

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Proses Keperawatan

1. Pengertian Proses Keperawatan

Proses keperawatan adalah aktivitas yang mempunyai maksud yaitu praktik keperawatan yang dilakukan dengan cara yang sistematis. Selama melaksanakan proses keperawatan, perawat menggunakan dasar pengetahuan yang komprehensif untuk mengkaji status kesehatan klien, membuat penilaian yang bijaksana dan mendiagnosa, mengidentifikasi hasil akhir kesehatan klien dan merencanakan, menerapkan dan mengevaluasi tindakan keperawatan yang tepat guna mencapai hasil akhir tersebut (Dermawan, 2012).

Proses keperawatan adalah salah satu metoda efektif pemecahan masalah yang dilakukan perawat terhadap klien dengan pendekatan metodologi ilmiah. Asuhan keperawatan dapat dipertanggungjawabkan berdasarkan substansi ilmiah yaitu logis, sistematis, dinamis dan terstruktur (Muhlisin, 2011). Proses keperawatan adalah suatu metode ilmiah yang sistematis dan terorganisir dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien yang berfokus pada respon individu terhadap gangguan kesehatan yang dialami (Manurung, 2011).

2. Tujuan Proses Keperawatan

Tujuan proses keperawatan menurut Manurung (2011) adalah sebagai berikut:

- a. Mempraktikkan metode pemecahan masalah dalam praktik keperawatan.
- b. Menggunakan standar untuk praktik keperawatan.
- c. Memperoleh metoda yang baku dan sesuai, rasional dan sistematis dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien.
- d. Memperoleh metoda yang dapat digunakan dalam segala situasi.

e. Memperoleh hasil asuhan keperawatan dengan kualitas tinggi.

3. Komponen Proses Keperawatan

Proses keperawatan mempunyai 5 komponen menurut Ali (2009) sebagai berikut:

a. Pengkajian

1) Pengertian pengkajian

Pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan pasien menurut Lyer et al (1996, dalam Setiadi, 2012). Pengkajian adalah pendekatan sistematis untuk mengumpulkan data dan menganalisisnya (Manurung, 2011). Pengkajian adalah pemikiran dasar dari proses keperawatan yang bertujuan untuk mengumpulkan informasi atau data tentang pasien, agar dapat mengidentifikasi, mengenali masalah-masalah, kebutuhan kesehatan dan keperawatan pasien, baik fisik, mental, sosial dan lingkungan menurut Effendy (1995, dalam Dermawan, 2012).

2) Tujuan pengkajian

Tujuan pengkajian menurut Dermawan (2012) adalah sebagai berikut:

- a) Untuk memperoleh informasi tentang keadaan kesehatan pasien.
- b) Untuk menentukan masalah keperawatan dan kesehatan pasien.
- c) Untuk menilai keadaan kesehatan pasien.
- d) Untuk membuat keputusan yang tepat dalam menentukan langkah-langkah berikutnya.

3) Tipe data

Tipe data menurut Setiadi (2012) adalah sebagai berikut:

a) Data subjektif

Data subjektif adalah deskripsi verbal pasien mengenai masalah kesehatannya. Data subjektif diperoleh dari riwayat keperawatan termasuk persepsi pasien, perasaan dan ide tentang status kesehatannya. Sumber data lain dapat diperoleh dari keluarga, konsultan dan tenaga kesehatan lainnya.

b) Data objektif

Data objektif adalah hasil observasi atau pengukuran dari status kesehatan pasien.

4) Hal – hal yang harus diperhatikan dalam pengkajian

Hal-hal yang harus diperhatikan dalam pengkajian menurut Dermawan (2012) adalah sebagai berikut:

a) Data yang dikumpulkan harus menyeluruh meliputi aspek bio-psiko-sosial dan spiritual.

b) Menggunakan berbagai sumber yang ada relevansinya dengan masalah pasien dan menggunakan cara-cara pengumpulan data yang sesuai dengan kebutuhan pasien.

c) Dilakukan secara sistematis dan terus menerus.

d) Dicatat dalam catatan keperawatan secara sistematis dan terus menerus.

e) Dikelompokkan menurut kebutuhan bio-psiko-sosial dan spiritual.

f) Dianalisis dengan dukungan pengetahuan yang relevan.

b. Diagnosa keperawatan

1) Pengertian diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah suatu kesimpulan yang dihasilkan dari analisa data (Carpenito, 2009). Diagnosa

keperawatan adalah penilaian klinik tentang respon individu keluarga, atau komunitas terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang aktual atau potensia. Diagnosa keperawatan memberikan dasar untuk pemilihan intervensi keperawatan untuk mencapai hasil yang merupakan tanggung jawab perawat menurut *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA) (1990, dalam Allen, 1998).

Diagnosa keperawatan adalah langkah kedua dari proses keperawatan yang menggambarkan penilaian klinik tentang respon individu, keluarga, kelompok maupun masyarakat terhadap permasalahan kesehatan baik aktual maupun potensial. Dimana perawat mempunyai lisensi dan kompetensi untuk mengatasinya (Sumijatun, 2010). Diagnosa keperawatan adalah pernyataan yang jelas, singkat dan pasti tentang masalah pasien yang nyata serta penyebabnya dapat dipecahkan atau diubah melalui tindakan keperawatan menurut Gordon (1982, dalam Dermawan, 2012).

Diagnosa keperawatan adalah suatu pernyataan yang singkat, tegas, dan jelas tentang respon klien terhadap masalah kesehatan/penyakit tertentu yang aktual dan potensial karena ketidaktahuan, ketidakmauan, atau ketidakmampuan pasien/klien mengatasinya sendiri yang membutuhkan tindakan keperawatan untuk mengatasinya (Ali, 2009).

2) Kriteria diagnosa keperawatan

Kriteria antara lain sebagai berikut (Nursalam, 2015) :

- a) Status kesehatan dibandingkan dengan standar untuk menentukan kesenjangan.
- b) Diagnosa keperawatan dihubungkan dengan penyebab kesenjangan dan pemenuhan kebutuhan pasien.
- c) Diagnosa keperawatan dibuat sesuai dengan wewenang.
- d) Komponen diagnosa terdiri atas PE/PES.

- e) Pengkajian ulang dan revisi terhadap diagnosis berdasarkan data terbaru.

3) Tujuan diagnosa keperawatan

Tujuan diagnosa keperawatan untuk mengidentifikasi menurut Wahid & Suprpto (2012) sebagai berikut:

- a) Masalah dimana adanya respon klien terhadap status kesehatan atau penyakit.
- b) Faktor yang menunjang atau menyebabkan suatu masalah.
- c) Kemampuan klien untuk mencegah atau menyelesaikan masalah.
- d) Mengkomunikasikan masalah klien pada tim kesehatan.
- e) Mendemonstrasikan tanggung jawab dalam indentifikasi masalah klien.
- f) Mengidentifikasi masalah utama untuk perkembangan intervensi keperawatan.

4) Komponen diagnosa keperawatan

Komponen diagnosa keperawatan menurut Dermawan (2012) sebagai berikut:

a) *Problem*

Problem adalah gambaran keadaan pasien dimana tindakan keperawatan dapat diberikan. Masalah atau *problem* adalah kesenjangan atau penyimpangan dari keadaan normal yang seharusnya tidak terjadi.

Tujuan : menjelaskan status kesehatan pasien secara jelas dan sesingkat mungkin. Diagnosis keperawatan disusun dengan menggunakan standart yang telah disepakati, supaya :

- (1) Perawat dapat berkomunikasi dengan istilah yang dimengerti secara umum.
- (2) Memfasilitasi dan mengakses diagnosa keperawatan.

(3) Sebagai metode untuk mengidentifikasi perbedaan masalah keperawatan dengan masalah medis.

(4) Meningkatkan kerjasama perawat dalam mendefinisikan diagnosis dari data pengkajian dan intervensi keperawatan.

b) Etiologi

Etiologi atau faktor penyebab adalah faktor klinik dan personal yang dapat merubah status kesehatan atau mempengaruhi perkembangan masalah. Merupakan pedoman untuk merumuskan intervensi. Unsur – unsur dalam identifikasi etiologi meliputi unsur PSMM :

(1) Patofisiologi penyakit : semua proses penyakit, akut atau kronis yang dapat menyebabkan atau mendukung masalah.

(2) Situasional : personal dan lingkungan (kurang pengetahuan, isolasi sosial).

(3) Medikasi (berhubungan dengan program perawatan atau pengobatan) : keterbatasan institusi atau rumah sakit, sehingga tidak mampu memberikan perawatan.

(4) Maturasional : *adolensent* (ketergantungan dalam kelompok), *young adult* (menikah, hamil, menjadi orang tua), dewasa (tekanan karier).

c) *Sign and symptom*

Data subyektif dan obyektif yang ditemukan sebagai komponen pendukung terhadap diagnosa keperawatan. *Sign and symptom* (tanda dan gejala) adalah ciri, tanda atau gejala yang merupakan informasi yang diperlukan untuk merumuskan diagnosa keperawatan.

Komponen diagnosa keperawatan menurut PPNI (2010) terdiri dari masalah (P), etiologi atau penyebab (E) dan tanda atau gejala (S) atau terdiri dari masalah dengan penyebab (PE).

5) Langkah – langkah menentukan diagnosa keperawatan

Langkah – langkah menentukan diagnosa keperawatan menurut Setiadi (2012) sebagai berikut:

a) Klasifikasi dan analisis data

Klasifikasi atau memfokuskan data adalah mengelompokkan data-data pasien atau keadaan tertentu dimana klien mengalami permasalahan kesehatan atau keperawatan berdasarkan kriteria permasalahannya.

Analisis data adalah kemampuan mengkaitkan data dan menghubungkan data tersebut dengan konsep teori dan prinsip yang relevan untuk membuat kesimpulan dalam menentukan masalah kesehatan dan keperawatan pasien.

Cara analisis data adalah:

- (1) Validasi data, meneliti kembali data yang terkumpul.
- (2) Mengelompokkan data berdasarkan kebutuhan biopsiko-sosial dan spiritual.
- (3) Membandingkan dengan standar.
- (4) Membuat kesimpulan tentang kesenjangan yang ditemukan.

b) Interpretasi data

- (1) Menentukan kelebihan pasien.

Jika pasien memenuhi standar kriteria kesehatan, perawat akan menyimpulkan bahwa pasien memiliki kelebihan dalam hal tertentu dan kelebihan ini dapat digunakan untuk membantu menyelesaikan permasalahan pasien.

- (2) Menentukan masalah pasien/ menyimpulkan.

Jika pasien tidak memenuhi standar kriteria kesehatan maka pasien tersebut mengalami keterbatasan dalam aspek kesehatannya dan memerlukan pertolongan.

(3) Menentukan masalah pasien yang pernah dialami, tahap ini perawat menentukan masalah potensial pasien.

(4) Penentuan keputusan.

(a) Tidak ada masalah tetapi perlu peningkatan status dan fungsi (kesejahteraan) : tidak ada indikasi respon perawat, meningkatnya status kesehatan, adanya inisiatif promosi kesehatan.

(b) Masalah kemungkinan.

Pola mengumpulkan data untuk memastikan ada atau tidaknya masalah yang diduga.

(c) Masalah aktual atau risiko.

Pasien tidak mampu merawat karena pasien menolak masalah dan pengobatan.

(d) Masalah kolaboratif.

Konsultasikan dengan tenaga kesehatan profesional yang kompeten dan bekerja secara kolaboratif pada masalah tersebut.

c) Validasi data

Pada tahap ini perawat memvalidasi data yang ada secara akurat yang dilakukan bersama pasien dan keluarga atau masyarakat. Validasi ini dilaksanakan dengan mengajukan pertanyaan yang reflektif kepada pasien atau keluarga tentang kejelasan interpretasi data.

d) Merumuskan diagnosa keperawatan

Perumusan diagnosa keperawatan didasarkan pada identifikasi masalah dan

kemungkinan penyebab. Selain itu perumusan diagnosa juga sesuai dengan kebutuhan pasien.

6) Tipe diagnosa keperawatan

Tipe diagnosa keperawatan menurut Carpenito (2009) sebagai berikut:

a) Diagnosa keperawatan aktual.

Diagnosa keperawatan aktual adalah diagnosa menjelaskan masalah yang nyata terjadi saat ini. Pada diagnosa keperawatan aktual batasan karakteristiknya adalah tanda dan gejala yang bila terlihat dalam waktu yang sama mewakili diagnosa keperawatan. Batasan karakteristik dibedakan menjadi karakteristik mayor dan minor. Mayor setidaknya satu tanda harus ada untuk validasi diagnosa, minor mendukung bukti tetapi boleh tidak ada.

b) Diagnosa keperawatan risiko.

Diagnosa keperawatan risiko adalah keputusan klinis yang divalidasi oleh faktor risiko. Tidak terdapat tanda dan gejala mayor.

c) Diagnosa keperawatan potensial.

Diagnosa keperawatan potensial adalah diagnosa yang didasarkan atas kondisi sehat klien untuk mencapai tingkat kesehatan yang lebih tinggi.

d) Diagnosa keperawatan kemungkinan.

Diagnosa keperawatan kemungkinan adalah pernyataan tentang masalah yang diduga akan terjadi, masih memerlukan data tambahan.

e) Diagnosa keperawatan sindroma

Diagnosa keperawatan sindroma adalah sekelompok atau kumpulan dari beberapa diagnosa keperawatan yang terjadi secara bersamaan yang memiliki penyebab tunggal.

Berdasarkan peraturan menteri kesehatan Republik Indonesia nomor 40 tahun 2017 menyatakan bahwa salah satu kompetensi perawat adalah merumuskan diagnosa keperawatan.

c. Perencanaan keperawatan

1) Pengertian perencanaan keperawatan

Perencanaan keperawatan adalah suatu proses di dalam pemecahan masalah yang merupakan keputusan awal tentang sesuatu apa yang akan dilakukan, bagaimana dilakukan, kapan dilakukan, siapa yang melakukan dari semua tindakan keperawatan (Dermawan, 2012).

Perencanaan keperawatan adalah rencana tindakan keperawatan tertulis yang menggambarkan masalah kesehatan pasien, hasil yang akan diharapkan, tindakan-tindakan keperawatan dan kemajuan pasien secara spesifik (Manurung, 2011).

Perencanaan keperawatan adalah bagian dari fase pengorganisasian dalam proses keperawatan sebagai pedoman untuk mengarahkan tindakan keperawatan dalam usaha membantu, meringankan, memecahkan masalah atau untuk memenuhi kebutuhan pasien (Setiadi, 2012).

2) Tujuan perencanaan keperawatan

Tujuan rencana tindakan dibagi menjadi dua menurut Dermawan (2012) yaitu:

a) Tujuan administratif

- (1) Untuk mengidentifikasi fokus keperawatan kepada pasien atau kelompok.
- (2) Untuk membedakan tanggungjawab perawat dengan profesi kesehatan lainnya.
- (3) Untuk menyediakan suatu kriteria guna pengulangan dan evaluasi keperawatan.
- (4) Untuk menyediakan kriteria klasifikasi pasien.

b) Tujuan klinik

- (1) Menyediakan suatu pedoman dalam penulisan.
- (2) Mengkomunikasikan dengan staf perawat; apa yang diajarkan, diobservasi dan dilaksanakan.
- (3) Rencana tindakan yang spesifik secara langsung bagi individu, keluarga, dan tenaga kesehatan lainnya untuk melaksanakan tindakan.

3) Langkah - langkah perencanaan keperawatan

Langkah – langkah perencanaan keperawatan menurut Manurung (2011) adalah sebagai berikut:

a) Menentukan prioritas masalah.

Prioritas keperawatan adalah penyusunan diagnosa keperawatan atau masalah pasien dengan menggunakan tingkat kedaruratan atau kepentingan untuk memperoleh tahapan intervensi keperawatan yang dibutuhkan.

Saat menentukan prioritas diagnosa keperawatan digunakan standar prioritas kebutuhan dari Maslow, sebagai berikut :

Prioritas 1 : masalah yang berhubungan dengan kebutuhan fisiologis seperti respirasi, sirkulasi, nutrisi, hidrasi, eliminasi, suhu dan kesenjangan fisik.

Prioritas 2 : masalah yang berpengaruh pada keselamatan dan keamanan.

Prioritas 3 : masalah yang berpengaruh terhadap cinta dan rasa memiliki.

Prioritas 4 : masalah yang berpengaruh pada rasa harga diri.

Prioritas 5 : masalah yang berpengaruh pada kemampuan mencapai sasaran pribadi atau aktualisasi diri.

Pengurutan prioritas akan dipengaruhi oleh faktor-faktor persepsi pasien terhadap prioritas, untuk itu menanyakan kepada pasien tentang apa yang dirasakannya merupakan hal yang penting.

b) Menuliskan tujuan dan kriteria hasil.

Tujuan perawatan adalah hasil yang diinginkan dari asuhan keperawatan yang diharapkan dapat dicapai bersama pasien serta direncanakan untuk mengurangi masalah yang telah diidentifikasi dalam diagnosis keperawatan (Manurung, 2011).

Saat merumuskan tujuan, ada beberapa petunjuk umum yang perlu diperhatikan menurut Manurung (2011), yaitu :

- (1) Tujuan dinyatakan dengan istilah hasil yang ingin dicapai, bukan tindakan keperawatannya.
- (2) Tujuan keperawatan harus menggambarkan perilaku pasien yang dapat diamati dan diukur.
- (3) Tujuan harus realistis, mencerminkan kemampuan dan keterlibatan pasien.
- (4) Setiap tujuan berdasarkan dari satu diagnosis keperawatan.

Kriteria hasil mempunyai ciri-ciri menurut Dermawan (2012) yaitu setiap kriteria hasil berhubungan dengan tujuan yang telah ditetapkan, hasil yang ditetapkan dalam kriteria hasil, memungkinkan untuk dicapai, setiap kriteria hasil adalah pernyataan satu hal yang spesifik, kriteria harus sekonkrit mungkin untuk memudahkan pengukuran, kriteria cukup besar atau dapat diukur, kriteria menggunakan kata-kata positif bukan menggunakan kata negatif.

Pedoman penulisan kriteria hasil menurut Setiadi (2012) adalah berfokus pada pasien, singkat dan jelas, dapat diobservasi dan dapat diukur, ada batas waktu, ditentukan oleh perawat dan pasien.

- c) Memilih rencana tindakan atau intervensi keperawatan.
- (1) Tindakan keperawatan harus aman bagi pasien.
 - (2) Tindakan keperawatan harus sejalan dengan tindakan pengobatan.
 - (3) Tindakan keperawatan harus didasari prinsip dan pengetahuan yang digabungkan dari pendidikan dan pengalaman sebelumnya.
 - (4) Tulis sekumpulan tindakan keperawatan untuk mencapai setiap tujuan.
 - (5) Pilih satu kumpulan tindakan keperawatan yang kiranya cocok dengan sikap yang disebutkan dalam pernyataan tujuan.
 - (6) Tindakan keperawatan harus realistis.
 - (7) Tindakan keperawatan harus penting bagi peningkatan kesehatan pasien dan sejalan dengan tujuan serta nilai perseorangan pasien.
 - (8) Gunakan pasien sebagai sumber-sumber dalam memilih tindakan keperawatan.
 - (9) Tulis tindakan keperawatan secara berurutan.

d. Implementasi keperawatan

1) Pengertian implementasi keperawatan

Implementasi keperawatan adalah pelaksanaan rencana keperawatan oleh perawat dan pasien (Riyadi, 2010).

Implementasi keperawatan adalah pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan (Setiadi, 2012).

2) Pedoman implementasi keperawatan

Pedoman implementasi keperawatan menurut Dermawan (2012) sebagai berikut:

- a) Tindakan yang dilakukan konsisten dengan rencana dan dilakukan setelah memvalidasi rencana.

Validasi menentukan apakah rencana masih relevan, masalah mendesak, berdasar pada rasional yang baik dan diindividualisasikan. Perawat memastikan bahwa tindakan yang sedang diimplementasikan, baik oleh pasien, perawat atau yang lain, berorientasi pada tujuan dan hasil. Tindakan selama implementasi diarahkan untuk mencapai tujuan.

- b) Keterampilan interpersonal, intelektual dan teknis dilakukan dengan kompeten dan efisien di lingkungan yang sesuai.

Perawat harus kompeten dan mampu melaksanakan keterampilan ini secara efisien guna menjalankan rencana. Kesadaran diri dan kekuatan serta keterbatasan perawat menunjang pemberian asuhan yang kompeten dan efisien sekaligus memerankan peran keperawatan profesional.

- c) Keamanan fisik dan psikologis pasien dilindungi.

Selama melaksanakan implementasi, keamanan fisik dan psikologis dipastikan dengan mempersiapkan pasien secara adekuat, melakukan asuhan keperawatan dengan terampil dan efisien, menerapkan prinsip yang baik, mengindividualisasikan tindakan dan mendukung pasien selama tindakan tersebut.

- d) Dokumentasi tindakan dan respon pasien dicantumkan dalam catatan perawatan kesehatan dan rencana asuhan.

Dokumentasi dalam catatan perawatan kesehatan terdiri atas deskripsi tindakan yang diimplementasikan dan respon pasien terhadap tindakan tersebut. Tindakan yang tidak diimplementasikan juga dicatat disertai alasan. Dokumentasi rencana asuhan untuk meningkatkan kesinambungan asuhan dan untuk mencatat perkembangan pasien guna mencapai kriteria hasil.

e. Evaluasi keperawatan

1) Pengertian evaluasi keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah mengkaji respon pasien setelah dilakukan intervensi keperawatan dan mengkaji ulang asuhan keperawatan yang telah diberikan (Deswani, 2009).

Evaluasi keperawatan adalah kegiatan yang terus menerus dilakukan untuk menentukan apakah rencana keperawatan efektif dan bagaimana rencana keperawatan dilanjutkan, merevisi rencana atau menghentikan rencana keperawatan (Manurung, 2011).

2) Penilaian keberhasilan

Penilaian adalah tahap yang menentukan apakah tujuan tercapai. Evaluasi selalu berkaitan dengan tujuan, apabila dalam penilaian ternyata tujuan tidak tercapai, maka perlu dicari penyebabnya. Hal tersebut dapat terjadi karena beberapa faktor :

- a) Tujuan tidak realistis.
- b) Tindakan keperawatan yang tidak tepat.
- c) Terdapat faktor lingkungan yang tidak dapat diatasi.

Alasan pentingnya penilaian sebagai berikut :

- a) Menghentikan tindakan atau kegiatan yang tidak berguna.
- b) Untuk menambah ketepatan tindakan keperawatan.
- c) Sebagai bukti hasil dari tindakan perawatan.
- d) Untuk pengembangan dan penyempurnaan praktik keperawatan.

3) Tipe pernyataan evaluasi

Tipe pernyataan evaluasi menurut Setiadi (2012) sebagai berikut:

Tipe pernyataan tahapan evaluasi dapat dilakukan secara formatif dan sumatif. Evaluasi formatif adalah evaluasi

yang dilakukan selama proses asuhan keperawatan, sedangkan evaluasi sumatif adalah evaluasi akhir.

a) Pernyataan evaluasi formatif.

Hasil observasi dan analisa perawat terhadap respon pasien segera pada saat atau setelah dilakukan tindakan keperawatan dan ditulis pada catatan perawatan.

b) Pernyataan evaluasi sumatif.

Rekapitulasi dan kesimpulan dari observasi dan analisa status kesehatan sesuai waktu pada tujuan dan ditulis pada catatan perkembangan.

4) Bentuk evaluasi

Bentuk evaluasi menurut Deswani (2009) sebagai berikut:

a) Evaluasi struktur.

Evaluasi struktur difokuskan pada kelengkapan tata cara atau keadaan sekeliling tempat pelayanan keperawatan diberikan. Aspek lingkungan secara langsung atau tidak langsung mempengaruhi dalam pemberian pelayanan.

b) Evaluasi proses.

Evaluasi proses berfokus pada penampilan kerja perawat dan apakah perawat dalam memberikan pelayanan keperawatan merasa cocok, tanpa tekanan, dan sesuai wewenang.

c) Evaluasi hasil.

Evaluasi hasil berfokus pada respon dan fungsi pasien. Respon perilaku pasien merupakan pengaruh dari intervensi keperawatan dan akan terlihat pada pencapaian tujuan dan kriteria hasil.

4. Manfaat kegunaan proses keperawatan

Manfaat kegunaan proses keperawatan menurut Dermawan (2013) adalah sebagai berikut:

- a. Manfaat untuk pasien
 - 1) Mendapatkan pelayanan asuhan keperawatan yang bermutu, efektif dan efisien.
 - 2) Pasien bebas mengemukakan pendapat tentang kebutuhannya untuk mempercepat penyembuhan.
 - 3) Proses penyembuhan dapat dipercaya dan pasien mendapat kepuasan.
- b. Manfaat untuk tenaga keperawatan
 - 1) Kemampuan intelektual dan teknis tenaga keperawatan dapat berkembang meliputi kemampuan berfikir kritis analitis maupun kemampuan keterampilan teknis.
 - 2) Meningkatkan kemandirian perawat.
 - 3) Kepuasan yang dirasakan pasien akan meningkatkan citra perawat dimata masyarakat.
- c. Manfaat untuk institusi kesehatan
 - 1) Banyak pasien sehingga pembiayaan meningkat, yang akan berdampak pada peningkatan mutu pelayanan dan kesejahteraan tenaga kesehatan.
 - 2) Citra rumah sakit bertambah dimata masyarakat.
- d. Manfaat untuk masyarakat

Masyarakat akan memperoleh pelayanan kesehatan yang bermutu dan berkualitas.

Perawat dalam mengelola asuhan keperawatan dan diagnosa keperawatan harus memiliki kompetensi.

B. Kompetensi Perawat

1. Pengertian kompetensi perawat

Kompetensi adalah kemampuan seseorang yang dapat terobservasi mencakup pengetahuan, keterampilan dan sikap dalam menyelesaikan suatu pekerjaan atau tugas dengan standar kinerja yang ditetapkan (PPNI, 2013). Kompetensi perawat adalah refleksi

kompetensi yang harus dimiliki oleh perawat untuk memberikan asuhan keperawatan profesional (PPNI, 2013).

2. Penjabaran area kompetensi perawat Indonesia

Kerangka kerja kompetensi perawat dikelompokkan dalam ranah kompetensi menurut PPNI (2013) sebagai berikut:

- a. Praktik profesional, etis, legal dan peka budaya.
 - 1) Bertanggung jawab terhadap praktik profesional.
 - 2) Melaksanakan praktik keperawatan dengan prinsip etis dan peka budaya.
 - 3) Melaksanakan praktik secara legal.
- b. Pemberi asuhan dan manajemen asuhan keperawatan.
 - 1) Menerapkan prinsip dasar dalam pemberian asuhan keperawatan dan pengelolaannya.
 - 2) Melaksanakan upaya promosi kesehatan dalam pelayanan maupun asuhan keperawatan.
 - 3) Melakukan pengkajian keperawatan.
 - 4) Melakukan analisis data dan merumuskan diagnosa keperawatan.
 - 5) Menyusun rencana keperawatan.
 - 6) Melaksanakan tindakan keperawatan sesuai rencana.
 - 7) Mengevaluasi asuhan tindakan keperawatan.
 - 8) Menggunakan komunikasi terapeutik dan hubungan interpersonal dalam pemberi pelayanan dan asuhan keperawatan.
 - 9) Menciptakan dan mempertahankan lingkungan yang aman.
 - 10) Membina hubungan interprofesional dalam pelayanan maupun asuhan keperawatan.
 - 11) Menjalankan fungsi delegasi dan supervise baik dalam pelayanan maupun asuhan keperawatan.

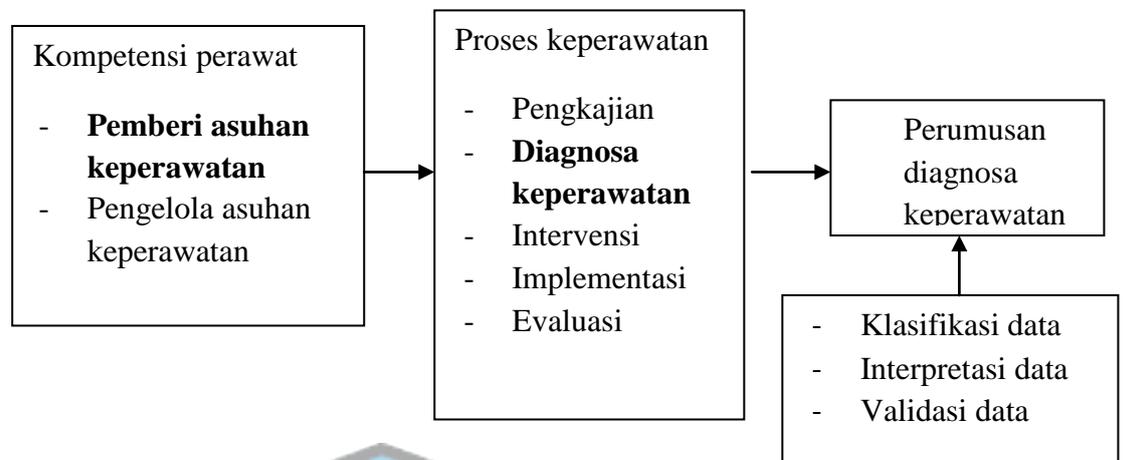
- c. Pengembangan kualitas personal dan profesional.
 - 1) Melaksanakan peningkatan profesional dalam praktik keperawatan.
 - 2) Melaksanakan peningkatan mutu pelayanan maupun asuhan keperawatan.
 - 3) Mengikuti pendidikan berkelanjutan sebagai wujud tanggung jawab profesi.
- 3. Kompetensi inti dalam menentukan diagnosa keperawatan berdasarkan kategori perawat.
 - a. Perawat ahli madya.

Mengidentifikasi penyimpangan data yang berpotensi terjadinya masalah kesehatan.
 - b. Ners.

Mengorganisasi, mensintesis, menganalisa, menerjemahkan data hasil pengkajian dari berbagai sumber, untuk menegakkan diagnosis keperawatan dan menetapkan rencana asuhan keperawatan.
 - c. Ners spesialis.

Mengorganisasikan, mensintesis, menganalisis, menerjemahkan data dari berbagai sumber untuk menegakkan diagnosis keperawatan dan menetapkan rencana asuhan keperawatan.

C. Kerangka Teori



Gambar 2.1
Kerangka Teori
(PPNI, 2013 ; Setiadi, 2012)

D. Variabel Penelitian

Penelitian ini terdiri dari variabel tunggal yaitu kompetensi perawat dalam merumuskan diagnosa keperawatan.

E. Hipotesis

Hipotesis dalam penelitian ini adalah kompetensi perawat dalam merumuskan diagnosa keperawatan pada pasien di ruang rawat inap RSUD Tugurejo Semarang baik.