

PROSES KEPERAWATAN

Oleh : Yuyun Kurniasih BSc *)

Proses keperawatan merupakan dasar dari praktek keperawatan, di mana selain merupakan metode, juga merupakan pedoman kerja/kerangka kerja yang dipergunakan dalam praktek keperawatan. Manusia yang dihadapi Perawat bukan hanya merupakan suatu struktur (*kumpulan sel-sel saja*), tetapi merupakan individu yang unik. Penerapan proses keperawatan secara benar oleh Perawat, akan memperbaiki komponen proses dan perluasan teori kebutuhan Manusia.

A. Pengertian proses Keperawatan

Proses keperawatan adalah suatu pendekatan ilmiah yang sistimatis yang digunakan untuk mengidentifikasi masalah kesehatan pasien, guna merencanakan dan mengimplementasikan strategi pemecahan masalah yang spesifik serta mengevaluasi efektivitas tindakan keperawatan yang telah dilakukan.

B. Kegunaan Proses Keperawatan

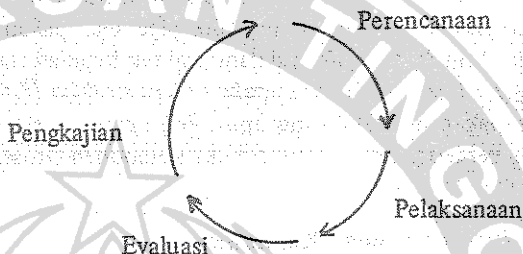
1. Tersedianya metode yang sistimatis dan terorganisir dalam pemberian asuhan keperawatan
2. Mencegah pengulangan dan pengabaian yang tidak perlu
3. Mempermudah komunikasi
4. Berfokus kepada respons Manusia yang unik, secara individu
5. Meningkatkan fleksibilitas dalam memberikan asuhan keperawatan individu
6. Mendorong partisipasi Pasien
7. Membantu Perawat meningkatkan kepuasan dengan mendapatkan hasilnya.

*) Mayor Pol, Kanit Perawatan Rumkit Pol Pus Jakarta Koordinator Pembimbing praktek lapangan SPK Polri Jakarta.

C. Langkah-langkah proses Keperawatan

Langkah-langkah proses keperawatan banyak dikemukakan oleh beberapa ahli, yang pada dasarnya sama, karena tiap komponen saling kait mengait. Langkah-langkah proses keperawatan diklasifikasikan sebagai berikut :

1. Pengkajian
2. Perencanaan
3. Pelaksanaan
4. Evaluasi.



Gambar 1 : Siklus proses keperawatan

Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap yang pertama dari proses keperawatan. Merupakan kegiatan mulai dari pengumpulan data, analisa data dan perumusan diagnosa perawatan yang bersifat nyata dan potensial.

1. Pengumpulan Data

Metoda dalam mengumpulkan data adalah melalui observasi dan wawancara, pemeriksaan dalam mengumpulkan data syaratnya adalah hubungan antar Manusia yang baik antara Pasien dan Perawat sehingga Pasien dapat yakin dan percaya bahwa dia dirawat oleh orang-orang yang bertanggung jawab. Banyak sumber yang dapat dijadikan sebagai sumber data ini: keadaan Pasien, catatan dan laporan Pasien, Keluarga, Orang lain atau Ahli-ahli Klinis.

2. Analisa Data

Jika kita telah memperoleh data maka data akan dikelompokkan menurut jenis atau sifat yang sama. Banyak cara untuk mengelompokkan data, masing-masing Perawat dapat memilih cara yang terbaik baginya. Data yang sudah dikelompokkan sesuai dengan kebutuhan tersebut, dikategorikan menjadi dua yaitu data obyektif dan data subyektif. Data obyektif adalah data yang ditemukan oleh orang yang mengadakan pengamatan mengenai keadaan pasien dengan berbagai metoda dengan atau tanpa alat. Sedangkan data subyektif pada apa yang dirasakan mengarah oleh Pasien sendiri.

3. Penentuan Diagnosa

Ada beberapa definisi tentang diagnosa perawatan antara lain :

- a. Diagnosa perawatan adalah suatu pernyataan tentang masalah Pasien yang dibuat dari hasil pengumpulan data (Mundingner and Yauran 1975).
- b. Diagnosa perawatan dibuat oleh Perawat profesional yang menguraikan masalah kesehatan yang aktual atau potensial (Gordon, 1976).

Di lingkungan Kita diagnosa perawatan cenderung mempergunakan istilah masalah, istilah ini untuk menghindarkan kesalah-pengertian dengan istilah diagnosa medik. Pada tahap ini Perawat perlu menerapkan segala pengetahuannya antara lain tentang teori kebutuhan Manusia, patofisiologi patogenesis agar dapat sampai pada kesimpulan yaitu masalah yang sedang dihadapi Pasien tersebut. Bagian ini merupakan bagian yang cukup sulit.

Beberapa hal yang perlu diketahui dalam merumuskan diagnosa perawatan.

1. Pernyataan diagnosa perawatan terdiri dari 2 bagian yang dihubungkan dengan kata sehubungan, bagian pertama merupakan masalah/reaksi dan bagian kedua merupakan penyebab.
2. Reaksi atau masalah dapat bersifat aktual (nyata), dapat pula bersifat potensial.
3. Reaksi ditulis terlebih dahulu kemudian diikuti penyebab.
4. Penyebab dapat berupa pengaruh keadaan lingkungan, psiko, sosio, physio dan spiritual terhadap masalah kesehatan.
5. Apabila penyebab tidak diketahui maka dapat ditulis hanya masalahnya saja atau ditulis dengan kata penyebab tidak diketahui, sambil secara terus menerus mencari penyebabnya.
6. Dalam perumusan diagnosa perawatan tidak boleh dicantumkan diagnosa dokter.

Perencanaan

Rencana asuhan keperawatan merupakan petunjuk tertulis yang disusun sedemikian rupa sehingga setiap orang mendapat gambaran secara cepat mengenai perawatan yang bagaimana yang dibutuhkan dan apa sebabnya (Watson dan Mayers).

Tujuan dari perencanaan adalah :

1. Menentukan prioritas untuk masalah-masalah yang didiagnosa.
2. Menentukan hasil atau sasaran yang ingin dicapai pasien, termasuk batas waktu yang ditargetkan untuk pencapaian hasil.
3. Merumuskan dengan terperinci tindakan yang akan dikerjakan

4. Menjabarkan masalah pasien dan tindakan serta hasil atau sasaran yang ingin dicapai di dalam rencana asuhan perawatan.

Tahap perencanaan berakhir dengan disusunnya rencana asuhan perawatan. Rencana asuhan keperawatan harus dibuat secara individual dan tidak dapat digunakan untuk pasien-pasien lainnya.

Langkah-langkah dalam membuat rencana asuhan keperawatan adalah sebagai berikut :

1. Menetapkan prioritas masalah (diagnosa) keperawatan, di mana prioritas tertinggi diberikan kepada masalah-masalah yang mendesak dan kritis.
2. Menetapkan tujuan dari tindakan-tindakan keperawatan.
3. Mengidentifikasi tindakan-tindakan keperawatan yang tepat untuk pencapaian tujuan.
4. Menetapkan kriteria hasil yang diharapkan
5. Merumuskan rencana asuhan keperawatan.

Pelaksanaan

Pelaksanaan adalah pemberian asuhan keperawatan secara nyata untuk membantu pasien mengatasi masalahnya. Baik tidaknya pelaksanaan tergantung dari intelektual, inter personal dan kemampuan teknik dan Perawat. Pelaksanaan suatu rencana asuhan keperawatan memberikan asuhan yang kontinyu dan terkoordinasi. Pelaksanaan merupakan awal dan penyelesaian tindakan perawatan yang diperlukan dalam upaya mencapai sasaran yang telah dirumuskan. Kegiatan tersebut mungkin dilakukan sebagian oleh pasien, sebagian oleh Perawat atau anggota tim perawatan lainnya. Tindakan Perawat dapat bersifat bantuan higienis, Suportif, penyuluhan, pengajaran, pencegahan, observatif, delegatif.

Untuk lebih jelasnya dari pelaksanaan maka Perawat perlu mengetahui fungsinya yang terdiri dari : independen, dependen dan interdependen. Fungsi independen adalah semua kegiatan yang dikerjakan oleh Perawat secara mandiri bukan mengerjakan perintah Orang lain (dokter), misalnya : melakukan pengkajian terhadap pasien/Keluarga mengenai riwayat kesehatan dan pemeriksaan fisik, membuat diagnosa perawatan, melaksanakan motivasi, bantuan, dorongan, menjadi konsulen, atau mengajar pasien/Keluarga, merujuk terhadap team kesehatan lain, mengevaluasi. Fungsi dependen dari Perawat adalah melaksanakan instruksi dari dokter, misalnya : melaksanakan intruksi mengenai pemberian Obat/Terapi. Sedangkan fungsi interdependen dimana Perawat bekerjasama dengan profesi kesehatan lainnya (bagian Gizi,

Physioterapist, Laboratorium, dan lain-lain).

Langkah-langkah dalam proses pelaksanaan adalah :

1. Mengkaji ulang aktifitas perawatan
2. Mengevaluasi/menetapkan kebutuhan tingkat perawat atau tenaga ahli tertentu untuk turut membantu dalam pelaksanaan perawatan.
3. Mencari/mengenal komplikasi yang potensial terjadi untuk mencegah hal-hal yang tidak diinginkan dengan melakukan aktifitas perawatan tertentu.
4. Menentukan segala sesuatu yang tepat/ yang perlu di dalam melaksanakan asuhan keperawatan misalnya: menyangkut soal waktu, tenaga, alat.
5. Menyiapkan kondisi yang menyenangkan dan menjaga keselamatan.

Prinsip-prinsip umum yang dipertimbangkan dalam mengimplementasikan asuhan keperawatan yaitu, harus :

1. Berdasarkan rencana perawatan
2. Mempertimbangkan penggunaan sumber-sumber potensial yang tersedia secara maksimal
3. Meningkatkan "self care"
4. Sesuai dengan tanggung jawab dan etika profesional
5. Mempunyai dasar hukum
6. Berdasarkan standar yang sudah diakui
7. Bekerja sama dengan anggota tim kesehatan dan dokter lain
8. Menekankan pada aspek pencegahan dan peningkatan kesehatan
9. Menggunakan metoda-metoda baru yang terbukti efektif
10. Mempertimbangkan faktor-faktor dan perubahan lingkungan
11. Mempertimbangkan kebutuhan kesehatan etensial
12. Menggiatkan peran serta Masyarakat.

Evaluasi

Evaluasi adalah hasil perbandingan antara status kesehatan pasien dengan tujuan. Merupakan tahap akhir tetapi berkelanjutan dari proses keperawatan. Proses evaluasi terdiri dari dua tahap yaitu :

1. Pengumpulan data mengenai status kesehatan pasien di mana termasuk di dalamnya mengenai penampilan dan fungsi tubuh, gejala-gejala spesifik, pengetahuan, kemampuan psikomotor, dan status emosi.
2. Perbandingan data yang telah dikumpulkan dengan tujuan.

Prinsip-prinsip umum yang dipertimbangkan dalam mengevaluasi asuhan keperawatan, yaitu harus berdasarkan kriteria, mempertimbangkan indikator-indikator implementasi yang berhasil, menggunakan riset sebagai alat, meliputi perbaikan rencana perawatan jika diperlukan.

Untuk memberikan gambaran yang menyeluruh dari apa yang telah diuraikan mengenai langkah-langkah proses keperawatan, pada Tabel dapat dilihat langkah-langkah proses keperawatan dan komponennya.

TABEL 1
LANGKAH-LANGKAH PROSES KEPERAWATAN DAN
KOMPONENNYA

| No. | Langkah-langkah | Komponen | Format |
|-----|-----------------|---|--|
| 1. | Pengkajian | Pengumpulan data, analisa data, diagnosa perawatan | Data Perawat Daftar masalah |
| 2. | Perencanaan | Menentukan prioritas, menulis tujuan, merencanakan tindakan | Rencana perawatan |
| 3. | Pelaksanaan | Pengesahan Renpra, menulis rencana keperawatan, memberikan asuhan keperawatan, melanjutkan pengumpulan data | — Catatan perawatan — Catatan perkembangan — Catatan Pasien pulang |
| 4. | Evaluasi | Evaluasi pencapaian tujuan, pengkajian ulang Renpra. | |

D. Dokumentasi Proses Keperawatan

Catatan kesehatan adalah suatu laporan tertulis dari suatu keluhan Pasien, hasil pemeriksaan diagnostik, pengobatan serta hasil akhir yang secara keseluruhan (Enda Huffman).

Setiap aspek dari pada pengobatan dan perawatan Pasien yang dikerjakan oleh setiap fasilitas kesehatan harus didokumentasikan pada kertas ca-

tatan kesehatan sehingga memberikan gambaran yang lengkap dapat menjadi suatu alat yang amat berharga bagi Pasien, fasilitas pelayanan kesehatan, dan bagi tenaga kesehatan yang menanganinya.

Adapun guna dari catatan kesehatan adalah :

1. Memberikan informasi mengenai diri Pasien.
2. Mengandung nilai keuangan
3. Mengandung nilai dokumentasi, dengan adanya dokumentasi maka isi pencatatan menjadi sumber ingatan dan informasi alat untuk mengevaluasi
4. Mutu pelayanan kesehatan
5. Mengandung nilai riset
6. Alat komunikasi antara pihak-pihak yang mengobati Pasien
7. Mengandung nilai hukum
8. Mengandung nilai edukasi.

Ada tiga tipe sistem yang dipergunakan dalam mendokumentasikan catatan perawatan :

1. Catatan Pasien tradisional
2. Pencatatan berorientasi pada masalah
3. Pencatatan dengan mempergunakan komputer

Catatan proses secara tradisional merupakan catatan yang berorientasi pada sumber. Setiap sumber baik catatan Perawat, dokter, Pekerja sosial atau tim kesehatan lainnya mempunyai catatan tersendiri. Frekuensi pencatatan tergantung dari kondisi Pasien. Biasanya catatan observasi dari Perawat mengandung Pengkajian data, pelaksanaan perawatan dan perintah dokter juga masalah-masalah baik yang menyangkut perawatan maupun kedokteran.

TABEL 2
CATATAN PASIEN TRADISIONAL

| Tgl. | Jam | Catatan uraian dan observasi | Tanda tangan |
|------|-----|------------------------------|--------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Pencatatan yang berorientasi pada masalah sama dengan tindakan yang dilakukan dalam proses keperawatan yaitu pengumpulan data, membuat diagnosa perawatan (masalah Klien), pelaksanaan perencanaan dan evaluasi. Dalam sistem ini difokuskan pada masalah, pencatatan yang terintegrasi dari siswa, disiplin, dan penggunaan format.

Pencatatan yang berorientasi pada masalah adalah suatu konsep, maka tidak disarankan suatu format atau prosedur yang baku.

Sistem ini mempunyai 4 komponen besar yaitu :

1. Data dasar
2. Daftar masalah
3. Rencana
4. Catatan perkembangan.

Data dasar

Merupakan informasi dasar yang dikumpulkan sebelum masalah diidentifikasi secara penuh. Data dasar terdiri dari : Identitas, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang dan sebelumnya, riwayat keluarga, riwayat sosial, profil pasien, pemeriksaan fisik, hasil-hasil penunjang medik.

Daftar masalah

Daftar masalah adalah kumpulan masalah yang dapat berupa masalah yang aktual maupun yang potensial. Daftar ini biasanya disimpan paling depan agar dengan cepat diketahui sudah diatasi atau belum.

Apabila masalah banyak maka perlu diatur menurut prioritas.

Rencana

Setelah masalah diidentifikasi, maka selanjutnya dibuat rencana. Rencana disesuaikan dengan tiap masalah yang telah diprioritaskan dengan cara menangani pasien secara prioritas sehingga Perawat dapat bekerja secara efektif dan efisien.

Catatan Perkembangan.

Merupakan komponen yang terakhir dari pencatatan yang berorientasi pada masalah. Pada umumnya catatan ini terdiri dari tiga bentuk yaitu :

1. Catatan secara kesinambungan

Catatan yang dibuat setiap saat apabila adanya perubahan keadaan Pasien secara cepat demikian pula hasil observasi.

2. Catatan secara Uraian

Catatan yang mencakup data subyektif, data obyektif, pengkajian, perencanaan dan evaluasi.

3. Catatan setelah sembuh

Adalah kesimpulan dari semua hasil asuhan keperawatan, dan termasuk keadaan saat pulang.

Sistem Informasi Komputer

Mempergunakan sistem komputer untuk memproses informasi dampaknya adalah hasil olahan data dapat cepat diperoleh, sehingga perawat mempunyai waktu banyak untuk memusatkan perhatian pada asuhan keperawatan Pasien. Keuntungan lain adalah bahwa komputer dapat memberikan peringatan kepada Perawat mengenai sesuatu yang abnormal dari fungsi Tubuh dan lain-lain. Perawat memilih/menjuruskan diagnosa perawatan, menentukan tujuan dan memilih tindakan yang tepat.

DAFTAR KEPUSTAKAAN

- Yura and Walsh, *The Nursing Process : Assesing, Planning, Implementing*, (Fourth Edition), Norwolk : Appenton Century Crols 1983.
- Yuyun. K., *Survey Penerapan Proses Keperawatan secara efektif dan efisien di Rumah Sakit Kepolisian Pusat Jakarta*, disampaikan pada Seminar Nasional Ilmu Keperawatan, Jakarta 10 Maret 1990
- Kelompok kerja Keperawatan Konsorsium Ilmu Kesehatan Ditjen Pendidikan Tinggi Depdikbud, *Proses Keperawatan*, disampaikan pada Lokakarya Persiapan Staf Pengajar Akper dan mengimplementasikan Program Diploma III Keperawatan, tgl. 27 - 28 Desember 1985.
- Little and Cornevali, *Nursing Care Planning*. (Second Edition), J.B.Lippincott Co, Philadelphia, 1969.
- Parsay Farinaz, *Utilization Of Nursing Manpower as part Of Management*, disampaikan pada Lokakarya pemanfaatan lulusan S1 Keperawatan, Cipanas, 7-9 Agustus 1987.

* *Bersukacitalah senantiasa, mengucap syukurlah dalam segala hal.*

BERITA KELUARGA

I. BERITA KELAHIRAN

Telah lahir dengan selamat, Aditya Irfansyah, putra kedua dari Penata Drg. Irawati Wisnuwardani (Staf Bag. Log Disdokkes Polri) pada tanggal 22 Oktober 1991.

II. BERITA KENAIKAN PANGKAT

Terhitung mulai tanggal 1 Oktober 1991

1. Kol Pol. Dr. Tjutju Karsono (Kadisdokkes Polri) menjadi Brigadir Jenderal Polisi.
2. Letkol Pol. Dr. Soekarno (Ses Rumkit Polpus) menjadi Kolonel Polisi
3. Lettu Pol. Drg. Kanti Utami (Pak Akhli Ladokpol Disdokkes Polri) menjadi Kapten Pol.
4. Lettu Pol Dyah Ratna Nurmala BSc (Rumkit Polpus menjadi Kapten Pol).
5. Lettu Pol. Elisabeth Sri Lestari BSc (Rumkit Polpus) menjadi Kapten Pol.
6. Lettu Pol. Triroso Adiwalyo SMPH (Rumkit Polpus) menjadi Kapten Pol.
7. Letda Pol. Supriyanto SM IP (Rumkit Polpus) menjadi Lettu Pol.
8. Letda Pol. Syahril SE (Rumkit Polpus) menjadi Lettu Pol.
9. Letda Pol. Etik Margawati BSc (Lakesmapta Pol) menjadi Lettu Pol.
10. Letda Pol. Hasan Mangus (Rumkit Polpus) menjadi Lettu Pol.
11. Letda Pol. Djatmika BSc (Rumkit Polpus) menjadi Lettu Pol.
12. Letda Pol. Solichin Awan Sarwana BSc (Rumkit Polpus) menjadi Lettu Pol.

III. BERITA MUTASI JABATAN

1. Kadisdokkes Polda Irja dari Letkol Pol Dr. Budi Indarto kepada Mayor Pol Dr. Panadyo, Letkol Pol. Dr. Budi Indarto sebagai Spri Kapolda Irja dalam rangka Pensiun.
2. Kadisdokkes Polda Sumbar dari Letkol Pol Dr. Anwari Lubis kepada Mayor Pol. Dr. Achmad Cheir, Letkol Pol Dr. Anwari Lubis sebagai Kanit Kumkes Ladokpol Disdokkes Polri.

IV. BERITA PENDIDIKAN

Telah selesai Pendidikan Spesialisasi.

1. Mayor Pol Dr. Rusman Rusli, spesialis penyakit dalam pada tanggal 8 - 11 - 1991 dan ditempatkan di Rumkit Bhayangkara Ujung Pandang.
2. Kapten Pol Dr. Bimanesh Sutarjo, spesialisasi penyakit dalam pada tanggal 31 Agustus 1991 dan ditempatkan di Rumkit Polpus Disdokes Polri.
3. Kapten Pol Dr. Yosep Siregar spesialisasi Radiologi pada tanggal 11 - 1 - 1991 ditempatkan di Disdokes Polda Metro Jaya.
4. Kapten Pol Dr. Ismandia spesialisasi Bedah syaraf pada tanggal 19 Juli 1991 dan ditempatkan di Disdokes Polda Jabar.
5. Kapten Pol Dr. Abd. Wahid spesialisasi Bedah tulang pada tanggal 21 Juni 1991 dan ditempatkan di Disdokes Polda Jatim.

V. BERITA DUKA CITA

Telah meninggal dunia

1. Ny. Setopranoto, ibu kandung dari Letkol Pol Dr. Santoso (Rumkit Polpus) pada tanggal 8 - 9 - 1991 di Semarang.
2. KRT Prapto Kusumo, ayah dari Letkol Pol Dr. AG. Subagio (Kadis dokkes Polda Sulselra) pada tanggal 21 - 9 - 1991 di Jogjakarta.
3. Ny. Sumiati Harjo Saputro, Ibu dari Letda Pol Ch. Sri Sulastri HS pada tanggal 6 - 10 - 1991 di Purworejo Jateng.
4. Letkol Pol. Purn. Marlono, ayah dari Drg. Sri Indriastuti pada tanggal 7 - 11 - 1991 di Rumkit Polpus Jakarta.