistem muskuloskeletal dan integument (B6-BONE)

Dikaji tentang kemampuan pergerakan sendi, kekuatan otot, warna kulit, turgor, edema, jika ada keluhan, data penunjang ditulis dalam kolom lain – lain. Kolom masalah diisi dengan masalah yang ditemukan.

h. Sistem endokrin

Dikaji kelenjar tiroid membesar / tidak, hyperglikemi, hypoglikemi, luka ganggren, ada pus / tidak, jika ada keluhan, data penunjang ditulis dalam kolom lain – lain. Kolom masalah diisi dengan masalah yang ditemukan.

i. Personal hygiene

Ditanyakan frekuensi mandi, keramas, ganti pakaian, sikat gigi, dan memotong kuku, jika ada keluhan, data penunjang ditulis dalam kolom lain – lain. Kolom masalah diisi dengan masalah yang ditemukan.

7. Pengkajian psikososial spiritual:

Dikaji orang yang paling dekat, hubungan dengan teman, dan lingkungan sekitar dan kegiatan ibadah, jika ada keluhan, data penunjang ditulis dalam kolom lain – lain. Kolom masalah diisi dengan masalah yang ditemukan.

8. Data penunjang

Didokumentasikan tentang hasil dari pemeriksaan penunjang (laboratorium, hasil foto: USG, dll).

9. Terapi

Diisi nama obat yang didapat, dosis, dan cara pemberian.

10. Daftar Diagnosis keperawatan

Diisi masalah keperawatan yang ditemukan pada pengkajian.

PETUNJUK TEKNIS PENGISIAN

FORMAT CATATAN KEPERAWATAN – MODEL PIE (DMK 6)

1. Pengisian nama, umur, nomer register, hari / tanggal diisi sesuai pada waktu pengkajian.
2. Problem: diisi diagnosa keperawatan, tujuan, dan kriteria hasil.
3. Intervensi: diisi rencana tindakan keperawatan.
4. Evaluasi meliputi:
 - a. Jam: diisi pada saat melakukan tindakan keperawatan.
 - b. Dinas pagi, sore dan malam: diisi SOAPI.
 - c. Paraf: diisi oleh perawat yang dinas pada saat itu.

**PETUNJUK TEKNIS PENGISIAN
FORMAT GRAFIK TANDA – TANDA VITAL (DMK 7)**

1. Pengisian tanggal, nadi, suhu: diisi berbentuk grafik dengan nadi berwarna merah, dan suhu berwarna biru.
2. BAB: diisi frekuensi, konsistensi, dan jumlah.
3. Jumlah urine: diisi dalam mili liter.
4. Balance: diisi jumlah masukan cairan dalam mili liter.
5. Drain: diisi jumlah cairan (darah, pus) yang ke luar.
6. Berat badan: jelas.
7. Tensi basal: diisi tensi pada saat pagi hari jam 05.00 wib.
8. Tensi sore: diisi tensi pada saat sore hari jam 18.00 wib.

**PETUNJUK TEKNIS PENGISIAN
FORMAT TINDAKAN KEPERAWATAN (DMK 8)**

- PENULISAN TINDAKAN KEPERAWATAN DITULIS SECARAN SINGKAT (TANPA MENAMBAHKAN JENIS TINDAKAN, MISALKAN MENGAJARKAN, MELAKUKAN, DLL)

1. Pengisian nama, nomer RM, ruangan, kamar, dan tanggal: jelas.
2. Pengisian jam, nadi, suhu aksila / rektal, tensi, dan respirasi: jelas.
3. CVP: diisi hasil dari tekanan vena sentral.
4. GCS: diisi tingkat kuantitas kesadaran.
5. Pupil / RC: diisi reflek pupil terhadap cahaya.
6. Ured: diisi hasil dari urine reduksi.
7. Infus: diisi jenis infus yang dipakai.
8. Cairan masuk meliputi:
 - a. Parenteral:
 - 1) Infus: diisi jumlah cairan yang masuk.
 - 2) Injeksi: diisi jumlah cairan yang masuk.
 - b. Oral: diisi jumlah minuman yang masuk.
9. Cairan ke luar meliputi:
 - a. Muntah: diisi jumlah yang dimuntahkan.
 - b. NGT: diisi jumlah cairan lambung yang ke luar.
 - c. BAK dan BAB: jelas.
 - d. WSD / Drain: diisi jumlah cairan thorak yang ke luar.
10. Jam: jelas.
11. Keistimewaan / tindakan: diisi tindakan khusus mandiri perawat dan kolaborasi.
12. Nama: diisi nama perawat yang melakukan tindakan.