

BAB 2

PENGAJIAN KEPERAWATAN

Capaian Pembelajaran:

Mahasiswa mampu mengumpulkan data, menganalisa dan merumuskan masalah, merencanakan, mengimplementasikan, mengevaluasi dan mendokumentasi serta menyajikan informasi asuhan keperawatan

Kemampuan Akhir Yang Diharapkan:

Mahasiswa mampu melakukan pengkajian melalui pengumpulan data primer dan sekunder pada asuhan keperawatan mandiri ataupun kelompok.

Pokok Bahasan:

4.2 Pengertian Pengkajian Keperawatan

4.3 Tujuan pengkajian Keperawatan

4.4 Pengkajian Yang Berorientasi Pada Konsep

4.4.1 Pengkajian Model Pola Kesehatan Fungsional

4.4.2 Pengkajian Berorientasi Pada Masalah

4.5 Jenis- jenis Pengkajian

4.6 Kegiatan Dalam Pengkajian

4.7 Pengenalan tentang Data

4.7.1 Sumber- Sumber Data

4.7.2 Jenis-Jenis Data

4.7.3 Teknik Pengumpulan Data

4.8 Kemampuan Yang Harus Dimiliki Perawat Dalam Pengkajian

4.9 Hambatan Dalam Pengkajian

2.1 Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses asuhan keperawatan. Pengkajian merupakan tahap awal dan dasar dalam proses keperawatan, dalam tahap ini terjadi proses pengumpulan data. Data yang didapat dari hasil pengkajian, akan menentukan keberhasilan perawat dalam mengidentifikasi permasalahan pasien di tahap berikutnya.

2.2 Tujuan Pengkajian

Dalam melakukan pengumpulan data dalam pengkajian keperawatan ada beberapa tujuan antara lain;

- 1) Mengumpulkan informasi terkait status kesehatan klien dari berbagai sumber data
- 2) Mengumpulkan, mengorganisasikan, serta mencatat berbagai data yang menjelaskan respon tubuh akibat masalah kesehatan
- 3) Mengidentifikasi kebutuhan unik pasien terhadap masalah keperawatan yang akan memengaruhi layanan keperawatan yang diberikan.
- 4) Mengumpulkan data fokus yang mendukung masalah keperawatan yang sedang atau akan dihadapi klien.
- 5) Menjamin adanya informasi dasar yang berguna supaya dapat memberikan referensi untuk mengukur perubahan kondisi pasien.
- 6) Menyajikan data yang cukup bagi justifikasi kebutuhan pasien untuk melakukan tindakan keperawatan

2.3 Pengkajian Yang Berorientasi Pada Konsep

Pengkajian dengan pendekatan teori model merupakan penggunaan format data dasar dengan berdasar pada konsep teori model keperawatan yang sudah di terima secara luas atau berdasar pada standar praktik. Konsep-konsep teori tersebut diantaranya seperti pola kesehatan fungsional dari Gordon (1994), Model Self care dari Dorothea Orem, Model Promosi kesehatan dari Pander (1996) juga standar pengkajian Nyeri Akut dari Agency For Health Care Research And Quality (1992) Sebagai contoh, berikut disajikan ilustrasi format pengkajian dengan model konsep Gordon (Pola Kesehatan Fungsional)

2.3.1 Pengkajian Model Pola Kesehatan Fungsional

Tabel 2 pengkajian model pola kesehatan fungsional- Gordon

No.	Pola Kesehatan Fungsional	Deskripsi Pola
1.	Pola persepsi manajemen kesehatan	Menggambarkan penjelasan pribadi klien mengenai kesehatan dan kesejahteraan, bagaimana klien mengelola kesehatannya, dan pengetahuan klien tentang praktik pencegahan pada masalah kesehatan
2.	Pola metabolisme-nutrisi	Menggambarkan pola makan dan minum klien sehari-hari atau dalam jangka seminggu (seperti pilihan makan tertentu atau makanan yang harus dihindari, diet tertentu), berat badan, dan pertambahan berat badan.
5	Pola eliminasi	Menggambarkan pola ekskresi pada usus, kandung kemih, dan kulit
4.	Pola aktivitas-latihan	Menggambarkan pola latihan, aktivitas, liburan, dan rekreasi, kemampuan untuk dapat menjalankan aktivitas sehari-hari
5.	Pola istirahat-tidur	Menggambarkan pola latihan, aktivitas, liburan, dan rekreasi, kemampuan untuk dapat menjalankan aktivitas sehari-hari.
6.	Pola kognitif-persepsi	Menggambarkan pola persepsi sensorik, kemampuan berbahasa, ingatan, dan pembuatan keputusan
7.	Pola persepsi diri – konsep diri	Menggambarkan pola konsep dan persepsi diri klien seperti konsep diri, pola emosi, dan gambaran diri.
8.	Pola aturan-berhubungan	Menggambarkan pola klien yang berkaitan dengan ikatan dan hubungan sosial
9.	Pola seksual- reproduksi	Menggambarkan pola kepuasan seksual klien, pola reproduksi klien masalah pre post menopause.
10.	Pola Koping toleransi terhadap stres	Menggambarkan pola koping klien dalam menangani stress, sumber dukungan efektivitas pola koping yang klien miliki dalam menoleransi stress
11.	Pola nilai- kepercayaan	Menggambarkan pola nilai, kepercayaan dan tujuan yang memengaruhi pilihan dan keputusan klien.

Dari tabel diatas, pertama yang harus dilakukan adalah perawat fokus tentang pola kesehatan yang mengarah pada suatu masalah. Kemudian, perawat mengelompokkan perilaku dan respons fisiologis klien yang berkaitan dengan kategori kesehatan fungsional.

2.3.2 Pengkajian berorientasi Pada Masalah

Pendekatan berorientasi pada masalah merupakan pendekatan yang berfokus pada situasi klien dan memulai dengan masalah yang klien rasakan. Sebagai contoh data perasaan nyeri pada bagian punggung; dari keluhan tersebut, perawat bisa mengajukan pertanyaan untuk memperjelas dan memperluas pengkajian masalah kesehatan yang klien keluhkan. Jika perawat bisa melakukan pengkajian yang lengkap, mampu menganalisis riwayat permasalahan klien yang efektif, maka kita dapat menegakan diagnosa keperawatan yang tepat dan memulai membuat rencana perawatan.

Perhatikan tabel 3 tentang pengkajian yang berfokus pada masalah klien dibawah ini;

Masalah klien	Pertanyaan	Pengkajian fisik
Nyeri	Bisa gambarkan perasaan nyeri anda kepada saya?	Lihat tandanonverbal klien
Gambaran nyeri	Silahkan letakan jari anda di area nyeri/sakit	Lihat dimana area yang ditunjukkan klien
Faktor presipitasi	Nyeri yang anda rasakan, lebih sakit mana pada saat anda bekerja atau diam?	Observasi jika klien memperlihatkan tanda non verbal dari nyeri saat dia bergerak/berbaring
Faktor yang mengurangi rasa nyeri	Bagaimana anda mengurangi rasa nyeri saat di rumah? Apa yang anda minum/makan untuk mengurangi rasa nyeri?	Observasi kegiatan pasien untuk mengurangi atau menghilangkan perasaan nyeri.

Kedua pendekatan diatas baik jika dilakukan oleh perawat, dan bagi mahasiswa diharapkan dapat memanfaatkan dua pendekatan tersebut.

Format pengkajian yang ada di lahan praktik, atau institusi pendidikan biasanya menggabungkan dari beberapa konsep model atau pendekatan.

2.4 Jenis- jenis Pengkajian

Ada tiga jenis pengkajian keperawatan yang menjadi pola umum dari proses keperawatan. Tiga jenis tersebut adalah:

1) Pengkajian awal (*Initial Assesment*)

Fase ini adalah fase yang sangat awal dari seluruh proses asuhan keperawatan. Pada fase ini dilakukan pengkajian awal dengan cara mengisi formulir/format pengkajian data dasar keperawatan. Terdapat berbagai model formulir/format pengkajian keperawatan yang akan dibahas berikutnya.

2) Pengkajian berkelanjutan (*On Going Assesment*)

Pada fase on going assesment ada proses konfirmasi serta perluasan data dasar. Data-data yang lebih up to date diharapkan bisa didapat oleh perawat. Berbagai hal yang belum didapat pada fase awal dan dari hasil pemeriksaan diagnostik serta data-data dari sumber lain, diharapkan dikonfirmasi ulang serta digali lebih mendalam.

Ada 2 sifat dasar dari data on going assesment yaitu;

a) Data konfirmasi

Data konfirmasi dilakukan untuk mendapatkan validasi informasi, ini dilakukan apabila data dasar yang didapatkan masih diragukan keakuratannya.

Konfirmasi data dilakukan ketika terdapat data pasien yang cepat berubah kondisinya, misalnya tekanan darah sehingga membutuhkan pengulangan pengukuran tekanan darah, atau saat pasien di rawat di ICU maka dibutuhkan sistem pencatatan yang mengkaji sistem tubuh dengan atau tanpa perubahan klinis setiap shift kerja perawat.

b) Data perluasan

Data perluasan adalah data yang didapat dari hasil riset literatur, penggalan lewat wawancara, dan dari hasil pemeriksaan laboratorium.

3) Pengkajian khusus

Pengkajian ini dilakukan ketika pasien membutuhkan alat ukur tertentu untuk mengkaji data khusus pasien, sehingga dapat dilakukan pengambilan keputusan klinis. Contoh pengkajian tingkat kesadaran menggunakan GCS (*Glasscow Coma Scale*), pengkajian status kecemasan pasien menggunakan alat ukur skala HARS (*Hamilton Anxiety rating Scale*), pengkajian kondisi bayi baru lahir menggunakan APGAR SCORE dsb.

2.5 Kegiatan dalam pengkajian

Pada tahap pengkajian keperawatan ada beberapa kegiatan yang harus dilakukan perawat untuk mengidentifikasi permasalahan klien. Kegiatan pengkajian data memiliki beberapa rangkaian, jika ada salah satu rangkaian tidak dilakukan maka seluruh proses keperawatan adapun kegiatan tersebut adalah:

a. Pengumpulan data

Kegiatan ini adalah kegiatan perawat yang sangat penting, perawat harus mengumpulkan data yang relevan, akurat dan lengkap. Mengumpulkan informasi yang sistematis tentang klien, termasuk kekuatan dan kelemahan klien. Data dikumpulkan dari klien, keluarga, orang terdekat, masyarakat, data statistik, grafik dan rekam medik

b. Pengkajian on going

Pengkajian di tahap ini adalah pengkajian untuk mengkonfirmasi dan perluasan data dasar

c. Pengkajian khusus

Kegiatan ini dilakukan apabila klien membutuhkan pengkajian dengan menggunakan alat ukur khusus.

d. Validasi data

- 1) Membandingkan data yang telah dikumpulkan dengan nilai standar dan nilai normal yang lazim digunakan untuk menentukan nilai-nilai abnormal klien
- 2) Data subyektif divalidasi dengan data objektif
- 3) Bandingkan data subyektif dan objektif klien dengan nilai standar normal yang lazim dipakai

e. Identifikasi pola/divisi/masalah klien (Analisis dan Interpretasi data)

Merupakan langkah terakhir dalam pengkajian, data yang didapat akan diorganisasikan menurut pola/divisi. Kenali pola kesehatan disfungsi yaitu pola-pola yang menunjukkan mayoritas dari nilai dan standar normal. Identifikasi pola harus berdasarkan alasan logis/rasional

2.6 Pengenalan Tentang Data

Pada sub topik ini akan dibahas tentang data pengkajian, mulai dari sumber data, jenis data, teknik pengumpulan dan klasifikasi data

2.6.1 Sumber-Sumber Data

Data dapat diperoleh dari berbagai sumber. Setiap sumber dapat memberikan informasi terkait kesehatan pasien, tingkat kesejahteraan klien, faktor resiko serta pola penyakit.

Berbagai sumber data tersebut adalah:

a. Sumber data dari klien

Seorang klien merupakan sumber informasi terbaik. Klien yang sadar dan dapat memberikan jawaban pertanyaan dengan benar akan memberikan informasi mengenai kebutuhan perawatan, pola gaya hidup, riwayat penyakit, persepsi terhadap gejala, dan perubahan aktivitas sehari-hari.

b. Sumber data dari keluarga dan kerabat klien

Anggota keluarga, kerabat dekat, teman, pengasuh merupakan data primer untuk bayi, anak-anak, orang dewasa dalam kondisi sebagai berikut; kesadaran menurun/tidak sadar, gangguan mental, gangguan komunikasi. Pada kondisi gawat darurat terkadang keluarga atau kerabat menjadi sumber penting bagi perawat dan dokter. Keluarga dan kerabat juga sebagai sumber data sekunder, ketika perawat / tim kesehatan yang lain membutuhkan konfirmasi kelainan yang diberikan oleh klien.

c. Sumber data dari tim kesehatan

Saat mengumpulkan informasi terkait kondisi terkini klien, perawat bisa berkonsultasi dengan tim kesehatan yang lain. Misalkan saat timbang terima perawat akan menginformasikan kondisi klien ke perawat shift berikutnya, perawat akan mengkolaborasikan klien dengan tim gizi, jadi setiap tim kesehatan bisa menjadi sumber data klien.

d. Sumber data dari rekam medis

Rekam medis adalah sumber riwayat penyakit/kesehatan klien. Data rekam medis memuat informasi dasar dan terkini tentang respon klien terhadap pengobatan dan kemajuan yang didapat. Hasil laboratorium, pemeriksaan diagnostik, hasil pemeriksaan fisik dan rencana pengobatan semua ada di data rekam medis dan bersifat rahasia.

e. Sumber data dari pengalaman perawat

Pengalaman praktik dan kemampuan dalam pengambilan keputusan klinis akan memperkuat kemampuan perawat dalam berpikir kritis dan dari situlah perawat membudayakan untuk mengajukan pertanyaan yang baik dan bisa memberikan informasi penting.

f. Sumber data dari catatan lain dan literatur

Catatan pendidikan, pekerjaan, terkadang memiliki informasi kesehatan tertentu. Jika klien memiliki catatan kesehatan lain maka perawat dapat meminta ijin untuk melihatnya untuk memperluas data klien. Perawat yang pengetahuannya luas dan baik, akan mendapatkan data dasar yang relevan, akurat dan lengkap.

2.6.2 Jenis-jenis Data

Terdapat 2 jenis atau tipe data yang dihasilkan dalam tahap pengumpulan data yaitu:

a. Data subyektif

Data subyektif adalah data hasil deskripsi, pernyataan yang diungkapkan atau keluhan yang dinyatakan oleh pasien sendiri.

b. Data objektif

Data objektif merupakan data hasil pengamatan, pengukuran dan atau pemeriksaan baik pemeriksaan laboratorium ataupun pemeriksaan penunjang medis lainnya.

2.6.3 Teknik Pengumpulan Data

Cara pengumpulan data ini ada beberapa teknik antara lain:

a. Anamnese

Tanya jawab /komunikasi secara langsung dengan klien (auto anamnesis). Tanya jawab /komunikasi secara tak langsung dengan klien (allo-anamnesis), komunikasi dilakukan pada keluarga untuk menggali status kesehatan klien.

Tujuan melakukan anamnese adalah:

- a) Mendapatkan informasi yang diperlukan untuk mengidentifikasi masalah klien
- b) Meningkatkan hubungan perawat-klien
- c) Membantu klien untuk berpartisipasi dalam mengenali masalah kesehatannya
- d) Membantu perawat menentukan investigasi selanjutnya dalam pengkajian
- e) Membantu perawat menganalisis dan menegakkan diagnosis serta penyusunan intervensi

Hal-hal yang harus diperhatikan pada saat melakukan anamnese

- a) Ketrampilan membangun kepercayaan dengan klien
- b) Perhatikan aspek verbal dan nonverbal
- c) Kembangkan kemampuan berbahasa yang tepat
- d) Tingkatkan pengetahuan
- e) Kenali bahasa verbal/perilaku nonverbal
- f) Hindari melakukan interupsi ke pasien
- g) Memberi kesempatan pasien untuk istirahat

b. Observasi

Teknik observasi dilakukan dengan 2S HFT (Sight, smell, hearing, Feeling, Taste). Adapun keterangan kegiatan dalam observasi adalah:

S = Sight /melihat

- a) Gunakan indera penglihatan untuk menghasilkan data
- b) Lihat dan perhatikan Semua bentuk *performance* klien
- c) Lihat segala bentuk kelainan bentuk tubuh, raut muka, kondisi umum klien

S = Smell

- a) Gunakan indera penciuman untuk menghasilkan data
- b) Bau/cium yang tidak wajar pada pasien atau lingkungan disekitar pasien
- c) bau pernafasan, kulit, urine, faeces , discharge luka dll
- d) Misalkan bau alcohol, foetor acetone, foetor uremic

H = Hearing

- a) Menggunakan indera pendengaran untuk menghasilkan data
- b) Pemeriksaan dengan auskultasi
- c) Alat yang digunakan stetoskop, phonenduskup, alat audiovisual lainnya
- d) Mendengarkan suara nafas, bunyi jantung, denyut jantung janin dll

F = Feeling

- a) Menggunakan daya rasa
- b) Meningkatkan empati ke pasien
- c) Meningkatkan responsitas dan sensitivitas perawat terhadap kondisi dan kebutuhan klien
- d) Misalkan ikut bahagia jika pasien bisa sembuh, melahirkan dengan selamat
- e) Ikut berempati pada saat pasien mengalami fase kehilangan/kematian

T = Taste

Pada teknik terakhir ini perawat tidak saja melakukan perabaan namun juga harus biasa bisa merasakan apa yang diraba. Contoh dari teknik ini yaitu:

- Saat kita meraba kulit pasien, kita harus merasakan bagaimana suhu tubuh pasien panas atau tidak
- Saat kita meraba denyut nadi, kita harus merasakan kekuatan denyutan, volume pengisian nadinya cukup atau tidak, reguleritas nadi
- Saat kita meraba tulang- tulang pasien, apakah tulangnya teraba simetris, ada tidaknya deformitas, krepitasi, keutuhan dan kekuatan tulang dan otot

Misalnya meraba kulit pasien untuk merasakan perubahan suhu, kondisi akral, denyut nadi.

c. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik dilakukan dengan IPPA (Inspeksi, Palpasi, Perkusi dan Auskultasi) .

a) Inspeksi

Inspeksi adalah pemeriksaan fisik pasien dengan cara melihat atau mengamati. Contohnya kondisi umum pasien, melihat irama nafas pasien, melihat kondisi konjungtiva dan sklera, ada tidaknya oedema, ada tidaknya perlukaan, karakteristik urine/faeces

b) Palpasi

Palpasi adalah perabaan, perawat melakukan pemeriksaan dengan cara meraba. Contohnya; perawat ingin mengidentifikasi ada tidaknya nyeri, vokal fremitus, ictus cordis, ada tidaknya massa/benjolan, petanda appendiksitis, dsb

c) Perkusi

Perkusi adalah pemeriksaan dengan melakukan ketukan pada tubuh pasien dengan memakai jari tengah perawat atau reflex hammer. Ketukan dengan menggunakan jari tengah perawat dilakukan saat kita melakukan pemeriksaan paru-paru, batas jantung, perkusi abdomen. Sedangkan ketukan dengan menggunakan reflex hammer digunakan saat perawat melakukan pemeriksaan pada reflek patella, reflex bisep & trisep, reflex brachiobranchialis

d) Auskultasi

Auskultasi merupakan pemeriksaan fisik dengan menggunakan alat seperti stetoskop, phonenduskup, garpu talla, ophthalmuskop dsb.

Contoh:

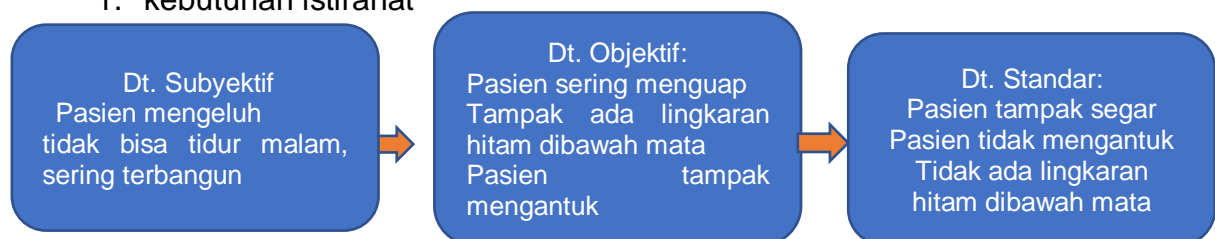
- a) Stetoskop digunakan oleh perawat saat mengidentifikasi suara nafas, suara jantung, peristaltik usus
- b) Phonenduskup digunakan oleh perawat/bidan untuk mendengarkan denyut jantung janin
- c) Garpu talla digunakan perawat saat melakukan pemeriksaan fungsi telinga (weber, rine, swabach)
- d) Ophthalmuskup digunakan untuk pemeriksaan fungus oculi pada mata.

2.6.4 Teknik Analisis dan Interpretasi Data

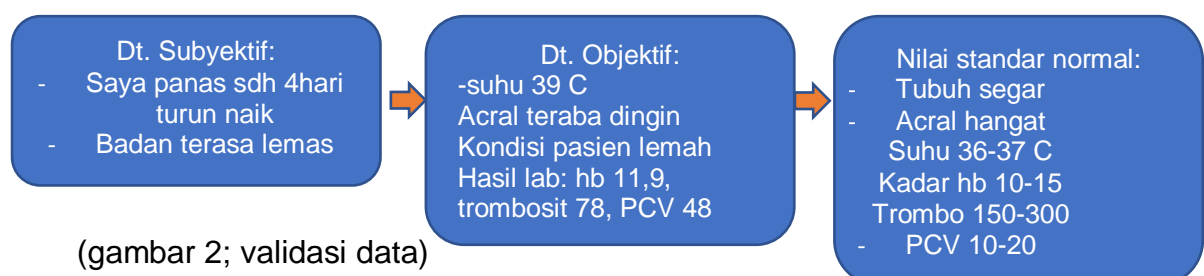
Setelah perawat melakukan pengumpulan data, langkah selanjutnya adalah menginterpretasikan dan menganalisis data yang diperoleh. Analisis dilakukan dengan mengumpulkan data kedalam kelompok-kelompok (divisi) yang memiliki makna/arti. Kelompok data adalah susunan dari gejala/symptom/tanda yang ada pada data dasar klien. Kelompok data ini akan kita validasi dengan membandingkan terhadap nilai normal. Setelah itu data berkelompok yang sudah kita validasi tadi akan kita interpretasikan sesuai respon klien terhadap maslaah kesehatannya.

Contoh teknik validasi:

1. kebutuhan istirahat



2. Kebutuhan kenyamanan



(gambar 2; validasi data)

setelah data kita validasi atau kita bandingkan dengan nilai standar normal, maka data yang tidak sesuai dengan standar normal tadi kita tandai dan kita kelompokkan

dan kita analisis, selanjutnya data tersebut kita interpretasikan ke dalam divisi kecenderungan masalah keperawatan yang ada.

Contoh:

Berdasarkan data diatas akan kita coba menegelompokan data

1. data kebutuhan istirahat tidur

amati data gambar 2; semua data subyektif dan objektif adalah **abnormal** jika kita bandingkan dengan nilai standar normal, maka semua data tersebut dapat mendukung untuk kita tegakan divisi **masalah kebutuhan istirahat tidur**

2. data kenyamanan

amati data gambar 2; tidak semua data subyektif dan objektif adalah **abnormal** jika kita bandingkan dengan nilai standar normal, maka semua data tersebut dapat akan kita pilih data-data mendukung saja untuk kita tegakan divisi **masalah perubahan termoregulasi tubuh.**

Selanjutnya data yang sudah terkelompok tadi akan dimasukan dalam tabel analisis data seperti dibawah ini:

tabel 4 Analisis Data

No.	DATA	PENYEBAB	MASALAH
1.	<p>Data subyektif: Pasien mengeluh tidak bisa tidur malam, sering terbangun</p> <p>Data objektif: -pasien tampak mengantuk - pasien sering menguap - terdapat lingkaran hitam dibawah mata</p>	Hospitalisasi	Gangguan kebutuh. Istirahat (tidur)
2.	<p>Data subyektif: Pasien mengeluh badan panas sudah 4 hari turun naik</p> <p>Data objektif: - suhu tubuh pasien 38C - pasien tampak lemah</p>	Viremia	Perubahan termoregulasi tubuh

	- kadar trombosit 78, PCV 48		
--	------------------------------	--	--

Data pada tabel 4 diatas menunjukkan cara kita melakukan klasifikasi, analisis dan interpretasi data ke divisi kecenderungan masalah yang muncul pada pasien. Tentunya, data diatas dapat dilengkapi dengan data-data yang menunjang lainnya pada kondisi pengkajian data dasar yang lengkap.

2.7 Kemampuan yang Harus Dimiliki Perawat dalam Pengkajian

Untuk melakukan pengkajian keperawatan pada pasien , seorang perawat harus memiliki bekal kemampuan antara lain:

a. Kemampuan komunikasi terapeutik

Sebagai seorang perawat sangat diperlukan kemampuan berkomunikasi dengan klien. Komunikasi yang sopan, ramah dan penuh empati akan sangat membantu perawat dalam menjalin relationship antara klien-perawat. Relationship yang baik dapat meningkatkan hubungan saling percaya sehingga dalam melakukan pengkajian perawat akan mendapatkan data yang relevan dan valid.

b. Memiliki pengetahuan

Salah satu unsur penting dalam pengkajian adalah pengetahuan perawat tentang patofisiologi penyakit pasien, respon bio-psiko-sosio-spiritual , respon sehat sakit, sistem keyakinan dan budaya serta sistem keluarga dan masyarakat.

Pengetahuan yang dimiliki oleh perawat sangat penting untuk meningkatkan kemampuan wawancara perawat terhadap klien, dengan bekal pengetahuan perawat lebih mudah dan fokus bertanya/anamnese tentang status kesehatan klien, sehingga diharapkan perawat mendapatkan data yang relevan dan valid.

c. Kemampuan melakukan observasi

Seorang perawat harus memiliki kemampuan untuk melakukan monitoring terhadap kondisi klien. Kemampuan observasi adalah kemampuan mengamati, mendengarkan, membau dan merasakan, dalam hal ini perawat harus mampu mengandalkan sensitivitas panca inderanya. Perawat harus

memahami dan peka terhadap penurunan maupun perbaikan kondisi yang dialami klien sehingga perawat dapat menentukan tindakan yang tepat.

d. Kemampuan melakukan pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik sangat penting untuk menjadi bekal perawat dalam melakukan pengumpulan data. Pemeriksaan fisik *head to toe* menjadi salah satu sarana untuk dapat menentukan abnormalitas fungsi organ tubuh pasien yang kita kaji.

2.8 Hambatan Dalam Pengkajian

Melakukan pengkajian yang menghasilkan data yang lengkap, relevan dan akurat seorang perawat harus mengembangkan secara terus menerus kemampuan yang dimilikinya. Ada beberapa hambatan yang seringkali menjadi penyebab perawat tidak mampu menghasilkan data yang lengkap, yaitu:

2. Anamnese yang tidak tepat

Anamnese adalah wawancara antara perawat dengan sumber data (pasien dan keluarga). Dalam kegiatan wawancara ini perawat perlu membangun komunikasi 2 arah baik dengan pasien maupun keluarga, sehingga perawat perlu mengembangkan kemampuan bahasa, kemampuan berkomunikasi, kemampuan membina hubungan saling percaya. Ketiga Kemampuan diatas apabila sering kita asah dengan cara semakin sering kontak dan berkomunikasi dengan pasien akan menjadi sumber pengalaman yang sangat membantu perawat.

Kesalahan yang paling sering dilakukan oleh perawat atau mahasiswa keperawatan dalam anamnese adalah pewawancara terjebak dengan arus cerita pasien/keluarga atau pewawancara tidak mampu memfokuskan alur cerita pasien/keluarga ke arah cerita yang memberikan informasi terkait riwayat kesehatan pasien yang dibutuhkan. Kesalahan diatas akan berdampak pada data hasil wawancara tidak lengkap atau tidak akurat.

3. Perawat tidak mampu mengorganisasikan data yang diperolehnya

Data yang diperoleh dari hasil wawancara harus dilakukan validasi dan pengorganisasian data. Kesalahan yang paling sering dilakukan perawat atau mahasiswa adalah seringkali menuliskan data pada tabel analisis

data tidak sama/ berbeda/tidak konsisten dengan data hasil pengkajian di format pengkajian yang sudah lengkap. Hal diatas berdampak pada kejadian duplikasi data atau data tidak akurat atau yang sering kita dengar “data siluman”.

4. Perawat tidak mampu melakukan pemeriksaan fisik

Menjadi perawat profesional harus terus menerus mengembangkan ketrampilan dalam pemeriksaan fisik. Kegiatan “**pemeriksaan fisik**” bukan hanya area tim medis, tetapi perawat harus ikut berperan didalamnya dan harus mampu melakukan pemeriksaan fisik karena perawat 24 jam berada di samping pasien.

Kesalahan yang paling vital adalah perawat merasa canggung atau tidak merasa memiliki wewenang dalam melakukan pemeriksaan fisik ke pasien, sehingga data yang dituliskan dalam format pengkajian adalah data hasil pemeriksaan dokter saat pertama kali pasien datang, atau perawat hanya melakukan pemeriksaan TTV saja. Hal ini adalah salah besar karena kondisi pasien terus menerus berubah baik menuju ke arah kesembuhan atau perburukan kondisi, maka dari itu kita wajib melakukan pemeriksaan fisik ke pasien.

Seorang perawat dituntut sering berinteraksi atau melakukan pendekatan dengan pasien melalui pemeriksaan fisik, tidak jarang perawat dapat menemukan terlebih dulu temuan-temuan baru yang mendukung tanda-tanda perbaikan kondisi atau perburukan kondisi pasien yang harus segera dilaporkan ke tim medis.

Kesalahan perawat diatas berdampak pada banyak hal antara lain:

- a) Perawat tidak bisa menjadi mitra tim medis tetapi dianggap sebagai pembantu dokter
- b) Data hasil pengkajian tidak akurat, karena perawat tidak bisa melakukan pemeriksaan fisik
- c) Perawat tidak mengetahui perkembangan pasien
- d) Pelayanan keperawatan dianggap tidak bermutu, karena perawat dianggap kurang respek, lamban dalam pelaksanaan tugas
- e) Kepuasan dan kepercayaan pasien menurun

Hambatan-hambatan dalam pengkajian tersebut sebenarnya mudah saja di hilangkan jika perawat memiliki semangat, dinamis dalam mengembangkan diri baik