

**BAB II****TINJAUAN PUSTAKA****2.1 Proses Keperawatan****2.1.1 Definisi Proses Keperawatan**

Proses keperawatan merupakan suatu langkah yang sistematis merupakan subproses yang saling melengkapi dan berkelanjutan bertujuan untuk mengidentifikasi masalah kesehatan serta kebutuhan kesehatan yang dimiliki pasien baik yang bersifat aktual maupun potensial yang selanjutnya akan dilakukan penyusunan rencana dan memberikan intervensi keperawatan sesuai dengan yang dibutuhkan. Adapun pasien dapat bersifat individu, keluarga maupun kelompok (Barbara, Kozier *et al.* 2010).

**2.1.2 Langkah-Langkah Proses Keperawatan**

Proses keperawatan terdiri dari beberapa fase yaitu pengkajian, diagnosis, perencanaan, implementasi dan evaluasi. Adapun setiap fase pada proses keperawatan ini mempengaruhi fase lain dengan kata lain fase-fase tersebut saling berhubungan.

**a. Pengkajian**

Pengkajian merupakan suatu langkah awal yang bertujuan untuk melakukan pengumpulan, pengaturan, validasi dan dokumentasi data atau informasi yang didapatkan secara berkesinambungan dan sistematis. pengumpulan data pada pengkajian ini diambil dari berbagai sumber data sebagai dasar utama dalam melakukan asuhan keperawatan sesuai dengan apa yang dibutuhkan pasien (Barbara, Kozier *et al.* 2010).

Pengkajian yang akurat, lengkap, sesuai dengan kenyataan, kebenaran data sangat penting dalam merumuskan diagnosa keperawatan dan memberikan intervensi sesuai dengan apa yang dibutuhkan individu dan sesuai dengan apa yang telah ditentukan oleh standar praktik keperawatan ANA (*American Nursing Association*) (Nursalaml, 2001)

#### b. Diagnosis

Diagnosis merupakan suatu langkah yang dilakukan setelah dilakukannya pengumpulan data yang sistematis dan menyeluruh, dimana diagnosis keperawatan juga menjelaskan adanya gangguan kesehatan, faktor resiko dan peningkatan kesehatan personal (Barbara, Kozier *et al.* 2010). Diagnosis juga sering diartikan sebagai suatu kesimpulan yang diambil dari data yang telah dikumpulkan pada pengkajian, dimana diagnosa ini dapat berfungsi sebagai alat untuk menggambarkan masalah pasien dan langkah yang harus dilakukan oleh perawat (Doengoes, Marilyn E. 1998). Menurut Nursalam (2001) langkah-langkah dalam diagnosa keperawatan dapat dibedakan menjadi klasifikasi dan analisa data, interpretasi data, validasi data, dan permusuan diagnosa keperawatan.

#### c. Perencanaan

Perencanaan merupakan proses keperawatan yang membutuhkan pertimbangan penuh dan sistematis untuk membuat keputusan dalam menyelesaikan masalah yang berpedoman kepada data pengkajian dan diagnosis dan bertujuan untuk menentukan intervensi apa yang harus dilakukan dalam mencegah, mengurangi atau menghilangkan masalah kesehatan yang dialami klien. Adapun bagian-bagian penting pada perencanaan adalah memprioritaskan masalah/diagnosis, merumuskan tujuan

atau hasil yang diharapkan, memilih intervensi keperawatan serta menuliskan program keperawatan (Barbara, Kozier *et al.* 2010).

d. Implementasi/pelaksanaan

Merupakan suatu langkah ketika perawat mengimplementasikan intervensi yang sudah direncanakan berdasarkan terminologi NIC yang bertujuan untuk mencapai tujuan yang spesifik, pada proses ini perawat melakukan tindakan dan melakukan pendokumentasian atas tindakan yang sudah dilakukan kepada pasien (Barbara, Kozier *et al.* 2010).

Nursalam (2001) juga menjelaskan bahwa tujuan dari implementasi atau pelaksanaan adalah untuk membantu klien mencapai tujuan yang telah ditetapkan pada perencanaan dan selama tahap pelaksanaan perawat harus melakukan pengumpulan data serta memilih tindakan yang paling sesuai dengan kebutuhan pasien dan semua tindakan dicatat kedalam suatu bentuk laporan formal yang telah ditetapkan oleh institusi.

e. Evaluasi

Evaluasi merupakan suatu langkah intelektual yang dilakukan oleh perawat guna melengkapi proses keperawatan dan bentuk evaluasi dari seberapa jauh diagnosa keperawatan, rencana tindakan, dan pelaksanaan apakah sudah berhasil dilakukan. Pada tahap evaluasi ini juga perawat dapat memonitor kesalahan yang terjadi selama pengkajian, analisa, perencanaan dan pelaksanaan tindakan (Ignatavicius&bayne, 1994 dalam nursalam 2001).

## 2.2 Diagnosa Keperawatan NANDA

### 2.2.1 Definisi Diagnosa Keperawatan

Capernito (2000) dalam Nursalam (2001) menjelaskan bahwa yang dimaksud dengan diagnosa keperawatan adalah suatu pernyataan yang dapat menjelaskan status kesehatan manusia baik individu maupun kelompok dimana perawat harus mampu mengidentifikasi dan memberikan intervensi secara pasti dan sesuai dengan kebutuhan pasien untuk meningkatkan status kesehatan pasien.

Menurut Gardon (1976) dalam Nursalam (2001) yang dimaksud dengan diagnosa keperawatan adalah “masalah kesehatan actual dan potensial dimana berdasarkan pendidikan dan pengalamannya, dia mampu untuk mempunyai kewenangan untuk memberikan tindakan keperawatan”. Adapun kewenangan yang diberikan berdasarkan standar yang ada dan telah disetujui oleh etik keperawatan.

NANDA juga menyatakan bahwa diagnosa keperawatan merupakan “keputusan klinik tentang respon individu, keluarga dan masyarakat tentang masalah kesehatan actual ataupun potensial sebagai dasar seleksi intervensi keperawatan untuk mencapai tujuan asuhan keperawatan sesuai dengan kewenangan perawat”. Adapun diagnosa yang diangkat harus didukung oleh data yang ada dan pada NANDA disebut sebagai “definisi karakteristik”. Adapun definisi karakteristik biasa disebut dengan “tanda dan gejala”, yang mana tanda merupakan suatu yang dapat dilihat dan gejala merupakan apa yang dirasakan oleh klien (Nursalan,2001). Pada diagnosa keperawatan NANDA tahun 201-2014 terdapat 13 domain, 47 kelas dan 221 diagnosa.

Webster, 2009 ( dalam Herdman, 2012:83) Taksonomi II NANDA memiliki tiga level yaitu :

a. Domain

Domain adalah bidang pengetahuan, pengaruh atau minat. Terdapat 13 domain dalam Taksonomi II NANDA, yakni: promosi kesehatan, nutrisi, eliminasi/pertukaran, aktivitas/istirahat, persepsi/kognitif, persepsi diri, hubungan peran, seksualitas, koping/toleransi stress, prinsip hidup, keamanan atau perlindungan, kenyamanan, dan pertumbuhan/perkembangan.

b. Kelas

Kelas adalah sekelompok, sekumpulan, atau sejenis aspek yang sering dibagi-bagi. Terdapat 47 kelas dalam Taksonomi II NANDA ini.

c. Diagnosis Keperawatan

Saat ini sudah terdapat kurang lebih 200 diagnosa keperawatan dalam NANDA 2012-2014

### 2.2.2 Tujuan Diagnosa Keperawatan

- a. Masalah dimana adanya respon klien terhadap status kesehatan atau penyakit
- b. Faktor-faktor yang menunjang atau menyebabkan suatu masalah (*etiologies*)
- c. Kemampuan klien untuk mencegah atau menyelesaikan masalah. (Nursalam, 2001:36)

### 2.2.3 Manfaat Diagnosa Keperawatan NANDA

Menurut Doenges (2000), ada beberapa manfaat diagnosa keperawatan NANDA yaitu :

a. Memberikan bahasa yang umum bagi perawat

Terjadi peningkatan komunikasi yang lebih baik diantara perawata, antara shift unit, penyedia perawatan kesehatan lain dan lingkungan perawatan yang berbeda-beda. Meningkatkan identifikasi tujuan yang tepat, membantu dalam memilih intervensi keperawatan yang benar untuk mengatasi masalah/kebutuhan yang telah diidentifikasi dan memberikan pedoman untuk evaluasi

b. Memberikan informasi yang tajam

Mengurutkan sejumlah pekerjaan yang memerlukan asuhan keperawatan dan dapat berfungsi sebagai dasar untuk system klasifikasi pasien, menentukan kebutuhan staf dan sebagai dokumentasi untuk memberikan justifikasi pembayaran

c. Dapat menciptakan standar untuk praktek keperawatan

Memberikan pondasi untuk program jaminan kualitas, alat untuk mengevaluasi praktek keperawatan dan suatu mekanisme untuk menghitung biaya asuhan keperawatan yang diberikan

d. Memberi dasar peningkatan kualitas

Para klinis, administrator, pendidik dan para peneliti dapat mencatat, memvalidasi atau mengubah proses pemberian perawata yang kemudian akan memajukan profesi keperawatan

#### 2.2.4 Tipe Diagnosa Keperawatan NANDA

Ada 5 tipe diagnosis keperawatan yang digambarkan oleh Barbara, Kozier *et al* (2010) dalam bukunya yang terdiri dari diagnosis keperawatan actual, resiko, sejahtera, kemungkinan dan sindrom

##### a. Diagnosa aktual

Masalah diagnosa aktual menggambarkan penilaian klinis yang harus divalidasi karena memiliki batasan karakteristik mayor (Moyet, Carpenito, & Juall, Lynda. 2006) sedangkan menurut Barbara, Kozier *et al.* (2010) diagnosa aktual merupakan masalah utama atau nyata yang ada pada pengkajian dan sesuai dengan data klink yang ada, diagnosa aktual ditegakkan berdasarkan pada tanda dan gejala yang berkaitan. Contohnya adalah ketidakefektifan pola nafas, kekurangan volume cairan, dan ansietas (Barbara, Kozier *et al.* 2010). Adapun syarat dalam menegakkan diagnosa aktual yaitu harus adanya unsur PES salah satunya adalah *symptom* yang mana harus memenuhi 80%-100% kriteria mayor dan sebagian dari kriteria minor yang ada pada pedoman NANDA (Nursalam, 2001)

##### b. Diagnosa resiko

Diagnosa resiko merupakan suatu diagnosa yang ditegakkan ketika tidak adanya masalah tetapi pasien memiliki resiko tinggi untuk terkena masalah tersebut dan akan terjadi ketika tidak dilakukannya intervensi. Contohnya adalah ketika seseorang masuk rumah sakit maka akan memungkinkan dia terkena infeksi namun, pada pasien dengan diabetes karena mengalami penurunan imun akan lebih beresiko mengalami infeksi. Ditegakkannya diagnosa resiko infeksi merupakan suatu langkah yang tepat yang menggambarkan kondisi pasien (Barbara, Kozier *et al.* 2010).

Sedangkan Moyet, Carpenito, & Juall, Lynda. (2006) berpendapat diagnosis keperawatan resiko merupakan diagnosis yang menggambarkan kondisi individu/kelompok yang lebih rentan terkena dari pada individu atau kelompok lain walaupun dalam kondisi yang sama.

Syarat yang harus dipenuhi dalam menegakkan diagnosa resiko keperawatan adalah harus adanya unsur PE (problem dan etiologi) adapun penggunaan resiko maupun resiko tinggi tergantung pada tingkat keparahan terhadap masalah (Nursalam, 2001)

#### c. Diagnosa sejahtera

Menurut NANDA International (2003) dalam Barbara, Koziar *et al.* (2010) Diagnosa sejahtera “menjelaskan respon manusia terhadap derajat kesehatan pada individu, keluarga atau masyarakat yang memiliki kesiapan untuk meningkatkan kondisi”. Contohnya adalah kesiapan untuk meningkatkan kesejahteraan spiritual dan kesiapan untuk peningkatan coping keluarga. Sedangkan menurut Moyet, Carpenito, & Juall, Lynda. (2006) diagnosis sejahtera merupakan suatu diagnosis yang dapat ditegakkan ketika individu, keluarga atau komunitas berada pada tingkat kesiapan menuju kesejahteraan yang lebih tinggi.

Adapun dua kunci yang harus ada untuk meningkatkan diagnosa sejahtera merupakan suatu yang menyenangkan pada tingkat kesejahteraan yang lebih tinggi dan adanya status dan fungsi yang efektif (Nursalam, 2001).



d. Diagnosa kemungkinan

Merupakan suatu diagnosa yang memerlukan data tambahan untuk memastikan adanya kemungkinan untuk menegakkan diagnosa tersebut dengan syarat adanya unsur respon (problem) dan faktor yang mungkin dapat menimbulkan masalah namun belum ada (Nursalam, 2001).

Sedangkan menurut Barbara, Kozier *et al.* (2010) dalam bukunya menyatakan yang dimaksud dengan diagnosa kemungkinan merupakan suatu diagnosis yang ditgakkan ketika tidak lengkap dan tidak jelasnya bukti masalah kesehatan serta membutuhkan lebih banyak data dalam mendukung maupun menyangkal. Seperti contoh ketika seorang janda masuk rumah sakit dan tidak adanya saudara yang mengunjungi namun ia merasa senang ketika berkomunikasi dengan perawat, maka perawat dapat menegakkan diagnosa kemungkinan isolasi sosial yang berhubungan dengan etiologi yang belum diketahui dan membutuhkan lebih banyak data.

e. Diagnosa sindrom

Moyet, Carpenito, & Juall, Lynda. (2006) menggambarkan bahwa diagnosa sindrom merupakan diagnosa yang ada karena situasi atau peristiwa tertentu yang mana terdiri dari diagnosa aktual dan resiko. Diagnosa sindrom merupakan suatu diagnosa yang dikatkan dengan dengan sekelompok diagnosa lain. Ada enam diagnosa yang terdaftar pada NANDA Internasional. Salah satu contohnya adalah resiko *diffuse syndrome* yang dialami oleh pasien *bedrest* jangka panjang. Adapun kelompok diagnosis yang dapat terkait dengan sindrom ini adalah hambatan mobilitas fisik, resiko kerusakan integritas jaringan, resiko intoleransi aktivitas, resiko konstipasi, resiko

infeksi, resiko cedera, resiko ketidakberdayaan, gangguan prtukaran gas dll. (Alfaroeffevre (1998) dalam Barbara, Kozier et al. (2010) .

Sedangkan Nursalam (2001) dalam bukunya menyatakan bahwa yang dimaksud dengan diagnosa keperawatan sindrom merupakan suatu diagnosa yang mana terdiri dari diagnosa aktual dan resiko tinggi yang diperkirakan akan muncul karena suatu situasi tertentu. Adapun manfaat diagnosa sindrom ini adalah dapat meningkatkan kewaspadaan perawat dan memerlukan keahlian perawat dalam melakukan pengkajian dan intervensi.

Pada buku diagnosis keperawatan NANDA 2012-2014 ada 5 jenis diagnosa keperawatan yaitu diagnosis keperawatan aktual, diagnosis keperawatan promosi kesehatan, diagnosis keperawatan resiko, sindrom , diagnosis keperawatan sejahtera dan tidak adanya diagnosis keperawatan kemungkinan. Sedangkan penjelasan mengenai diagnosis keperawatan promosi kesehatan adalah penilaian klinis mengenai motivasi seseorang, keluarga, kelompok atau komunitas dan keinginan untuk meningkatkan kesejahteraan serta mewujudkan potensi kesehatan manusia seperti yang dinyatakan dalam kesiapan untuk meningkatkan perilaku kesehatan khusus yang dapat digunakan pada setiap kondisi kesehatan. Syarat pengajuan diagnosis ini adalah batasan karakteristik.

### **2.2.5 Komponen Diagnosa Keperawatan NANDA**

Menuru Barbara, Kozier, Glenora, Erb, & Audrey, Berman. (2010) diagnosis keperawatan memiliki 3 komponen yaitu masalah serta definisinya, etiologi dan batasan karakteristik. Adapun tiap komponen memiliki tujuan tertentu.

a. Masalah (judul diagnosis) dan definisi

Masalah merupakan label singkat yang menggambarkan kondisi pasien yang diobservasi di lapangan. Kondisinya dapat berupa aktual, potensial maupun sejahtera. Terminologi yang digunakan adalah NANDA internasional, dimana potensi masalah dinyatakan kedalam resiko. Adapun definisi pada masing-masing diagnosa keperawatan bertujuan untuk membantu perawat dalam verifikasi diagnosis keperawatan tertentu (Wilkinson, Judith M, & Ahern, Nancy R. 2011)

Judul diagnosis menggambarkan respon yang berhubungan dengan masalah kesehatan klien yang dapat memunculkan terapi keperawatan. Adapun dalam judul diagnosis digambarkan dengan jelas dan singkat serta menggambarkan intervensi keperawatan. Tujuan dari judul diagnosis adalah membantu mengarahkan tujuan dan hasil yang diharapkan. Hubungannya dengan kebermanfaatan secara klinis sehingga judul diagnosis haruskap) dibuat spesifik, ketika adanya kata *Sebutkan* mengikuti judul NANDA, perawat menyatakan area terjadinya masalah, misalnya *defisiensi pengetahuan (medikasi)* atau *defisiensi pengetahuan (penyesuaian diet)*.

Qualifier merupakan kata-kata yang ditambahkan pada judul NANDA yang berfungsi untuk memberi arti tambahan pada pernyataan diagnostik, misalnya:

- a) Defisiensi (tidak adekuat dalam jumlah, kualitas, atau derajat; tidak cukup; tidak lengkap)
- b) Kerusakan (memburuk, melemah, rusak, berkurang, menurun)
- c) Penurunan (berkurang dalam ukuran, jumlah atau derajat)
- d) Ketidakefektifan (tidak menghasilkan efek yang diinginkan)

e) Gangguan (rentan terhadap ancaman)

b. Etiologi (faktor yang berhubungan dan faktor resiko)

Etiologi diagnosis keperawatan mengidentifikasi satu atau lebih penyebab masalah kesehatan yang mungkin, memberikan petunjuk untuk terapi keperawatan yang diperlukan dan memungkinkan perawat mengkhususkan perawatan klien. Etiologi juga berfungsi sebagai pembeda antara penyebab yang mungkin pada diagnosis keperawatan sangat penting karena tiap penyebab mungkin memerlukan intervensi keperawatan yang berbeda (Barbara, Koziar, Glenora, Erb, & Audrey, Berman, 2010)

Faktor yang berhubungan merupakan menyimpulkan suatu hubungan dengan diagnosis keperawatan. Beberapa factor mungkin digambarkan sebagai “yang berhubungan dengan”, “mendahului”, “yang berkaitan dengan”, atau “berpengaruh pada” diagnosis. Factor yang berhubungan untuk mengindikasikan apa yang harus diubah pada pasien agar kembali dalam kondisi kesehatan yang optimal, sehingga dapat membantu perawat dalam memilih intervensi yang efektif.

Faktor resiko hanya akan ditemukan pada diagnosis keperawatan “resiko” (potensial). Faktor resiko mirip dengan faktor yang berhubungan dan batasan karakteristik dalam rencana asuhan keperawatan. Ketiga hal tersebut menggambarkan kejadian dan perilaku yang menempatkan pasien pada kondisi resiko dan menyarankan intervensi untuk melindungi pasien (Wilkinson, Judith M, & Ahern, Nancy R. 2011)

c. Batasan karakteristik

Batasan karakteristik merupakan tanda yang menggambarkan tingkah laku pasien, baik yang diobservasi oleh perawat (objektif) maupun yang

dikatakan oleh pasien/ keluarga (subjektif). Setelah mengkaji pasien, perawat mengolah batasan karakteristik menjadi pola yang berarti dan memperingatkan mereka kepada kemungkinan adanya suatu masalah pada pasien. Biasanya, adanya dua atau tiga batasan karakteristik dapat memverifikasi/membuktikan suatu diagnosis keperawatan (Wilkinson, Judith M, & Ahern, Nancy R. 2011).

Sedangkan batasan karakteristik menurut Barbara, Koziar, Glenora, Erb, & Audrey, Berman (2010) merupakan kelompok tanda dan gejala yang menunjukkan adanya judul diagnosis tertentu. Untuk diagnosis keperawatan aktual, batasan karakteristik adalah tanda dan gejala klien. Untuk diagnosis keperawatan resiko, tidak ada tanda subjektif dan objektif. Inilah faktor yang menyebabkan klien lebih rentan dibandingkan “keadaan normal” terhadap masalah membentuk etiologi diagnosis keperawatan resiko.

**Tabel 2.1 Contoh Komponen Judul Diagnosis Keperawatan**

| <b>Diagnosis dan Definisi</b>  | <b>Etiologi/Faktor Yang Berhubungan</b>  | <b>Batasan Karakteristik</b>   |
|--|--|--|
| Intoleran aktivitas:<br>Ketidakcukupan energi fisiologis atau psikologis untuk memenuhi atau menyelesaikan aktivitas sehari-hari yang diperlukan atau diinginkan | Tirah baring atau imobilisasi<br>Kelemahan umum<br>Ketidakseimbangan antara suplay/ kebutuhan oksigen<br>Gaya hidup kurang gerak | Laporan verbal tentang keletihan atau kelemahan<br>Respon frekuensi jantung atau tekanan darah abnormal terhadap aktivitas<br>Perubahan elektrokardiografik<br>Menunjukkan aritmia atau iskemia<br>Ketidaknyamanan akibat aktivitas atau dipsnea |

Catatan : Dari NANDA *Nursing Diagnoses: definition and classification*, 2003-2004 (hlm.3), oleh NANDA International, 2003, Philadelphia.

### 2.2.6 Langkah-Langkah Dalam Menentukan Diagnosa Keperawatan NANDA

Adapun langkah-langkah yang dilakukan dalam menentukan diagnosa adalah:

a. Klasifikasi dan analisa data

Klasifikasi dan analisa data merupakan proses dimana perawat melakukan pengelompokan data untuk menentukan apakah klien mengalami masalah keperawatan atau tidak yang berpedoman terhadap kriteria permasalahannya.

b. Interpretasi data

a) Menentukan kelebihan klien

Perawat akan mengidentifikasi apakah klien memenuhi kriteria standart atau tidak, dan ketika pasien memenuhi kriteria kesehatan maka perawat dapat menyimpulkan bahwa pasien memiliki kelebihan yang akan digunakan sebagai pemecahan masalah pasien.

b) Menentukan masalah klien

Pasien dikatakan memiliki masalah dan membutuhkan pertolongan kesehatan ketika tidak dapat memenuhi kriteria standar kesehatan.

c) Menentukan masalah kesehatan klien yang pernah dialami

Tahap ini merupakan tahap untuk menentukan adanya masalah potensial yang dialami oleh pasien.

d) Penentuan keputusan

Penentuan keputusan merupakan tahap akhir pada interpretasi, pada tahap ini perawat akan menentukan apakah tidak ada masalah pada pasien atau mengalami masalah kemungkinan, aktual, resiko, sindrom, kolaboratif.

- a. Tidak ada masalah (*no problem*) tetapi perlu peningkatan status dan fungsi (kesejahteraan)

Ini bisa diangkat ketika pasien tidak memiliki indikasi respon keperawatan, telah meningkatnya status kesehatan dan adanya inisiatif dalam meningkatkan kesehatannya.

- b. Masalah yang kemungkinan (*possible problem*)

Untuk menegakkan diagnosa ini perlu adanya data tambahan untuk memastikan.

- c. Masalah kesehatan resiko, aktual, atau sindrom

Diagnosa ini ditegakkan ketika pasien menolak masalah dan pengobatan dan sebagai langkah awal dalam memulai desain perencanaan pelaksanaan, dan evaluasi yang mana tujuannya untuk mencegah, menyelesaikan masalah ataupun menurunkan.

- d. Masalah kolaboratif

Untuk menentukan masalah ini perlu adanya tindakan kolaborasi ataupun konsultasi dengan tenaga kesehatan lain yang profesional dan memiliki kompetensi kemudian dapat bekerja secara kolaboratif.

Kewenangan perawat dalam menangani pasien ditentukan dengan melihat apakah perawat dapat memberikan tindakan yang tepat dalam mencapai tujuan, jika jawabannya ya maka perawat dapat menegakkan diagnosa keperawatan yang bertujuan untuk mencegah maupun mengobati namun apabila jawabannya tidak maka dilihat kembali apakah tindakan medis dan keperawatan perlu untuk mencapai tujuan yang dimaksud. Apabila jawabannya iya maka dapat ditegakkan masalah kolaboratif namun apabila tidak maka dapat dihilangkan pada perencanaan

keperawatan dan perawat dapat melaksanakan perannya sesuai dengan petunjuk tenaga kesehatan lain.

Pada penentuan masalah kolaboratif ini dilakukannya juga pembuatan pohon masalah yang menggambarkan sebab-akibat sebagai acuan perawat dalam menentukan masalah dan kebutuhan pasien.

Adapun langkah-langkah dalam menentukan pohon masalah adalah:

- a) Tentukan masalah utama (*core problem*) berdasarkan identifikasi dan subyektif (keluhan utama) dan obyektif (data-data mayor)
  - b) Identifikasi penyebab (E) dari masalah utama
  - c) Identifikasi penyebab dari penyebab masalah utama (akar dari masalah)
  - d) Identifikasi penyebab dari penyebab
- c. Validitas data

Validitas merupakan suatu tingkatan ketika data sudah faktual dan benar sehingga dapat dipercaya (Alfaro-Levefre 2002 dalam Capernito 2006). alfaro-Levefre 2002 juga menganjurkan beberapa langkah untuk memvalidasi data yaitu :

- a) Memeriksa ulang data
- b) Meminta orang lain untuk memeriksa
- c) Membandingkan data subjektif dan objektif
- d) Meminta klien untuk memeriksa

Tahap ini perawat melakukan validasi data yang didapatkan kepada klien/keluarga atau masyarakat agar data yang diambil menjadi akurat. Adapun validasi data dilakukan dengan mengajukan pertanyaan yang reflektif kepada klien/keluarga untuk kejelasan interpretasi data.



Ketika diagnosa disusun, harus dilakukan validasi data kembali. Menurut price ada beberapa indikasi pertanyaan tentang respon untuk menentukan diagnosa keperawatan :

- a) Apakah data dasar mencukupi, akurat dan berasal dari beberapa konsep keperawatan?
  - b) Apakah data yang signifikan menunjukkan gangguan pola?
  - c) Apakah ada data-data subyektif dan obyektif mendukung terjadinya gangguan pola pada klien?
  - d) Apakah diagnosa keperawatan yang ada berdasarkan pemahaman ilmu keperawatan dan kelahlian klinik?
  - e) Apakah diagnosa keperawatan yang ada dapat dicegah, dikurangi dan diselesaikan dengan melakukan tindakan keperawatan yang independen?
- d. Perumusan diagnosa keperawatan

Pada tahap ini perawat dapat merumuskan diagnosa Setelah dilakukannya pengelompokan, mengidentifikasi, dan mevalidasi data-data yang signifikan. Adapun diagnosa keperawatan yang ditegakkan pada tahap ini dapat bersifat actual, resiko, sindrom kemungkinan dan *wellness* (Nursalam, 2001).

Adapun diagnosa yang sering muncul di ruang anak Rumah Rumah Sakit Saiful

Anwar Malang berdasarkan studi pendahuluan yang telah dilakukan adalah:

- a. Kekurangan volume cairan
- b. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh
- c. Nyeri akut
- d. Ketidakefektifan pola nafas
- e. Ketidakefektifan bersih jalan nafas
- f. Resiko infeksi
- g. Resiko syok hivopolemik
- h. Kerusakan integritas kulit
- i. Ansietas
- j. Intoleransi aktivitas

Herdman,T.Heather.2012



**Tabel 2.3 Diagnosa Keperawatan Kekurangan Volume Cairan**

|  |  |
|--|--|
| <b>KEKURANGAN VOLUME CAIRAN (00027)</b>  |  |
| (1978, 1996)   |  |
| Domain 2 : Nutrisi   |  |
| Kelas 5 : Hidrasi  |  |
| Definisi : perubahan cairan intravaskuler, interstisial, dan/atau intraseluler. Ini mengacu pada dehidrasi, kehilangan cairan saja tanpa perubahan pada natrium  |  |
| Batasan Karakteristik  |  |
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perubahan status mental</li> <li>2. Penurunan tekanan darah</li> <li>3. Penurunan tekanan nadi</li> <li>4. Penurunan volume nadi</li> <li>5. Penurunan turgor kulit</li> <li>6. Penurunan turgor lidah</li> <li>7. Penurunan pengeluaran urin</li> <li>8. Penurunan pengisian vena</li> <li>9. Merman mukosa kering</li> <li>10. Kulit kering</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>11. Peningkatan hematokrit</li> <li>12. Peningkatan suhu tubuh</li> <li>13. Peningkatan frekuensi nadi</li> <li>14. Peningkatan konsentrasi urin</li> <li>15. Penurunan berat badan tiba-tiba (kecuali pada ruang ketiga)</li> <li>16. Haus</li> <li>17. Kelamahan</li> </ol> |
| Faktor Yang Berhubungan  |  |
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kehilangan cairan aktif</li> <li>2. Kegagalan mekanisme regulasi</li> </ol>  |  |
| Herdman, T. Heather. 2012  |  |



**Tabel 2.4 Diagnosa Keperawatan Ketidakseimbangan Nutrisi : Kurang Dari Kebutuhan Tubuh**

|  |  |
|--|--|
| <b>KETIDAKSEIMBANGAN NUTRISI : KURANG DARI KEBUTUHAN TUBUH (00002)</b>   |  |
| (1975, 2000)   |  |
| Domain 2 : Nutrisi   |  |
| Kelas 1: Makanan   |  |
| Definisi : asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolik   |  |
| Batasan Karakteristik  |  |
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kram abdomen</li> <li>2. Nyeri abdomen</li> <li>3. Menghindari makanan</li> <li>4. Berat badan 20% atau lebih dibawah berat badan ideal</li> <li>5. Kerapuhan kapiler</li> <li>6. Diare</li> <li>7. Kehilangan rambut berlebihan</li> <li>8. Bising usus hiperakti</li> <li>9. Kurang makanan</li> <li>10. Kurang informasi</li> <li>11. Kurang minat pada makanan</li> <li>12. Penurunan berat badan dengan asupan makanan adekuat</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>13. Kesalahan konsepsi</li> <li>14. Kesalahan informasi</li> <li>15. Membran mukosa pucat</li> <li>16. Ketidakmampuan memakan makanan</li> <li>17. Tonus otot menurun</li> <li>18. Mengeluh gangguan sensai rasa</li> <li>19. Mengeluh asupan makanan kurang ari RDA (<i>recommended daily allowance</i>)</li> <li>20. Cepat kenyang setelah makan</li> <li>21. Sariawan rongga mulut</li> <li>22. <i>Steatorrea</i></li> <li>23. Kelemahan otot pengunyah</li> <li>24. Kelemahan otot untuk menelan</li> </ol> |
| Faktor Yang Berhubungan  |  |
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Faktor biologis</li> <li>2. Faktor ekonomi</li> <li>3. Ketidakmampuan untuk mengabsorpsi nutrient</li> <li>4. Ketidakmampuan untuk mencerna makanan</li> <li>5. Ketidakmampuan menelan makanan</li> <li>6. Faktor biologis</li> </ol>  |  |

Herdman, T. Heather. 2012

Tabel 2.5 Diagnosa Keperawatan Nyeri Akut

|   |  |
|---|--|
| <b>NYERI AKUT</b> (00132)   |  |
| (1996)  |  |
| Domain 12 : Kenyamanan  |  |
| Kelas 1: Kenyamanan Fisik   |  |
| Definisi : pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan yang muncul akibat kerusakan jaringan yang aktual atau potensial atau digambarkan dalam hal kerusakan sedemikian rupa ( <i>International Association For The Study of Pain</i> ); awitan yang tiba-tiba atau lambat dari intensitas ringan hingga berat dengan akhir yang dapat diantisipasi atau diprediksi dan berlangsung <6 bulan   |  |
| Batasan Karakteristik   |  |
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perubahan selera makan</li> <li>2. Perubahan tekanan darah</li> <li>3. Perubahan frekuensi jantung</li> <li>4. Perubahan frekuensi pernafasan</li> <li>5. Laporan isyarat</li> <li>6. <i>Diaforesis</i></li> <li>7. Perilaku distraksi ( mis, berjalan mondar mandir, mencari orang lain dan/atau aktivitas lain, aktivitas yang berulang)</li> <li>8. Mengekspresikan perilaku (mis, gelisah, merengek, menangis, waspada, iritabilitas, mendesah)</li> <li>9. Masker wajah (mis, mata kurang bercahaya, tampak kacau, gerakan mata berpencar atau tetap pada satu focus, meringis)</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>10. Sikap melindungi area nyeri</li> <li>11. Focus menyempit (mis, gangguan persepsi nyeri, hambatan proses berfikir, penurunan interaksi dengan orang dan lingkungan)</li> <li>12. Indikasi nyeri yang dapat diamati</li> <li>13. Perubahan posisi untuk menghindari nyeri</li> <li>14. Sikap tubuh melindungi</li> <li>15. Dilatasi pupil</li> <li>16. Melaporkan nyeri secara verbal</li> <li>17. Focus pada diri sendiri</li> <li>18. Gangguan tidur</li> </ol> |
| Faktor yang berhubungan   |  |
| 1. Gen Cedera (mis, biologis, zat imia, fisik, psikologis)  |  |

Herdman, T. Heather. 2012

**Tabel 2.6 Diagnosa Keperawatan Ketidakefektifan Pola Nafas**

|   |  |
|---|--|
| <b>KETIDAKEFEKTIFAN POLA NAFAS (00032)</b>  |  |
| (1980, 1996, 1998, 2010)  |  |
| Domain 4 : Aktivitas/ Istirahat   |  |
| Kelas 4: Respon Kardiovaskular/pulmonal   |  |
| Definisi : Inspirasi dan/atau ekspirasi yang tidak member ventilasi adekuat   |  |
| Faktor Resiko   |  |
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perubahan kedalaman pernafasan</li> <li>2. Prubahan ekskursi dada</li> <li>3. Mengambil posisi tiga titik</li> <li>4. <i>Bradipnea</i></li> <li>5. Penurunan tekanan ekspirasi</li> <li>6. Penurunan tekanan inspirasi</li> <li>7. Penurunan ventilasi semenit</li> <li>8. Penurunan kapasitas vital</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>9. <i>Dipsnea</i></li> <li>10. Peningkatan diameter anterior-posterior</li> <li>11. Pernafasan cuping hidung</li> <li>12. Ortopnea</li> <li>13. Fase ekspirasi memanjang</li> <li>14. Pernafasan bibir</li> <li>15. <i>Takipnea</i></li> <li>16. Penggunaan otot aksesorius untuk bernafas</li> </ol> |
| Faktor yang berhubungan   |  |
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <i>Ansietas</i></li> <li>2. Posisi tubuh</li> <li>3. Deformitas tulang</li> <li>4. Deformitas dinding dada</li> <li>5. Kelelahan</li> <li>6. Hiperventilasi</li> <li>7. Sindrom hivopentilasi</li> <li>8. Gangguan musculoskeletal</li> </ol>   | <ol style="list-style-type: none"> <li>9. Kerusakan neurologis</li> <li>10. Imaturitas neurologis</li> <li>11. Disfungsi neuromuscular</li> <li>12. Obesitas</li> <li>13. Nyeri</li> <li>14. Kelelahan otot pernaasan</li> <li>15. Cedera medulla spinalis</li> </ol>  |
| (Herdman,T.Heather.2012)  |  |

**Tabel 2.7 Diagnosa Keperawatan Ketidakefektifan Bersih Jalan Nafas**

|  |   |
|--|---|
| <b>KETIDAKEFEKTIFAN BERSIH JALAN NAFAS (00031)</b>   |   |
| (1980, 1996, 1998)   |   |
| Domain 11 : Keamanan/Perlindungan  |   |
| Kelas 2: Cedera Fisik  |   |
| Definisi : ketidakmampuan untuk membersihkan sekresi atau obstruksi dari saluran nafas untuk mempertahankan bersih jalan nafas   |   |
| Batasan Karakteristik  |   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Tidak ada batuk</li> <li>2. Suara nafas tambahan</li> <li>3. Perubahan frekuensi napas</li> <li>4. Perubahan irama napas</li> <li>5. <i>Sianosis</i></li> <li>6. Kesulitan berbicara/ mengeluarkan suara</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>7. Penurunan bunyi napas</li> <li>8. <i>Dipsnea</i></li> <li>9. Sputum dalam jumlah yang berlebihan</li> <li>10. Batuk yang tidak efektif</li> <li>11. <i>Ortopnea</i></li> <li>12. Gelisah</li> <li>13. Mata terbuka lebar</li> </ul>   |
| Faktor yang berhubungan  |   |
| <p><i>Lingkungan</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Perokok pasif</li> <li>2. Mengisap asap</li> <li>3. Merokok</li> </ul> <p><i>Fisiologis</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Jalan nafas alergik</li> <li>2. Asma</li> <li>3. Penyakit paru obstruksi kronis</li> <li>4. Hyperplasia dinding bronchial</li> <li>5. Infeksi</li> <li>6. Disfungsi neuro muscular</li> </ul> | <p><i>Obstruksi jalan nafas</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Spasme jalan nafas</li> <li>2. Mukus dalam jumlah berlebihan</li> <li>3. Eksudat dalam alveoli</li> <li>4. Materi asing dalam jalan napas</li> <li>5. Adanya jalan nafas buatan</li> <li>6. Sekresi yang tertahan atau sisa sekresi</li> <li>7. Sekresi dalam bronki</li> </ul> |
| Herdman, T.Heather.2012  |   |

**Tabel 2.8 Diagnosa Keperawatan Resiko Infeksi**

|   |   |
|---|---|
| <b>RESIKO INFEKSI (00004)</b>   |   |
| (1986)  |   |
| Domain 11 : Keamanan/Perlindungan   |   |
| Kelas 1: Infeksi  |   |
| Definisi : mengalami peningkatan resiko terserang organism patolgenik   |   |
| Faktor Resiko   |   |
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Penyakit Kronis                             <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Diabetes mellitus</li> <li>b. Obesitas</li> </ol> </li> <li>2. Pengetahuan yang tidak cukup untuk menghindari pemajanan pathogen</li> <li>3. Pertahanan tubuh primer yang tidak adekuat                             <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Gangguan peristalsis</li> <li>b. Kerusakan integritas kulit (pemasangan kateter intravena. Prosedur invasif)</li> <li>c. Perubahan sekresi pH</li> <li>d. Penurunan kerja siliaris</li> <li>e. Pecah ketuban dini</li> <li>f. Pecah ketuban lama</li> <li>g. Merokok</li> <li>h. Statis cairan tubuh</li> <li>i. Trauma jaringan (mis, trauma, destruksi jaringan)</li> </ol> </li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Ketidakadekuatan pertahanan sekunder                             <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Penurunan hemoglobin</li> <li>b. Imunosupresi (mis, imunitas didapat tidak adekuat; agens farmasutikal termasuk imunosupresan, steroid, antibody monoclonal, imunomodulator)</li> <li>c. <i>Leukopenia</i></li> <li>d. Supresi respon inflamasi</li> </ol> </li> <li>5. Vaksinasi tidak adekuat</li> <li>6. Pemajanan terhadap pathogen lingkungan meningkat                             <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Wabah</li> </ol> </li> <li>7. Prosedur <i>invasif</i></li> <li>8. Malnutrisi<br/>(Herdman, T. Heather. 2012)</li> </ol> |

Herdman, T. Heather. 2012

**Tabel 2.9 Diagnsa Keperawatan Resiko Syok**

|  |
|--|
| <b>RISIKO SYOK (00205)</b>   |
| (2008)   |
| Domain 4: Aktvitas/Istirahat   |
| Kelas 4: Respon Kardiovaskular/Pulmonal  |
| Definisi : beresiko terhadap ketidakcukupan aliran darah ke jaringan tubuh, yang dapat mengakibatkan disfungsi seluler yang mengancam jiwa |
| Faktor Resiko  |



- |                |                                      |
|----------------|--------------------------------------|
| 1. Hipotensi   | 5. infeksi                           |
| 2. Hipovolemia | 6. sepsis                            |
| 3. Hipoksemia  | 7. sindrom respon inflamasi sistemik |
| 4. Hipoksia    |                                      |

Herdman, T. Heather. 2012

**Tabel 2.10 Diagnosa Keperawatan Kerusakan Integritas kulit**

|  |   |
|--|---|
| <b>KERUSAKAN INTEGRITAS KULIT (00046)</b>  |   |
| (1975, 1998)   |   |
| Domain 11 : Keamanan/Perlindungan  |   |
| Kelas 2: Cedera Fisik  |   |
| Definisi : perubahan/gangguan epidermis dan/ atau dermis   |   |
| Batasan Karakteristik  |   |
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kerusakan lapisan kulit</li> <li>2. Gangguan permukaan kulit</li> <li>3. Invasi struktur tubu</li> </ol>   |   |
| Faktor yang berhubungan  |   |
| <i>Eksternal</i>   | <i>Internal</i>   |
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Zat kimia</li> <li>2. Usia yang ekstrem</li> <li>3. Kelembapan</li> <li>4. Hipertermia</li> <li>5. Hipotermia</li> <li>6. Faktor mekanin ( mis, gaya gunting(shearing forces), tekanan, pengekangan)</li> <li>7. Medikasi</li> <li>8. Lembap</li> <li>9. Imobilisasi fisik</li> <li>10. Radiasi</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perubahan status cairan</li> <li>2. Perubahan pigmentasi</li> <li>3. Perubahan turgor</li> <li>4. Faktor perkembangan</li> <li>5. Kondisi ketidakseimbangan nutrisi (mis, obesitas, emasi)</li> <li>6. Penurunan imunologis</li> <li>7. Penurunan sirkulasi</li> <li>8. Kondisi gangguan metabolic</li> <li>9. Gangguan sensasi</li> <li>10. Tonjolan tulang</li> </ol> |

Herdman, T. Heather. 2012



Tabel 2.11 Diagnosa Keperawatan Ansietas

|  |  |
|--|--|
| <b>ANSIETAS</b> (00146)  |  |
| (1972, 1982, 1998)   |  |
| Domain 9 : Koping/ Tpleransi stres   |  |
| Kelas 2: Respon Koping   |  |
| Definisi : perasaan tidak nyaman atau kekhawatiran yang samar disertai respon autonom (sumber sering sekali tidak spesifik atau tidak diketahui oleh individu); perasan takut yang disebabkan oleh antisipasi terhadap bahaya. Hal ini merupakan isyarat kewaspadaan yang memperingatkan individu akan adanya bahaya dan memampukan individu untuk bertindak menghadapi ancaman  |  |
| Batasan Karakteristik  |  |
| <p><i>Perilaku</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Penurunan produktivitas</li> <li>2. Gerakan yang irelevan</li> <li>3. Gelisah</li> <li>4. Melihat sepintas</li> <li>5. Insomnia</li> <li>6. Kontak mata yang buruk</li> <li>7. Mengekspresikan kekhawatiran karena perubahan dalam peristiwa hidup</li> </ol> <p><i>8. Agitasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>9. Mengintai</li> <li>10. Tampak waspada</li> </ol> <p><i>Fisiologis</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Wajah tegang</li> <li>2. Tremor tangan</li> <li>3. Peningkatan keringat</li> <li>4. Peningkatan ketegangan</li> <li>5. Gemetar</li> <li>6. Tremor</li> <li>7. Suara bergetar</li> </ol> <p><i>Simpatik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anoreksia</li> <li>2. Eksitasi kardiovaskuler</li> <li>3. Diare</li> <li>4. Mulut kering</li> <li>5. Wajah merah</li> <li>6. Jantung berdebar-debar</li> <li>7. Peningkatan tekanan darah</li> <li>8. Peningkatan denyut nadi</li> <li>9. Peningkatan refleks</li> <li>10. Peningkatan frekuensi pernafasan</li> <li>11. Pupil melebar</li> <li>12. Kesulitan bernafas</li> <li>13. Vasokonstriksi superfisial</li> <li>14. Kedutan pada otot</li> <li>15. Lemah</li> </ol> | <p><i>Afektif</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gelisah</li> <li>2. Kesedihan yang mendalam</li> <li>3. Distress</li> <li>4. Ketakutan</li> <li>5. Perasaan tidak adekuat</li> <li>6. Berokus pada diri sendiri</li> <li>7. Peningkatan kewaspadaan</li> <li>8. Iritabilitas</li> <li>9. Gugup</li> <li>10. Senang berlebihan</li> <li>11. Rasa nyeri yang meningkatkan ketidakberdayaan</li> <li>12. Peningkatan rasa ketidakberdayaan yang persisten</li> <li>13. Bingung</li> <li>14. Menyesal</li> <li>15. Ragu/tidak percaya diri</li> <li>16. Khawatir</li> </ol> <p><i>Parasimpatik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nyeri abdomen</li> <li>2. Penurunan tekanan darah</li> <li>3. Penurunan denyut nadi</li> <li>4. Diare</li> <li>5. Vertigo</li> <li>6. Letih</li> <li>7. Mual</li> <li>8. Gangguan tidur</li> <li>9. Kesemutan pada ekstremitas</li> <li>10. Sering berkemih</li> <li>11. Anyang-anyangan</li> <li>12. Dorongan segera berkemih</li> </ol> |

|  |  |
|--|--|
| <i>kognitif</i>  |  |
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menyadari gejala fisiologis</li> <li>2. Bloking pikiran</li> <li>3. Konfusi</li> <li>4. Penurunan lapang persepsi</li> <li>5. Kesulitan berkonsentrasi</li> <li>6. Penurunan kemampuan untuk belajar</li> <li>7. Penurunan kemampuan untuk memecahkan masalah</li> <li>8. Ketakutan terhadap konsekuensi yang tidak spesifik</li> <li>9. Lupa</li> <li>10. Gangguan perhatian</li> <li>11. Khawatir</li> <li>12. Melamun</li> <li>13. Cenderung menyalahkan orang lain</li> </ol>              |  |
| Faktor yang berhubungan  |  |
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perubahan dalam                         <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Status ekonomi</li> <li>b. Lingkungan</li> <li>c. Status kesehatan</li> <li>d. Pola Interaksi</li> <li>e. Fungsi peran</li> <li>f. Status peran</li> </ol> </li> <li>2. Pemajanan toksin</li> <li>3. Terkait keluarga</li> <li>4. Herediter</li> <li>5. Infeksi/ kontaminan interpersonal</li> <li>6. Penularan penyakit interpersonal</li> <li>7. Krisis maturasi</li> <li>8. Krisis situasional</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>9. Stres</li> <li>10. Penyalahgunaan zat</li> <li>11. Ancaman kematian</li> <li>12. Ancaman pada :                         <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Status ekonomi</li> <li>b. Lingkungan</li> <li>c. Status kesehatan</li> <li>d. Pola interaksi</li> <li>e. Fungsi peran</li> <li>f. Status peran</li> <li>g. Konsep diri</li> </ol> </li> <li>13. Konflik yang tidak disadari mengenai tujuan penting hidup</li> <li>14. Konflik yang tidak disadari mengenai nilai yang esensial/penting</li> <li>15. Kebutuhan yang tidak dipenuhi</li> </ol> |

Herdman, T. Heather. 2012



Tabel 2.12 Diagnosa Keperawatan Intoleran Aktivitas

|   |
|---|
| <b>INTOLERAN AKTIVITAS (00092)</b>  |
| (1982)  |
| Domain 4 : Aktivitas/Istirahat  |
| Kelas 4: Respon Kardiovaskular/pulmonal   |
| Definisi : ketidakcukupan energi psikologis atau fisiologis untuk melanjutkan atau menyelesaikan aktivitas kehidupan sehari-hari yang harus atau yang ingin dilakukan   |
| Batasan Karakteristik   |
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Respon tekanan darah abnormal terhadap aktivitas</li> <li>2. Respon frekuensi jantung abnormal terhadap aktivitas</li> <li>3. Perubahan EKG yang mencerminkan aritmia</li> <li>4. Perubahan EKG yang mencerminkan iskemia</li> <li>5. Ketidaknyamanan setelah beraktivitas</li> <li>6. Menyatakan merasa letih</li> <li>7. Menyatakan merasa lemah</li> </ol> |
| Faktor yang berhubungan   |
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tirah baring</li> <li>2. Kelemahan umum</li> <li>3. Ketidakseimbangan anatara suplai dan kebutuhan oksigen</li> <li>4. Imobilitas</li> <li>5. Gaya hidup</li> </ol>   |

Herdman, T. Heather. 2012

## 2.3 Kualitas Penyusunan Diagnosa Keperawatan

### 2.3.1 Pengertian Kualitas

Kualitas berarti kemahiran untuk melayani, melakukan dengan benar pertama kali untuk memenuhi kebutuhan langganan tanpa kekurangan, adapun kualitas berarti keterlibatan karyawan dengan manajemen yang mengarahkan upaya dalam perencanaan, control, dan perbaikan sehingga tuntutan terpenuhi Swansburg, Russell C. (2001).

### 2.3.2 Dimensi Kualitas

Dalam Tjiptono (2004) Zeithamal, Parasuriman, dan Berry menjelaskan bahwa terdapat lima dimensi kualitas yang menjadi dasar untuk mengukur kualitas pelayanan, antara lain :

#### a. *Tangible* (bukti langsung)

Meliputi fasilitas fisik, peralatan, personil, dan media komunikasi yang dapat dirasakan langsung oleh pelanggan. Dalam aplikasinya dalam pelayanan keperawatan bukti langsung yang dapat dijabarkan melalui :

- a) kebersihan, kerapian, dan kenyamanan ruang perawatan;
- b) penataan ruang perawatan;
- c) kelengkapan, kesiapan, dan kebersihan peralatan perawatan yang digunakan;
- d) kerapian serta kebersihan penampilan perawat;
- e) serta cara komunikasi perawat pada pasien.

#### b. *Reliability* (keandalan)

Merupakan kemampuan untuk memberikan pelayanan yang tepat dan terpercaya. *Reliability* mempunyai dua aspek penting yaitu kemampuan memberikan pelayanan seperti yang dijanjikan dan seberapa jauh mampu

memberikan pelayanan yang tepat atau akurat. Dalam aplikasinya dalam pelayanan keperawatan diharapkan perawat mampu untuk memberikan pelayanan keperawatan yang tepat dan dapat dipercaya atau pelayanan yang konsisten. Mulai dari penerimaan pasien, pemberian perawatan, jadwal pelayanan perawatan ( pemberian makan, obat, istirahat, dan lain-lain), sampai prosedur perawatan yang cepat, tepat, konsisten, dan tidak berbelit-belit.

c. *Responsiveness* (ketanggapan)

Adalah kesedian dan kemampuan untuk membantu pelanggan dan memberikan pelayanan yang cepat. *Responsiveness* juga didasarkan pada persepsi pelanggan sehingga faktor komunikasi dan situasi fisik disekitar pelanggan merupakan hal yang penting untuk diperhatikan. Apalikasi dalam pelayanan keperawatan dapat dijabarkan sebagai berikut : perawat memberikan informasi yang jelas dan mudah dimengerti oleh pasien, perawat bersedia untuk membantu pasien untuk memenuhi kebutuhan spiritualnya (beribadah), perawat mampu bertindak dengan cepat dan tanggap untuk menyelesaikan keluhan pasien maupun kebutuhan kesehatan pasien.

d. *Assurance* (jaminan kepastian)

Yakni pengetahuan dan kesopanan karyawan dan kemampuannya untuk memberikan rasa percaya dan keyakinan atas pelayanan yang diberikan kepada pelanggan. Komponen dari dimensi ini yaitu keramahan, kompetensi, dan keamanan. Dalam pelayanan keperawatan perawat diharapkan mampu untuk memberikan pelayanan yang berkualitas mulai dari keramahan, keterampilan, pengetahuan sehingga tidak menimbulkan dampak yang negatif

pada pasien dan pasien merasa yakin dengan pelayanan keperawatan yang diterimanya.

e. *Empathy* (empati)

Adalah kemampuan untuk membina hubungan dan memberikan pelayanan serta perhatian secara individual pada pelanggannya. Dalam pelayanan keperawatan, perawat memberikan perhatian khusus terhadap keluhan kesehatan pasien, dimana perhatian dan perawatan ini diberikan tanpa memandang status sosial, ekonomi maupun budaya pasien.

### 2.3.3 Standar Dokumentasi Diagnosa Keperawatan

Standar dokumentasi adalah suatu pernyataan tentang kualitas dan kuantitas dokumentasi yang dipertimbangkan secara adekuat dalam suatu situasi tertentu, sehingga memberikan informasi bahwa adanya suatu ukuran terhadap kualitas dokumentasi keperawatan. Dokumentasi harus mengikuti standar yang ditetapkan untuk mempertahankan akreditasi, untuk mengurangi pertanggungjawaban, dan untuk menyesuaikan kebutuhan pelayanan keperawatan (Potter & Perry, 2005).

Menurut Asmadi (2008) Dalam penyusunan diagnosa keperawatan ada tiga fase yang harus dilakukan yaitu :

- a. Memproses data (mengorganisasi data, membandingkan data dengan standar nilai normal, mengelompokkan data)
- b. Menentukan masalah keperawatan klien
- c. Menyusun diagnosa keperawatan

Ada beberapa hal yang harus diperhatikan dalam penyusunan diagnosa keperawatan yang berkualitas yaitu :

- a. Kesesuaian masalah dengan lingkup keperawatan
- b. Kejelasan masalah
- c. Kekauratan masalah dan faktor penyebab
- d. Validitas masalah
- e. Komponen diagnosis keperawatan PES (problem, etiologi, sign and symptom)

Diagnosa keperawatan yang diberikan harus benar-benar berkualitas karena akan berdampak terhadap keakuratan diagnosa yang mana diagnosa keperawatan merupakan patokan dalam melaksanakan tindakan keperawatan dan berfungsi untuk mengidentifikasi, memfokuskan dan memecahkan masalah keperawatan klien secara spesifik. Menurut Asmadi (2008) Adapun komponen-komponen yang harus ada dalam pernyataan diagnosis keperawatan meliputi masalah (*problem*), penyebab (*etiology*), dan data (*sign and symptom*). Dalam memudahkannya digunakan singkatan PES

- a. Masalah (*problem*)

Diagnosis keperawatan merupakan pernyataan yang menggambarkan perubahan status kesehatan klien. Perubahan tersebut menyebabkan timbulnya masalah

- b. Penyebab (*etiology*)

Pernyataan etiologi mencerminkan penyebab dari masalah kesehatan klien yang member arah bagi terapi keperawatan. Etiologi tersebut dapat terkait dengan aspek patofisiologis, psikososial, tingkah laku, perubahan situasional gaya hidup, usia perkembangan, juga faktor budaya dan lingkungan. Frase “berhubungan dengan” (*related to*) berfungsi untuk menghubungkan masalah keperawatan dengan pernyataan etiologi



c. Data (*sign and symptom*)

Data diperoleh selama tahap pengkajian sebagai bukti adanya masalah kesehatan pada klien. Data merupakan informasi yang diperlukan untuk merumuskan diagnosis keperawatan. Penggunaan fase "ditandai oleh" menghubungkan etiologi dengan data.

Menurut Doenges (1999) ada beberapa langkah yang dapat digunakan dalam mengidentifikasi diagnosis keperawatan secara akurat yaitu :

- a. Pengumpulan data dasar pasien (wawancara keperawatan, pengkajian fisik, serta pemeriksaan laboratorium) disertai dengan informasi yang dikumpulkan oleh pemberi asuhan kesehatan
- b. Menelaan dan menganalisa data pasien
- c. Mensintesis data pasien yang telah dikumpulkan sebagai suatu kesatuan kemudian member label penilaian klinis tentang respon pasien terhadap masalah-masalah aktual atau resiko tinggi
- d. Membandingkan dan membedakan hubungan antara penilaian klinis terhadap catatan faktor-faktor yang berhubungan dan batasan karakteristik NANDA untuk diagnosa keperawatan tertentu. Tahap ini penting untuk memilih label diagnosa keperawatan yang sesuai untuk digunakan dalam membuat pernyataan diagnostic spesifik pasien
- e. Menggabungkan diagnosa keperawatan dengan faktor-faktor yang berhubungan dan batasan karakteristik untuk membuat pernyataan diagnostic pasien. Sebagai contoh diagnostic untuk pasien paraplegi dengan ulkus dekubitus dapat dibaca: integritas kulit, kerusakan, yang berhubungan dengan tekanan, kerusakan sirkulasi, dan penurunan sensasi yang dibuktikan oleh luka basah, area sacral

Ning Wang (2011) dalam jurnalnya menjelaskan bahwa diagnosa yang akurat merupakan diagnosa yang berstandar pada NANDA dan sesuai dengan format PES (*problem, etiology, sign and symptom*) atau terkait dengan PES.

#### **2.3.4 Faktor-Faktor yang mempengaruhi Kualitas Pelayanan Keperawatan**

Menurut Zeitz (dalam Hasibuan, 2002) menjelaskan bahwa kualitas pelayanan dipengaruhi oleh dua hal utama, yakni faktor organisasional (perusahaan) dan faktor personal. Yang termasuk dalam faktor organisasional antara lain sistem imbal jasa, kualitas pengawasan, beban kerja, nilai, dan minat, serta kondisi fisik dari lingkungan kerja. Faktor imbal jasa berupa gaji, bonus maupun promosi merupakan faktor yang paling penting pada faktor organisasional, selain itu faktor beban kerja juga harus menjadi perhatian dalam kualitas pelayanan keperawatan.

Faktor kedua yakni faktor personal meliputi ciri sifat kepribadian (*personality trait*), senioritas, masa kerja, serta kemampuan ataupun keterampilan yang berkaitan dengan bidang pekerjaan dan kepuasan hidup. Faktor status dan masa kerja merupakan salah satu faktor yang penting dalam mempengaruhi kualitas pelayanan, dimana pada umumnya orang yang telah memiliki status pekerjaan yang lebih tinggi akan menunjukkan kualitas kerja yang baik sehingga mempunyai kesempatan untuk memperoleh masa kerja yang lebih baik dan akhirnya kesempatan untuk menunjukkan kualitas pelayanan juga semakin besar.

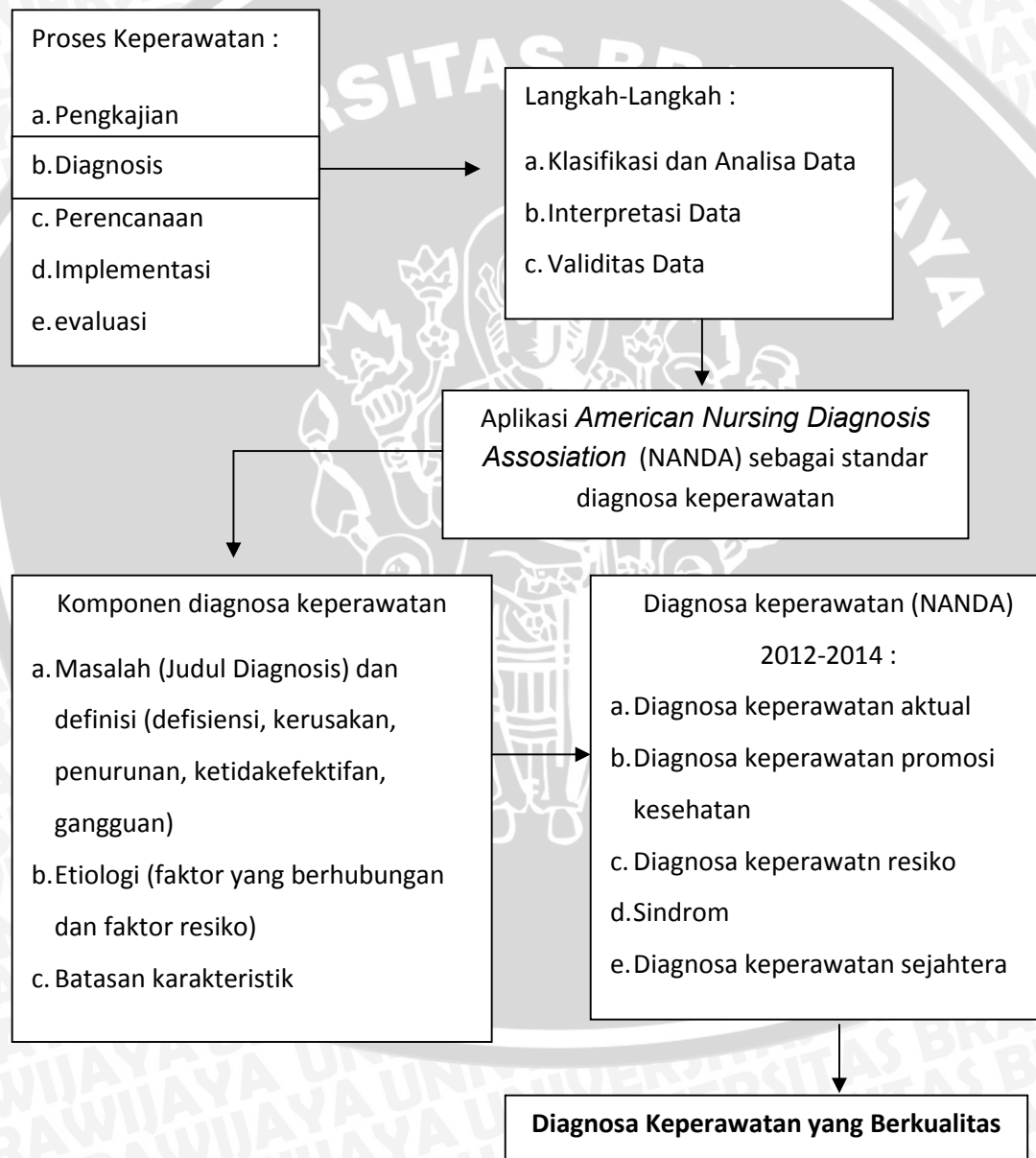
## 2.4 Hubungan aplikasi proses keperawatan (NANDA) dengan kualitas penyusunan diagnosa keperawatan

Penyusunan diagnosa keperawatan yang berkualitas merupakan suatu tanggung jawab yang harus dilakukan oleh perawat hubungannya dengan profesionalitas perawat karena apabila diagnosa keperawatan yang disusun tidak berkualitas atau akurat maka akan berdampak pada proses keperawatan selanjutnya yaitu penetapan kriteria hasil, intervensi dan evaluasi yang akan dilakukan (Asmadi,2008). Adapun diagnosa keperawatan merupakan pondasi dalam melakukan asuhan keperawatan sehingga apabila diagnosa keperawatan tidak akurat atau berkualitas maka akan berdampak sistemik pada asuhan keperawatan (Henderson, V. 2006)

Meningkatkan kualitas diagnosa keperawatan perlu adanya standar yang jelas, menurut Allen, Carrol Vesta (1998) adapun standar yang telah digunakan oleh profesi keperawatan duni adalah menentukan diagnosa keperawatan adalah buku pedoman NANDA (*North American Nursing Diagnosis Assosiation*) dalam buku diagnosis NANDA diagnosis keperawatan sudah terstruktur dan tersusun rapi dan dikelompokkan berdasarkan taksonomi tertentu. Menurut Sevinc Tastan *et al* (2014) menjelaskan bahwa apabila diimplementasikannya NANDA sebagai suatu standar dalam menentukan diagnosa keperawatan maka dapat meningkatkan kualitas dokumentasi diagnosis keperawatan, karena pada aplikasi NANDA data dikumpulkan dan disimpulkan secara sistematis sehingga akan mudah dilakukannya pengidentifikasian yang mana dapat meningkatkan kualitas pelayanan.

### 2.13 Kerangka Teori

Setelah dijelaskan berbagai pendekatan teori, pada akhir bab ini akan dijelaskan teori-teori mana saja yang nantinya akan dipakai dalam penelitian. Penjelasan tersebut digambarkan dalam bentuk kerangka teori seperti pada gambar 2.2 berikut :



(Barbara, Kozier *et al.* 2010), (Nursalaml,2001), (Capernito, 2000), (Moyet, Carpenito, & Juall, Lynda. 2006), (Wilkinson, Judith M, & Ahern, Nancy R. 2011), (alfaro-Levefre,2002)

