

SKRIPSI

**PENGARUH PENERAPAN PENGAJIAN KEPERAWATAN ANAK DENGAN
SISTEM *HEAD TO TOE* TERHADAP PENINGKATAN KINERJA PERAWAT
DALAM PENDOKUMENTASIAN ASUHAN KEPERAWATAN DI RUANG
ANAK RUMAH SAKIT UMUM DAERAH SOE NUSA TENGGARA TIMUR**

STUDI PRA EKSPERIMEN (ONE GROUP PRE TEST – POST TEST DESIGN)

**Diajukan Untuk Memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep)
Pada Program Studi Ilmu Keperawatan
Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga**



Oleh :

ELISRAH W. SEDU

NIM: 010330684—B

**PROGRAM STUDI S-1 ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA**

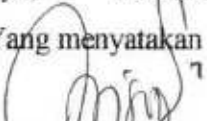
2005

SURAT PERNYATAAN

Saya bersumpah bahwa skripsi ini adalah hasil karya sendiri dan belum pernah di
kumpulkan oleh orang lain untuk memperoleh gelar dari berbagai jenjang
pendidikan di perguruan tinggi manapun

Surabaya, Februari 2005

Yang menyatakan


Elisrah W. Sedu

LEMBAR PERSETUJUAN

Skripsi ini telah disetujui
Pada Tanggal 08 Pebruari 2005

Oleh

Pembimbing Ketua,

Nursalam, M.Nurs (Hons)
Nip. 140 238 226

Pembimbing,

Arief Wijaya, SKp

Pembimbing,

Yuni Sufyanti Arief, SKp
NIP 132 295 670

Mengetahui,
a.n. Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan
Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya
Pembantu Ketua I



Nursalam, M.Nurs (Hons)
NIP 140 238 226

LEMBAR PENGESAHAN

Telah Dipertahankan Di Hadapan Tim Penguji Ujian Sidang Skripsi
Pada Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga
Pada Februari 2005

PANITIA PENGUJI

Ketua : Nursalam, M. Nurs (Hons)



Anggota : 1. Arif Wijaya, S.Kp



2. Yuni Sufyanti Arief, S.Kp



3. Nuzul Qur'aniati, S.Kep. Ns



Mengetahui

A.n Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan
Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga
Pembantu Ketua I



Nursalam, M. Nurs (Hons)
NIP. 140 238 226

UCAPAN TERIMA KASIH

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Kuasa karena atas berkat dan karuniaNya, sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi dengan judul “ PENGARUH PENERAPAN PENGAJIAN KEPERAWATAN ANAK DENGAN SISTEM HEAD TO TOE TERHADAP PENINGKATAN KINERJA PERAWAT DALAM PENDOKUMENTASIAN ASUHAN KEPERAWATAN DIRUANG ANAK RUMAH SAKIT UMUM DAERAH SOE NUSA TENGGARA TIMOR “.

Penulis menyadari sepenuhnya bahwa tanpa bantuan dari semua pihak terkait, skripsi ini tidak dapat terselesaikan. Untuk itu perkenankan penulis menyampaikan terima kasih yang tak terhingga kepada :

1. Prof. Dr. H.M.S. Wiyadi, dr. Sp.THT, selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan di Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga.
2. Prof. Eddy Soewandoyo, dr. Sp. PD. KTI, selaku Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga yang telah memberikan kesempatan dan dorongan kepada kami untuk menyelesaikan pendidikan di Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga.
3. Dr. Soleman Dapatalu, M.Kes, selaku Direktur Rumah Sakit Umum Daerah SoE Kabupaten Timor Tengah Selatan yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengikuti pendidikan di Program Studi Ilmu

Keperawatan Fakultas kedokteran Universitas Airlangga, serta bantuan dan fasilitas terlaksananya pengumpulan data hingga selesai.

4. Nursalam M. Nurs (Hons), selaku pembimbing ketua yang telah banyak memberikan masukan dan arahan sehingga penyusunan skripsi ini dapat diselesaikan dengan baik.
5. Arif Wijaya, S.Kp, selaku pembimbing yang telah meluangkan waktunya untuk memberikan dorongan, bimbingan dan arahan sehingga penulis dapat menyelesaikan penyusunan skripsi ini.
6. Yuni Sufyanti Arief, S.Kp, selaku pembimbing yang dengan sabar membimbing dan memberikan masukan dalam penyusunan skripsi ini.
7. Nuzul Qur'aniati, S.Kep. Ns, selaku pembimbing yang telah membantu memberikan masukan dan arahan dalam menyelesaikan skripsi ini.
8. Ibunda Ny. Carolina Sedu Sasea tersayang dan saudara-saudaraku yang selalu memberikan dorongan, motivasi dan dukungan moral maupun materiil dalam mengikuti pendidikan dan menyelesaikan skripsi ini.
9. Suamiku I. Wayan Sudiarsa dan anak-anakku (Yanti Carolina, Arya dan Anugerahyasa) yang telah memberikan semangat dan dorongan.
10. Kepala Ruangan dan rekan-rekan perawat diruang anak Rumah Sakit Umum daerah SoE sebagai responden yang telah membantu penulis dalam penelitian sehingga skripsi ini terselesaikan.
11. Staf Perpustakaan (Drs. Hendi dkk) dan semua rekan-rekan PSIK VI.B serta semua pihak yang telah turut memberikan dorongan dan motivasi sehingga penyusunan skripsi ini dapat diselesaikan tepat pada waktunya.

Penulis menyadari penyusunan skripsi ini jauh dari sempurna dan banyak kekurangan karena keterbatasan pengetahuan dan kemampuan. Akhirnya penulis berharap agar penulisan skripsi ini bermanfaat bagi semua pihak.

Surabaya, Februari 2005

Penulis

ABSTRACT**THE INFLUENCE OF THE APPLICATION OF CHILD NURSING ASSESSMENT USING HEAD TO TOE SYSTEM ON THE IMPROVEMENT OF NURSE'S PERFORMANCE IN NURSING CARE DOCUMENTATION AT PEDIATRIC WARDS, REGIONAL GENERAL HOSPITAL, SOE, EAST NUSA TENGGARA****Elisrah W Sedu**

To carry out an accurate assessment on children, a nurse should be able to systematically observe and perform physical examination. However, in hospitals, particularly at Pediatric Wards, Regional General Hospital, SoE, East Nusa Tenggara, most of assessment data were found not having orderly content and not in line with what needed in child assessment, so that those data were not optimal, resulting in an impression that the information provided from those sources presents as manipulated data. To create assessment recording appropriate for pediatric clients, a proper and effective standardized format should be established and applied as an instrument for assessment.

The aim of this study was to evaluate the influence of completeness and accuracy of child nursing assessment data using Head to Toe system on the improvement of nurse's performance in nursing care documentation after receiving intervention that presented as socialization at Pediatric Wards, Regional General Hospital, SoE, East Nusa Tenggara.

This study used one group pretest-posttest design. The independent variable was assessment using Head to Toe system and the dependent variable was nurse's performance in nursing care documentation. Population was all nurses at Pediatric Wards, Regional General Hospital, SoE, East Nusa Tenggara, with total sample comprised 13 respondents. Data were collected using questionnaire before and after intervention and were observed and analyzed using "before after" two sample McNemar statistical test with significance level of $p < 0.05$.

Results revealed difference in the influence of completeness and accuracy of pediatric nursing care assessment data using Head to Toe system to the improvement of nurse's performance in nursing care documentation after receiving intervention, which was presented as socialization, at Pediatric Wards, Regional General Hospital, SoE, East Nusa Tenggara. The significance level was $p = 0.004$, indicating the presence of the influence of Head to Toe system assessment on nurse's performance in the aspects of data completeness and accuracy.

Keywords: *pediatric nursing assessment using Head to Toe system, nurse's performance, nursing care documentation*

DAFTAR ISI

	Halaman
Halaman Judul Dan Prasyarat Gelar	i
Lembar Pernyataan.....	ii
Lembar Persetujuan.....	iii
Lembar Penetapan Panitia Penguji.....	iv
Ucapan Terima Kasih	v
Abstract.....	viii
Daftar Isi.....	ix
Daftar Gambar.....	xii
Daftar Tabel	xiii
Daftar Bagan	xiv
Daftar Lampiran.....	xv
BAB 1 PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	3
1.3 Tujuan	3
1.3.1 Tujuan umum	3
1.3.2 Tujuan khusus.....	4
1.4 Manfaat Penelitian	4
1.4.1 Teoritis.....	4
1.4.2 Praktis.....	4
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....	6
2.1 Konsep Dasar Keperawatan Anak	6
2.1.1 Pengertian.....	6
2.1.2 Perspektif Keperawatan Anak	6
2.1.3 Pertumbuhan Dan Perkembangan.....	9
2.1.4 Tahap – Tahap Tumbuh Kembang	10
2.2 Proses Keperawatan	15
2.2.1 Pengertian	15
2.2.2 Karakteristik Proses Keperawatan.....	16
2.3 Pengkajian.....	17
2.3.1 Pengertian	17
2.3.2 Fokus Pengkajian Keperawatan.....	18
2.3.3 Pengumpulan Data.....	19
2.3.4 Karakteristik Data.....	20
2.3.5 Metoda Pengumpulan Data.....	22
2.3.6 Tehnik Pemeriksaan Fisik.....	23
2.3.7 Pendekatan/Aspek Pemeriksaan Fisik	25

2.4	Model Format Pengkajian Head to Toe	25
2.4.1	Pengertian	25
2.4.2	Elemen Yang Perlu Dikaji	26
2.5	Kinerja Perawat	30
2.5.1	Pengertian	30
2.5.2	Faktor – Faktor Yang Mempengaruhi Kinerja	30
2.6	Dokumentasi Asuhan Keperawatan	36
2.6.1	Pengertian	36
2.6.2	Langkah – Langkah	36
BAB 3	KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN	39
3.1	Kerangka Konseptual	39
3.2	Hipotesa	40
BAB 4	METODE PENELITIAN	42
4.1	Desain Penelitian	42
4.2	Kerangka Operasional	43
4.3	Populasi, Tatal Sampel	44
4.3.1	Populasi	44
4.3.2	Total Sampel	44
4.4	Identifikasi Variabel	44
4.4.1	Variabel independen	44
4.4.2	Variabel dependen	44
4.5	Definisi Operasional	44
4.6	Pengumpulan Dan Analisis Data	46
4.6.1	Instrumen	46
4.6.2	Lokasi dan waktu penelitian	46
4.6.3	Prosedur	46
4.6.4	Analisis Data	47
4.7	Etik Penelitian	47
4.7.1	Lembar Persetujuan Responden	47
4.7.2	Anonymity (Tanpa Nama)	47
4.7.3	Confidentiality	48
4.8	Keterbatasan	48
BAB 5	HASIL DAN PEMBAHASAN	49
5.1	Hasil Penelitian	49
5.1.1	Gambaran Umum Lokasi Penelitian	49

5.1.2 Karakteristik Responden.....	50
5.1.3 Data Penelitian.....	52
5.2 Pembahasan.....	54
5.2.1 Kelengkapan data sebelum intervensi	55
5.2.2 Keakuratan data sebelum intervensi	56
5.2.3 Perbedaan Kelengkapan Dan Keakuratan Data	57
BAB 6 KESIMPULAN DAN SARAN.....	59
6.1 Kesimpulan	59
6.2 Saran	60
DAFTAR PUSTAKA	61
Lampiran 1	64
Lampiran 2	65
Lampiran 3	66
Lampiran 4	67
Lampiran 5	68
Lampiran 6	69
Lampiran 7	76
Lampiran 8	82
Lampiran 9	88
Lampiran 10	94
Lampiran 11	96

Daftar Gambar

	Halaman
Gambar 5.1 Distribusi responden berdasarkan umur.....	50
Gambar 5.2 Distribusi responden berdasarkan jenis kelamin.....	50
Gambar 5.3 Distribusi responden berdasarkan satatus kepegawaian	51
Gambar 5.4 Distribusi responden berdasarkan masa kerja.....	51
Gambar 5.5 Distribusi responden berdasarkan pendidikan	52
Gambar 5.6 Kelengkapan data sebelum dan sesudah intervensi	52
Gambar 5.7 Kcakuratan data sebelum dan sesudah intervensi.....	53

Daftar Tabel

	Halaman
Tabel 4.1 Definisi operasional.....	45
Tabel 5.1 Kinerja perawat sebelum dan sesudah intervensi.....	54

Daftar Bagan

	Halaman
Bagan 3.1 Kerangka konseptual.....	39
Bagan 4.1 Kerangka operasional.....	43

Daftar Lampiran

	Halaman
Lampiran 1 Surat permohonan bantuan fasilitas pengumpulan data	63
Lampiran 2 Surat rekomendasi penelitian.....	64
Lampiran 3 Surat keterangan penelitian.....	65
Lampiran 4 Permintaan menjadi responden.....	66
Lampiran 5 Pernyataan menjadi responden.....	67
Lampiran 6 Format pengkajian Head to Toe.....	68
Lampiran 7 Kuesioner	75
Lampiran 8 Observasi.....	81
Lampiran 9 Satuan acara pembelajaran.....	87
Lampiran 10 Tabulasi data	93
Lampiran 11 Hasil uji statistik menggunakan SPSS.....	95

BAB 1
PENDAHULUAN

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Untuk melakukan suatu pengkajian yang akurat dan cermat pada anak, perawat harus mempunyai kemampuan untuk berkomunikasi secara efektif, mengobservasi secara sistematis dan melakukan pemeriksaan fisik (Keliat, 1996). Oleh karena itu diperlukan suatu pencatatan yang sistematis sehingga melalui dokumentasi pengkajian, perawat dapat mengidentifikasi dengan jelas kekuatan dan kelemahan klien (Aziz A.A, 2001). Sedangkan dalam kinerjanya seorang perawat dituntut untuk berfikir kritis, mampu mengidentifikasi pola kebutuhan manusia dan hubungannya, mampu mengatur dan mengelompokkan data, dan dapat membuat kesimpulan serta membuat keputusan dan pertimbangan. Suatu pengumpulan data yang akurat dan sistematis akan membantu penentuan status kesehatan dan pola pertahanan klien, mengidentifikasi kebutuhan klien, serta merumuskan diagnosis keperawatan dan juga sebagai sumber data bagi profesi lain (Keliat, 1996). Tetapi sampai saat ini masih banyak didapatkan data pengkajian yang kosong, tidak sesuai dengan pengkajian anak, masih menggunakan format pengkajian orang dewasa dan belum adanya model pengkajian yang baku untuk digunakan di ruang perawatan anak tersebut. Fenomena ini ditemukan di ruang perawatan anak RSUD Soe NTT.

Berdasarkan hasil pengamatan peneliti di rumah sakit umum daerah Soe NTT, perawat di ruang anak melakukan pengkajian sesuai dengan keluhan pasien saat itu, pengkajian tidak berurutan sehingga data yang terkumpul tidak optimal

dan dari 132 status pasien, 80% data fokus tidak ada (sumber rekam medis bulan mei sampai juli 2004 di RSUD Soe NTT).

Dampak dari pencatatan yang tidak lengkap akan memberi gambaran bahwa informasi yang diberikan tidak bisa akurat atau ditafsirkan sebagai manipulasi data. Sedangkan bagi perawat sering dituntut karena gagal melaporkan secara tepat waktu dan adekuat perubahan kondisi pasien kepada dokter.(Iyer, 2003). Kurangnya pemahaman tentang pendokumentasian pengkajian dipengaruhi oleh beberapa faktor antara lain latar belakang pendidikan, masa kerja, motivasi, sikap, kemampuan dan ketrampilan, kepribadian, kebijakan dan aturan, imbalan, sanksi dan tingkat stress (Gibson, 1996). Sedangkan dalam pengumpulan data ditemui masalah-masalah yang sangat mempengaruhi hasil pengkajian itu sendiri antara lain ketidakmampuan perawat mengorganisir data, kehilangan data yang telah dikumpulkan, data yang tidak relevan, duplikasi data, mispersepsi, kesalahan menginterpretasikan data, ketidaklengkapan data yang telah dikumpulkan dan pengkajian yang tidak sistematis (Nursalam, 2000).

Untuk mewujudkan pencatatan pengkajian yang sesuai dengan kondisi klien anak yang dikaji diperlukan suatu format pengkajian baku, efektif dan sistematis berdasarkan pendekatan pengkajian untuk diadaptasikan sebagai instrumen dalam pengkajian. Efektifitas suatu data atau pengkajian dapat dilihat dari karakteristik data yang dikumpulkan yaitu kelengkapan data dan keakuratan data tersebut (Nursalam, 2001). Semakin lengkap dan akurat suatu dokumentasi pengkajian, semakin besar kesempatan untuk kontinuitas asuhan, yang merupakan hal penting sejalan dengan semakin banyaknya tenaga perawat waktu paruh,

lembaga perawat, dan perawat-perawat lain yang memberikan asuhan (Iyer, 2003).

1.2 Rumusan Masalah

1. Bagaimanakah pengaruh penerapan pengkajian keperawatan anak dengan sistem *Head to Toe* terhadap peningkatan kinerja perawat dalam hal kelengkapan data di ruang anak RSUD SoE NTT ?
2. Bagaimanakah pengaruh penerapan pengkajian keperawatan anak dengan sistem *head to toe* terhadap peningkatan kinerja perawat dalam hal keakuratan data di ruang anak RSUD SoE NTT ?
3. Bagaimanakah perbedaan kelengkapan dan keakuratan data pengkajian keperawatan anak dengan sistem *toe head to* terhadap peningkatan kinerja perawat dalam pendokumentasian asuhan keperawatan setelah dilakukan sosialisasi di ruang anak RSUD SoE NTT?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan umum

Mengevaluasi pengaruh penerapan pengkajian keperawatan anak dengan pendekatan sistem *Head to Toe* terhadap peningkatan kinerja perawat dalam pendokumentasian asuhan keperawatan setelah dilakukan sosialisasi di ruang anak RSUD SoE NTT.

1.3.2 Tujuan khusus

1. Mengidentifikasi pengaruh penerapan pengkajian keperawatan anak dengan sistem *Head to Toe* terhadap kinerja perawat dalam hal kelengkapan data di ruang anak RSUD SoeE NTT.
2. Mengidentifikasi pengaruh penerapan pengkajian keperawatan anak dengan sistem *Head to Toe* terhadap peningkatan kinerja perawat dalam hal keakuratan data di ruang anak RSUD SoE NTT.
3. Menganalisis perbedaan kelengkapan dan keakuratan data pengkajian keperawatan anak dengan sistem *Head to Toe* terhadap peningkatan kinerja perawat dalam pendokumentasian asuhan keperawatan setelah dilakukan sosialisasi di ruang anak RSUD SoE NTT.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Teoritis

1. Memberikan gambaran pentingnya sistem pendokumentasian pengkajian keperawatan di rumah sakit khususnya di ruang anak RSUD SoE NTT.
2. Sebagai bahan acuan bagi tenaga kesehatan lain dalam melaksanakan praktek klinik tentang dokumentasi asuhan keperawatan.

1.4.2. Praktis

1. Sebagai kekuatan hukum terhadap tindakan yang dilakuakn perawat dalam memberikan asuhan keperawatan kepada klien.
2. Diharapkan dapat menumbuhkan motivasi perawat dan menyadari pentingnya penggunaan format pengkajian dengan pendekatan sistem *Head to Toe* di ruang anak RSUD SoE NTT.

3. Membantu perawat menentukan masalah/kebutuhan klien dengan tepat sehingga asuhan keperawatan yang diberikan lebih optimal.

BAB 2
TINJAUAN PUSTAKA

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Pada bab ini akan diuraikan konsep-konsep teori tentang konsep dasar keperawatan anak, proses keperawatan, pengkajian, model pengkajian, kinerja perawat dan dokumentasi asuhan keperawatan.

2.1 Konsep Dasar Keperawatan Anak

2.1.1 Pengertian anak

Menurut UU No. 1979 tentang kesejahteraan anak, yang dimaksud dengan anak adalah seseorang yang belum mencapai usia 21 tahun dan belum pernah kawin (Suryanah, 1996).

Menurut Yupi (2004), anak adalah individu yang berusia 0-18 tahun dipandang sebagai individu yang unik, yang punya potensi untuk tumbuh dan berkembang.

2.1.2 Perspektif Keperawatan Anak

Perspektif keperawatan anak adalah merupakan landasan berpikir bagi seorang perawat anak dalam melaksanakan pelayanan keperawatan terhadap klien anak maupun keluarganya yang mencakup (Yupi, 2004):

(1). Perkembangan keperawatan anak

Perkembangan keperawatan anak telah mengalami pergeseran yang sangat mendasar, berawal dari perawatan isolasi yang menimbulkan efek psikologis yaitu anak menjadi stress selama berada dirumah sakit tanpa ada orangtua disampingnya, orangtuapun semakin stress akhirnya perawatan anak berubah menjadi *rooming in*, yaitu orangtua boleh tinggal bersama anaknya selama 24 jam,

mainan boleh dibawah ke rumah sakit (*family center*). Dengan *family center* orangtua lebih percaya diri dalam merawat anaknya dan menjadi mitra dengan tim kesehatan.

(2). Paradigma keperawatan

Menurut Yupi (2004), ada empat komponen dalam keperawatan anak, yaitu manusia, sehat, lingkungan dan keperawatan.

a. Manusia (anak)

Anak adalah individu yang berusia 0 – 18 tahun dipandang sebagai individu yang unik, yang punya potensi tumbuh kembang.

b. Sehat

Sehat adalah keadaan kesejahteraan optimal antara fisik, mental dan sosial yang harus dicapai sepanjang kehidupan anak dalam rangka mencapai tingkat pertumbuhan dan perkembangan yang optimal sesuai dengan usianya (Yupi, 2004).

Menurut Gafar Jumadi (1999), sehat berarti hanya bebas dari penyakit, tetapi meliputi seluruh kehidupan manusia, termasuk aspek sosial, psikologis, spiritual, faktor lingkungan, ekonomi, pendidikan dan rekreasi.

c. Lingkungan

Anak adalah individu yang masih bergantung pada lingkungan yaitu orang dewasa. Lingkungan terdiri dari lingkungan internal (genetik, jenis kelamin, emosi, kematangan biologis, intelektual) dan lingkungan eksternal (status nutrisi, orangtua, saudara kandung, dan lain-lain). Perkembangan anak sangat dipengaruhi rangsangan terutama dari lingkungan eksternal, yaitu lingkungan yang aman, peduli dan penuh kasih sayang (Yupi, 2004).

Menurut Gafar Jumadi (1999), konsep tentang lingkungan dalam paradigma keperawatan di fokuskan pada lingkungan masyarakat yaitu lingkungan fisik, psikologik, sosial budaya dan spiritual.

d. Keperawatan

Untuk memperoleh pertumbuhan dan perkembangan yang optimal perawat dapat membantu anak dan keluarganya memnuhi kebutuhan yang spesifik dengan cara membina hubungan terapeutik dengan anak dan keluarganya (Yupi, 2004).

Menurut Gafar Jumadi (1999), keperawatan adalah suatu bentuk pelayanan profesional sebagai bagian integral pelayanan keschatan berbentuk pelayanan biologi, psikologi, sosial dan spiritual secara komprehensif, ditujukan kepada individu keluarga dan masyarakat sehat maupun sakit mencakup siklus hidup manusia.

(3). Peran perawat anak

Beberapa peran penting perawat anak yaitu pembela (*advocacy*), pendidik, konselor, koordinator, pembuat keputusan etik, perencana keschatan, pemberi hubungan terapeutik, pemantau, evaluator, dan peneliti (Yupi, 2004).

Menurut Donna L. Wong (1998), ada beberapa filosofi keperawatan anak antara lain: asuhan yang berpusat pada keluarga (*Family care*) dan asuhan yang tidak menimbulkan trauma (*Atraumatic care*).

a. *Family Care*

Dua konsep yang mendasari asuhan yang berpusat pada keluarga yaitu fasilitasi keterlibatan orangtua dalam perawatan dan peningkatan kemampuan keluarga dalam merawat anaknya. Hal ini bertujuan agar dengan difasilitasinya hubungan antara orangtua dan anaknya, orangtua diharapkan mempunyai

kesempatan untuk meneruskan peran dan tugasnya merawat anaknya selama dirumah sakit. Orangtua dipandang sebagai subjek yang punya potensi untuk melaksanakan perawatan pada anaknya dan diharapkan selama perawatan anaknya dirumah sakit, terjadi proses belajar pada orang tua, baik dalam hal peningkatan pengetahuan maupun ketrampilan yang berhubungan dengan keadaan sakit anaknya (Yupi, 2004).

2. *Atraumatic Care*

Atraumatic care atau asuhan yang tidak menimbulkan trauma adalah bentuk perawatan terapeutik yang diberikan oleh tenaga kesehatan dalam tatanan pelayanan kesehatan anak, melalui penggunaan tindakan yang dapat mengurangi distress fisik maupun psikologis yang dialami anak maupun orang tuanya. *Atraumatic care* bukan satu bentuk intervensi yang nyata terlihat, tetapi memberi perhatian pada apa, siapa, dimana, mengapa, dan bagaimana prosedur dilakukan pada anak dengan tujuan mencegah dan mengurangi stres fisik dan psikologis (Yupi, 2004).

2.1.3 Pertumbuhan dan Perkembangan

Pengertian

Pertumbuhan sebagai suatu peningkatan jumlah dan ukuran, sedangkan perkembangan menitik beratkan pada perubahan yang terjadi secara bertahap dari tingkat yang paling rendah ketingkat yang paling tinggi dan kompleks melalui proses maturasi dan pembelajaran (Whaley dan Wong. (2000), dikutip oleh Yupi. 2004).

Menurut Soetjiningsih. (1995), Pertumbuhan (*growth*) berkaitan dengan masalah perubahan dalam besar, jumlah, ukuran atau dimensi tingkat sel, organ

maupun individu, yang bisa diukur dengan ukuran berat (gram, pound, kilogram), ukuran panjang (cm, meter), umur tulang dan keseimbangan metabolik (retensi kalsium dan nitrogen tubuh) sedangkan perkembangan (*development*) adalah bertambahnya kemampuan (skill) dalam struktur dan fungsi tubuh yang lebih kompleks dalam pola yang teratur dan dapat diramalkan, sebagai hasil dari proses pematangan. Sehingga dapat disimpulkan bahwa pertumbuhan mempunyai dampak terhadap aspek fisik, sedangkan perkembangan berkaitan dengan pematangan fungsi organ/ individu.

2.1.4. Tahap pertumbuhan dan perkembangan mulai bayi sampai usia sekolah.

Pertumbuhan dan perkembangan fisik dan motorik mulai bayi sampai usia sekolah sebagai berikut (Donna L. Wong, 2004) :

1. Usia 1 bulan

Fisik

Pertambahan berat badan 150 sampai 210 g setiap minggu selama 6 bulan pertama, peningkatan tinggi badan 2,5 cm setiap bulan selama 6 bulan pertama, peningkatan lingkar kepala sebesar 1,5 cm setiap bulan selama 6 bulan pertama.

Motorik kasar:

Memilih posisi fleksi dan pelvis tinggi tetapi lutut tidak dibawah abdomen bila telungkup (pada saat lahir lutut fleksi dibawah abdomen). menunjukkan posisi refleks leher tonik asimetris bila terlentang dan belum ada kontrol kepala.

Usia 2 bulan

Fisik dan motorik kasar

Fontanel posterior menutup, refleks merangkak menghilang, menunjukkan posisi yang kurang fleksi bila telungkup panggul datar, kaki terekstensi, lengan fleksi, kepala ke satu sisi, tangan sering terbuka dan refleks menggenggam hilang.

Usia 3 bulan

Fisik dan motorik kasar

Refleks primitif menghilang, mendapatkan posisi duduk simetrik, bila digendong pada posisi berdiri mampu menahan sedikit fraksi beban berat badan pada lengan bawah tetapi menunduk kedepan.

Usia 4 bulan

Fisik dan motorik kasar

Mulai merangkak, keseimbangan kepala pada posisi duduk baik, hampir tidak mengalami head lag ketika menariknya keposisi duduk, mampu duduk tegak bila disangga, mengambil posisi simetris utama.

Usia 5 bulan

Fisik dan motorik kasar

Memulai tanda-tanda pertumbuhan gigi, berat badan lahir menjadi dua kali lipat, tidak ada head lag ketika menarik kepala untuk posisi duduk, bila duduk mampu menahan kepala tegak dan mantap, bila telentang menempatkan kaki kemulut.

Usia 6 bulan

Fisik

Laju pertumbuhan mulai menurun, penambahan berat badan 90 sampai 150 g setiap minggu selama 6 bulan berikutnya, penambahan tinggi badan 1,25 cm setiap bulan selama 6 bulan berikutnya, gigi geligi mulai dengan pertumbuhan dua gigi insisi sentral bawah, mengunyah dan menggigit mulai menjadi.

Motorik kasar

Bila telungkup dapat mengangkat dada dan abdomen bagian atas dari atas meja, duduk di kursi tinggi dengan punggung tegak dan memegang tangan tidak ada lagi.

Usia 7 bulan

Fisik dan motorik kasar

Pertumbuhan gigi insisi tengah atas, bila telentang secara spontan mengangkat kepala dari meja, duduk tegak sebentar, membebaskan seluruh berat badan pada kaki.

Usia 8 bulan

Fisik dan motorik kasar

mulai menunjukkan pola yang teratur dalam eliminasi kandung kemih, dan defekas dan refleks parasut muncul, duduk dengan mantap tanpa sokongan dan dapat berdiri berpegang pada perabot, menyesuaikan postur untuk meraih objek.

Usia 9 bulan

Fisik dan motorik kasar

Pertumbuhan gigi insisor lateral atas mulai terjadi, merangkak dengan tangan dan lutut, duduk dengan mantap dilantai untuk waktu lama (10 menit).

Usia 10 bulan

Fisik dan motorik kasar

Refleks *labyrinth-righting* paling kuat bila bayi pada posisi telungkup, mengubah dari telungkup menjadi duduk, melakukan keseimbangan dengan mudah pada saat berdiri dan mengangkat salah satu kaki untuk melangkah.

Usia 11 bulan

Fisik dan motorik kasar

Munculnya gigi insisor lateral bawah, bila duduk berputar untuk meraih objek, meluncur atau berjalan memegang dengan kedua tangan dipegang.

Usia 12 bulan

Fisik dan motorik kasar

Tiga kali berat badan lahir, panjang lahir meningkat 50%, lingkar kepala dan lingkar dada sama (lingkar kepala 46,5 cm), refleks babinski menghilang, berjalan dengan satu tangan dipegang, berusaha untuk berdiri sejenak.

Usia 15 bulan

Fisik dan motorik kasar

Pertumbuhan mantap pada tingghi dan berat badan, lingkar kepala 48 cm, berat badan 11 kg, tinggi badan 78,7 cm, memanjatkan tangga, berlutut tanpa sokongan.

Usia 18 bulan

Fisik dan motorik kasar

Anoreksia fisiologis dari penurunan kebutuhan pertumbuhan, fontanel anterior tertutup, secara fisiologis mampu mengendalikan sfingter, Berdiri secara kikuk dan jatuh, berjalan naik tangga dengan satu tangan berpegangan, menarik dan mendorong mainan, duduk dikursi sendiri.

Usia 24 bulan

Fisik dan motorik kasar

Lingkar kepala 49 sampai 50 cm. Lingkar dada lebih besar lingkar kepala, peningkatan berat badan 1,8 sampai 2,7 kg, peningkatan tinggi badan biasanya 10

sampai 12,5 cm dan gigi geligi utama 16 buah, berlari dengan seimbang dengan langkah lebar dan menangkap objek tanpa jatuh.

Usia 30 bulan

Fisik dan motorik kasar

Empat kali lipat berat badan lahir dan gigi geligi utama 20 buah lengkap, melompat dengan kedua kaki dan berdiri sebentar pada satu kaki.

Usia 3 tahun

Fisik dan motorik kasar

Penambahan berat badan umumnya 1,8 sampai 2,7 kg, rata-rata tinggi badan 95 cm, telah mencapai kontrol malam hari terhadap usus, kandung kemih, mengendarai sepeda motor, melompat dari langkah dasar.

Usia 4 tahun

Fisik dan motorik kasar

Berat badan rata-rata 18,7 kg, tinggi badan rata-rata 103 cm dan panjang saat lahir dua kali lipat, melompat dan meloncat pada satu kaki, menangkap bola dengan tepat, melempar bola dengan bergantian tangan.

Usia 5 tahun

Fisik dan motorik kasar

Berat badan rata-rata 18,7 kg, tinggi badan rata-rata 110 cm, pemunculan gigi geligi permanen dapat terjadi, melempar dan menangkap bola dengan baik, meloncat keatas, keseimbangan pada kaki bergantian.

Usia 6 tahun

Fisik dan motorik

Berat badan 16-23,6 kg, tinggi badan 106,6 sampai 123,5 cm, pemunculan gigi insisor mandibulator tengah dan kehilangan gigi pertama, suka menggambar, menulis dan mewarnai.

Usia 7 tahun

Fisik dan motorik

Mulai bertambah sedikit 5 cm setahun, berat badan 17,7 sampai 30 kg; tinggi badan 111,8 sampai 129,7 cm, lebih waspada pada pendekatan penampilan baru, rahang mulai lebar untuk mengkoordinasi gigi permanen

Usia 10 sampai 12 tahun

Fisik dan motorik

Anak laki-laki: tumbuh lambat dalam tinggi dan penambahan berat badan cepat; dapat menjadi kegemukan dalam periode ini, berat badan 24,3 sampai 58 kg; tinggi badan 127,5 sampai 162,3 cm, postur lebih berupa dengan orang dewasa; akan mengalami lordosis, anak perempuan: perubahan daerah pubis mulai tampak garis tubuh menghalus dan menonjol, sisa gigi akan muncul dan kecenderungan kearah perkembangan penuh (kecuali gigi geraham).

2.2 Proses Keperawatan

2.2.1 Pengertian

Proses keperawatan merupakan cara yang sistematis yang dilakukan oleh perawat bersama klien dalam menentukan kebutuhan asuhan keperawatan dengan melakukan pengkajian, menentukan diagnosis, merencanakan tindakan yang akan

dilakukan, melaksanakan tindakan serta mengevaluasi hasil asuhan yang telah diberikan dengan berfokus pada klien, berorientasi pada tujuan pada setiap tahap saling terjadi ketergantungan dan saling berhubungan (Aziz.A.A, 2004).

Menurut Nursalam (2001), proses keperawatan adalah metode dimana suatu konsep diterapkan dalam praktik keperawatan. Hal ini bisa disebut sebagai suatu pendekatan *problem solving* yang memerlukan ilmu, tehnik dan ketrampilan interpersonal yang ditujukan untuk memenuhi kebutuhan klien/keluarga.

2.2.2 Karakteristik Proses Keperawatan

Menurut Nursalam (2001), Proses keperawatan mempunyai 6 karakteristik dan secara umum dapat dijelaskan sebagai berikut :

- 1) Tujuan: proses keperawatan mempunyai tujuan yang jelas melalui suatu tahapan dalam meningkatkan kualitas asuhan keperawatan kepada klien
- 2) Sistematis: menggunakan suatu pendekatan yang terorganisir untuk mencapai suatu tujuan.
- 3) Dinamis: Proses keperawatan ditujukan dalam mengatasi masalah-masalah kesehatan klien yang dilaksanakan secara berkesinambungan.
- 4) Interaktif: Dasar hubungannya adalah hubungan timbal balik antar perawat, klien, keluarga dan tenaga kesehatan lainnya.
- 5) Fleksibel: Adalah proses yang dapat dilihat dalam 2 konteks: (1) dapat diadopsi pada praktek keperawatan dalam situasi apapun, spesialisasi yang berhubungan dengan individu, kelompok atau masyarakat, dan (2) tahapannya bisa digunakan secara berurutan dan dengan persetujuan kedua belah pihak.
- 6) Teoritis: Setiap langkah dalam proses keperawatan selalu didasarkan pada ilmu yang luas, khususnya ilmu dan model keperawatan yang vberlandaskan pada

filosofi keperawatan bahwa asuhan keperawatan pada klien harus menekankan pada 3 aspek: Humanistik, Holistik dan Care.

7) Penerapan proses keperawatan mempunyai implikasi atau dampak terhadap :

1). Profesi keperawatan; 2). Klien; dan 3). Perawat.

1. Profesi

Secara profesional, proses keperawatan menyajikan suatu lingkup praktek keperawatan. Melalui lima langkah, keperawatan secara terus – menerus mendefinisikan perannya kepada klien dan profesi kesehatan lainnya. Hal ini menunjukkan bahwa keperawatan tidak hanya melaksanakan rencana seperti yang telah diresepkan dokter (Iyer.et al, 1996 dikutip dari Nursalam, 2001).

2 Klien

Penggunaan proses keperawatan sangat bermanfaat bagi klien dan keluarga. Kegiatan ini mendorong mereka untuk berpartisipasi secara aktif dalam keperawatan dengan melibatkan mereka kedalam lima langkah proses.

3 Perawat

Proses keperawatan akan meningkatkan kepuasan dalam bekerja dan meningkatkan perkembangan profesionalisasi. Peningkatan hubungan antara perawatan dengan klien dapat dilakukan melalui penerapan proses keperawatan (Nursalam, 2001).

2.3. Pengkajian

2.3.1 Pengertian konsep dasar pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dan landasan proses keperawatan (Lismidar. 1990:1). Keberhasilan proses keperawatan sangat tergantung pada kecermatan dan ketelitian dalam tahap pengkajian.

Menurut Nursalam (2001), pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi kesehatan klien. Banyaknya metode pengumpulan data, mengharuskan seorang perawat menggunakan format pengkajian keperawatan yang efektif. Efektifitas suatu data atau pengkajian dapat dilihat dari karakteristik data yang dikumpulkan yaitu kelengkapan data dan keakuratan data tersebut.

Dalam pengumpulan data ada beberapa masalah yang mungkin akan terjadi dan akan sangat mempengaruhi dalam pelaksanaan pengkajian keperawatan. Beberapa faktor itu antara lain ketidakmampuan perawat mengorganisir data, kehilangan data yang telah dikumpulkan, data yang tidak relevan, duplikasi data, mispersepsi, kesalahan interpretasikan data, ketidaklengkapan data yang dikumpulkan, adanya interpretasi data dalam mengobservasi perilaku dan kegagalan dalam pengambilan data dasar terbaru (Nursalam, 2001).

2.3.2 Fokus pengkajian keperawatan

Pengkajian fokus keperawatan adalah data tentang perubahan-perubahan atau respon klien terhadap kesehatan dan masalah kesehatannya serta hal-hal yang mencakup tindakan yang dilakukan kepada klien (Nursalam, 2001).

Menurut Nursalam (2001), Pengkajian data dasar yang komprehensif adalah kumpulan data yang berisikan mengenai status kesehatan klien, kemampuan klien untuk mengelola kesehatan dan keperawatannya terhadap dirinya sendiri dan hasil konsultasi dari medis atau profesi kesehatan lainnya.

Standar pengkajian keperawatan merupakan proses pengumpulan data tentang status kesehatan klien secara sistematis, menyeluruh, akurat, singkat dan berkesinambungan.

Kriteria proses dalam pengkajian keperawatan meliputi hal sebagai berikut:

1. Pengumpulan data dilakukan dengan wawancara, observasi, pemeriksaan fisik dan mempelajari data penunjang (pengumpulan data diperoleh dari hasil wawancara, pemeriksaan fisik, pemeriksaan laboratorium dan mempelajari catatan klien lainnya).
 2. Sumber data adalah klien, keluarga, orang terkait, tim kesehatan, rekam medis dan catatan klien lainnya.
 3. Data yang dikumpulkan difokuskan untuk mengidentifikasi :
 - a. Status kesehatan klien saat ini, b. Status kesehatan klien masa lalu, c. Status fisiologis-psikologis-spiritual, d. Respon terhadap terapi, e. Harapan terhadap tingkat kesehatan yang optimal, f. Resiko-resiko tinggi masalah
- Nursalam (2001).

2.3.3. Pengumpulan data

Pengumpulan data merupakan kegiatan dalam menghimpun informasi (data-data) dari pasien, yang meliputi unsur biopsiko-sosio spiritual yang komprehensif.(Lismidar, 1990).

Tahap pengumpulan data terdiri dari (Nursalam, 2001) :

1. Tipe data

Ada dua tipe data pada pengkajian:

1) Data subjektif

Data subjektif adalah data yang didapatkan dari klien sebagai suatu pendapat terhadap suatu situasi dan kejadian. Informasi tersebut tidak dapat ditentukan oleh perawat secara independen tetapi melalui suatu interaksi atau komunikasi (Nursalam, 2001).

Menurut Priharjo, R. (1996), pengertian data subjektif adalah merupakan data riwayat kesehatan yang diperoleh dari wawancara dengan pasien.

2) Data objektif

Data objektif adalah data yang dapat diobservasi dan diukur (Nursalam, 2001).

Menurut Priharjo, R. (1996) data objektif adalah data yang diperoleh dari pengkajian fisik pasien dan fokus pengumpulan data meliputi:

a). Status kesehatan sebelumnya dan sekarang, b). Pola koping sebelumnya dan sekarang, c). Fungsi status sebelumnya dan sekarang, d). Respon terhadap terapi medis dan tindakan keperawatan, e). Resiko untuk masalah potensial, f). Hal-hal yang menjadi dorongan atau kekuatan klien.

2.3.4 Karakteristik Data

(1). Kelengkapan data

Seluruh data yang diperlukan untuk mengidentifikasi masalah keperawatan klien dicatat dengan terperinci (Nursalam, 2001). Data yang terkumpul harus lengkap guna membantu masalah klien yang adekuat.

(2). Akurat dan nyata

Dalam pengumpulan data ada kemungkinan terjadi salah paham. Untuk mencegah hal tersebut maka perawat harus berfikir akurasi dan nyata untuk membuktikan benar tidaknya apa yang telah didengar, dilihat diamati dan diukur melalui pemeriksaan ada tidaknya validasi terhadap semua data yang sekiranya meragukan (Nursalam. 2001).

Menurut Nursalam (2001), untuk menghasilkan dokumentasi pengkajian keperawatan yang akurat dan nyata, maka penulisan pengkajian keperawatan adalah sebagai berikut :

- a. Jangan menghapus menggunakan tip-Ex, mencoret tulisan yang salah ketika mencatat, karena tampak seolah-olah perawat menyembunyikan informasi atau merusak catatan. Cara yang benar dengan menggunakan garis pada tulisan yang salah, tulis kata "salah" lalu diparaf kemudian diganti dengan catatan yang benar.
- b. Jangan menulis komentar yang bersifat mengkritik klien maupun terhadap tenaga kesehatan lain, karena pernyataan tersebut menunjukkan perilaku yang tidak profesional.
- c. Koreksi kesalahan sesegera mungkin karena kesalahan menulis diikuti dengan kesalahan tindakan.
- d. Catat hanya fakta, catatan harus akurat dan reliable. Pastikan apa yang ditulis adalah fakta, jangan berspekulasi atau menulis perkiraan saja.
- e. Jangan biarkan pada bagian akhir catatan perawat kosong karena orang lain dapat menambahkan informasi yang tidak benar pada bagian yang kosong tadi. Buat garis horizontal sepanjang area yang kosong dan bubuhkan tanda tangan dibawahnya.

f. Semua catatan harus bisa dibaca, ditulis dengan tinta dan menggunakan bahasa yang lugas.

(3). Relevan

Pencatatan data yang komprehensif biasanya banyak sekali data yang harus dikumpulkan, sehingga menyita waktu perawat untuk mengidentifikasi. Kondisi yang seperti ini bisa diantisipasi dengan membuat data komprehensif tapi singkat dan jelas. Mencatat data yang relevan sesuai dengan masalah klien yang merupakan data fokus terhadap masalah klien dan sesuai dengan situasi khusus (Nursalam, 2001)

2.3.5 Metode pengumpulan data

Ada tiga metode yang digunakan dalam pengumpulan data pada tahap pengkajian: (1) komunikasi yang efektif; (2) Observasi; dan (3) pemeriksaan fisik

1. Komunikasi

Komunikasi terapeutik adalah tehnik dimana usaha mengajak klien dan keluarga untuk bertukar pikiran dan perasaan. Tehnik tersebut mencakup ketrampilan secara verbal maupun non verbal, empati dan rasa kepedulian yang tinggi.

2. Observasi

Observasi adalah mengamati perilaku dan keadaan klien untuk memperoleh data tentang masalah kesehatan dan keperawatan klien (Nursalam, 2001).

Menurut Lismidar (1990), yang dimaksud dengan observasi adalah pengumpulan informasi melalui indera penglihatan, pendengaran, penciuman,

perabaan, dan alat perasa. Observasi (pengamatan) merupakan ketrampilan tingkat tinggi dalam keperawatan, dan membutuhkan banyak latihan.

3. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan atau pengkajian fisik dalam keperawatan dipergunakan untuk memperoleh data objektif dari riwayat keperawatan klien. Tujuan dari pengkajian fisik didalam keperawatan adalah untuk menentukan status kesehatan klien, mengidentifikasi masalah kesehatan dan mengambil data dasar untuk menentukan rencana tindakan keperawatan (Nursalam, 2001).

Menurut Lismidar (1990), Pemeriksaan fisik merupakan suatu bentuk observasi. Selain menggunakan panca indera, pemeriksaan juga dilakukan dengan memakai instrumen (alat ukur). Tujuannya adalah untuk memastikan batas dimensi angka, irama, kuantitas, atau ukuran tertentu, misalnya untuk mengetahui tinggi badan, dan berat badan, hasil-hasil laboratorium, tanda-tanda vital, dan lain-lain.

2.3.6 Metode atau tehnik pemeriksaan fisik

Ada empat tehnik dalam pemeriksaan fisik yaitu inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi (IPPA) (Nursalam. 2001) :

1. Inspeksi

Inspeksi adalah suatu proses observasi yang dilaksanakan secara sistematis. Observasi dilaksanakan dengan menggunakan indera penglihatan, pendengaran dan penciuman sebagai suatu alat untuk mengumpulkan data (Nursalam, 2001). Pada inspeksi perlu membandingkan hasil normal dan abnormal bagian tubuh satu dengan bagian tubuh lainnya.

Menurut Priharjo (1996), Inspeksi merupakan proses observasi dengan menggunakan mata. Mengamati secara cermat mengenai tingkah laku dan keadaan tubuh pasien.

2. Palpasi

Palpasi adalah suatu tehnik yang menggunakan indera peraba. Tangan dan jari-jari adalah suatu instrumen yang sensitif dan digunakan untuk mengumpulkan data tentang: temperature, turgor, bentuk, kelembaban dan vibrasi dan ukuran (Nursalam, 2001).

Menurut Potter PA (1996), palpasi adalah pemeriksaan dengan menggunakan kedua tangan untuk menyentuh bagian tubuh untuk suatu pengukuran sensitif terhadap tanda khusus fisik.

3. Perkusi

Perkusi adalah suatu pemeriksaan dengan jalan mengetuk untuk membandingkan kiri-kanan pada setiap daerah permukaan tubuh dengan tujuan menghasilkan suara (Nursalam, 2001).

Menurut Talbot LA (1997), perkusi meliputi pengetukan permukaan tubuh untuk menghasilkan bunyi untuk membantu dalam penentuan densitas, lokasi, ukuran dan posisi struktur dibawahnya.

4. Auskultasi

Auskultasi adalah tindakan mendengarkan bunyi yang ditimbulkan oleh bermacam-macam organ dan jaringan pada tubuh (Talbot. LA, 1997). Instrumen yang digunakan dalam auskultasi adalah steteskop.

Menurut Nursalam (2001), auskultasi adalah pemeriksaan dengan jalan mendengarkan suara yang dihasilkan oleh tubuh dengan menggunakan steteskop.

2.3.7 Aspek atau pendekatan pemeriksaan fisik

Menurut Nursalam (2001), pendekatan pengkajian fisik dapat menggunakan :

1. *Head to Toe* (kepala ke kaki)

Pendekatan ini dilakukan mulai dari kepala dan berurutan sampai ke kaki (keadaan umum, tanda-tanda vital, kepala, wajah, mata, telinga, hidung dan sinus, mulut dan tenggorokan, leher, dada, paru, jantung, abdomen, pinggang, genitalia, rectum dan ekstremitas)

2. ROS (*Review of system*) – Sistem tubuh

Pada pendekatan ini perawat melakukan pengkajian sydtem tubuh scara keseluruhan. Adapun lingkup mayor body system meliputi : (keadaan umum, tanda-tanda vital, system pernapasan, system kardiovaskuler, system persyarafan, system perkencingan (renal), system pencernaan, system muculoskeletal dan integument dan system reproduksi).

3. Pola fungsi kesehatan

Pendekatan ini memungkinkan perawat untuk mengumpulkan data secara sistematis dengan cara mengevaluasi pola fungsi kesehatan dan menfokuskan pengkajian fisik pada masalah khusus.

2.4. Model Format Pengkajian Keperawatan *Head to Toe*

2.4.1 Pengertian pengkajian *head to toe*

Pengkajian head to toe adalah pengkajian yang dilakukan mulai dari kepala dan secara berurutan samapi keujung kaki (Nursalam, 2001).

2.4.2 Elemen-elemen yang perlu dikaji antara lain :

1. Identitas:

Nama, umur, jenis kelamin, agama, suku bangsa, bahasa, pendidikan, alamat dan ditanggung oleh.

2. Riwayat penyakit yang lalu

Penyakit yang pernah diderita, kebiasaan berobat, alergi, obat-obatan yang biasa dikonsumsi dan operasi.

3. Riwayat penyakit sekarang

Keluhan utama, tanggal mulai sakit, proses kejadian sakit dan upaya yang dilakukan, faktor pencetus, tanda-tanda vital, tingkat kesadaran.

4. Riwayat kesehatan keluarga

Penyakit yang pernah diderita oleh keluarga, Pola komunikasi. Pola interaksi, budaya dan keyakinan, fungsi keluarga dan hubungan.

5. Tumbuh kembang

Riwayat: Berat badan lahir, 6 bulan, 1 tahun, lingkaran kepala saat lahir, berat badan, tinggi badan, gigi/geligi: usia pertumbuhan/ tanggal gigi, masalah gigi, usia kontrol kepala, duduk tanpa dukungan, berjalan, berbicara, interaksi dengan teman sebaya dan komunikasi.

Saat ini: Berat badan, tinggi badan, interaksi dengan teman sebaya, komunikasi dan aktivitas.

7. Status Nutrisi

Riwayat :

Nafsu makan, pola makan, jenis makanan/minuman dan jumlah asupan dalam sehari.

Saat ini : Nafsu makan, pola makan, jenis makanan/minuman dan jumlah asupan.

8. Reaksi Hospitalisasi

❖ Klien:

Reaksi yang ditunjukkan saat MRS:

a. Bayi :

Protes : Menangis, menjerit, mencari orang terdekat melalui isyarat mata, menolak dengan orang yang tidak dikenal.

Putus asa : Tidak aktif, menarik diri, sedih, tidak tertarik pada lingkungan.

Pelepasan : Berinteraksi dengan orang asing, membentuk hubungan baru tetapi bersifat superfisial, dan tampak bahagia.

b. *Toddler* (1-3 tahun)

Protes : Menangis verbal pada orang tua, serangan verbal pada orang lain, serangan fisik (misalnya menendang, memegang erat orang tua, mencubit), dan secara fisik memaksa orang tua untuk tetap tinggal.

Putus asa: tidak aktif, sedih, depresi, tidak tertarik pada lingkungan, tidak komunikatif, mundur dari perilaku sebelumnya (misalnya menghisap ibu jari, ngompol) dan kehilangan keterampilan bahasa.

Pelepasan: Hampir sama dengan bayi, perilaku regresif lebih sedikit.

c. Pra sekolah (3-5 tahun)

Protes : Kurang bersifat langsung dan agresif dibandingkan dengan *toddler*, dapat menggantikan perasaan pada orang lain.

Putus asa dan pelepasan sama dengan *toddler*.

d. Usia sekolah :

Biasanya tidak terlihat tahap perilaku protes, putus asa, atau pelepasan. Hal-hal berikut ini menunjukkan perpisahan serta rasa takut lainnya : kesepian, bosan, isolasi, menarik diri, depresi, marah, bermusuhan dan frustrasi.

❖ .Keluarga :

Perasaan takut, cemas, sedih yang ditandai dengan perilaku tidak kooperatif, putus asa, menolak tindakan dan menginginkan pulang paksa. Untuk respon menerima semua tindakan misalnya ditandai dengan menuruti segala anjuran petugas kesehatan.

10. Riwayat Imunisasi

Pemberian imunisasi BCG, Campak, Polio, DPT, Hepatitis, TT dan lain-lain.

11. Pengkajian *head to toe*.

1) Kepala

Bentuk kepala, kulit kepala, bentuk tengkorak, keadaan rambut, dan lingkaran kepala.

2) Wajah

Bentuk wajah, kulit wajah, tanda-tanda fraktur pada tulang wajah.

3) Mata

Bentuk, visus, pupil, gerakan bola mata, konjungtiva, refleks cahaya.

4) Telinga

Struktur eksterna (aurikuler), membran timpani, otorhoe, gangguan pendengaran.

5) Hidung dan sinus

Bentuk hidung, mukosa hidung, penciuman, nyeri tekan.

6) Mulut dan tenggorokan

Mukosa mulut, bibir, lidah, palatum, gusi, pertumbuhan gigi, rongga mulut dan tenggorokan.

7) Leher

Bentuk leher, warna kulit, massa/pembesaran kelenjar tyroid dan limfe, pembengkakan, mobilitas leher. nyeri telan.

8). Dada dan payudara

Bentuk dada, pergerakan dada, nyeri dada waktu bernapas, kulit daerah sternum/dinding dada, krepitasi, bentuk payudara, kesimetrisan, kulit payudara dan benjolan, warna puting, ketiak: pembesaran kelenjar limfe.

9). Paru

Pola napas, bunyi napas, batuk sputum, fremitus fokal dan alat bantu pernapasan.

10) Jantung

Regularitas denyut nadi, bunyi jantung, letak ictus cordis, pembesaran jantung dan nyeri dada menjalar, cianosis atau keletihan pada aktivitas.

11) Abdomen

Konsistensi abdomen, kulit abdomen, umbilicus, nyeri tekan, lokasi nyeri, pembesaran hepar dan lien, ascites, pembesaran organ atau massa.

12) Punggung

Keadaan tulang punggung, lesi dan nyeri.

13). Ginjal

Keadaan kandung kemih, produksi urine, frekuensi miksi perhari, warna urine, bau dan nyeri saat BAK.

14) Genitalia

Bentuk kelamin, skrotum, testis inguinalis, vulva, kebersihan alat kelamin, pembesaran kelenjar inguinal.

15). Rektum dan anus

Frekuensi BAB perhari, masalah BAB dan keadaan bokong.

16). Ekstremitas

Kemampuan pergerakan, sendi lengan dan tungkai, kekuatan otot, kesimetrisan, warna kulit, akral, turgor, refleks, koordinasi gerak, dislokasi, alat bantu.

(modifikasi dari berbagai teori: Wong, Donna L, 2003, Nursalam, 2001, Priharjo R, 1996, Iyer, Patricia W. 2004, Aziz A.A, 2004).

2.5 Kinerja Perawat

2.5.1 Pengertian kinerja

Kinerja (Hasil kerja) adalah hasil kerja secara kualitas dan kuantitas yang dicapai seorang pegawai dalam melaksanakan tugasnya sesuai dengan tanggung jawab yang diberikan kepadanya (Mangkunegara A.A, 2001). Menurut Darokah (1996), kinerja adalah suatu catatan keluaran hasil pada suatu fungsi jabatan kerja atau seluruh aktifitas kerja pada periode waktu tertentu.

2.5.2 Faktor-faktor yang mempengaruhi kinerja

Menurut Gibson (1996), perilaku yang berhubungan dengan kinerja dipengaruhi oleh dua faktor yaitu: 1). Faktor individu, dan 2). Faktor lingkungan. Faktor individu meliputi: Latar belakang pendidikan, pengalaman kerja, sikap, kemampuan dan ketrampilan, persepsi, data demografi (umur, jenis kelamin dan keragaman ras), pembelajaran dan kepribadian. Sedangkan faktor lingkungan

meliputi: Kepemimpinan, deskripsi jabatan, struktur organisasi, norma/aturan, penghargaan atau imbalan, sanksi /hukuman dan tingkat stres.

1. Faktor individu :

a. Pendidikan

Menurut Gibson (1996), yang dimaksud pendidikan disini adalah pendidikan formal yang disekolah-sekolah, ataupun nonformal. Didalam bekerja seringkali faktor pendidikan merupakan syarat paling pokok untuk fungsi-fungsi tertentu sehingga dapat tercapainya kesuksesan dalam bekerja. Untuk itu dituntut pendidikan yang sesuai dengan jabatan yang akan dipegang.

b. Pengalaman kerja

Melalui pengalaman kerja, pekerja mengembangkan sikap mengenai keadilan penggajian, tinjauan prestasi, kemampuan manegerial, rancangan kerja danaviliasi kelompok kerja. Pengalaman terdahulu menyebabkan beberapa perbedaan sikap individu terhadap kinerja, loyalitas dan komitmen.

c. Motivasi

Motivasi adalah pemberian daya penggerak yang menciptakan kegairahan kerja seseorang, agar mereka mau bekerja sama, bekerja efektif dan terintegrasi dengan segala daya upaya untuk mencapai keputusan (Hasibuan, 2001).

d. Sikap

Sikap adalah perasaan positif atau negatif atau keadaan mental yang selalu disiapkan, dipelajari, dan tidak diatur melalui pengalaman yang memberikan pengaruh khusus pada respon seseorang terhadap orang, objek-objek dan keadaan (Gibson, 1996).

e. Kemampuan dan ketrampilan

Kemampuan adalah sifat biologikal dan yang bisa dipelajari yang memungkinkan seseorang melakukan sesuatu baik bersifat mental ataupun fisik. Keterampilan adalah yang berhubungan dengan pekerjaannya. Secara psikologis, kemampuan (*ability*) seseorang terdiri dari kemampuan potensi (IQ) dan kemampuan realita (*knowledge + skill*). Artinya seseorang yang memiliki IQ diatas rata-rata dengan pendidikan yang memadai untuk jabatannya dan terampil dalam mengerjakan pekerjaan sehari-hari maka ia akan lebih mudah mencapai kinerja yang diharapkan (Gibson, 1996).

f. Persepsi

Persepsi adalah proses dari seseorang dalam memahami lingkungannya yang melibatkan pengorganisasian dan penafsiran sebagai rangsangan dalam suatu pengalaman psikologis. Dengan kata lain untuk mempengaruhi perilaku dan membentuk sikap (Gibson, 1996).

g. Usia, Jenis kelamin dan Keragaman ras

Ada kecenderungan pegawai yang lebih tua meras puas daripada pegawai yang berumur relatif muda. Hal ini diasumsikan bahwa pegawai yang tua lebih berpengalaman menyesuaikan diri dengan lingkungan pekerjaan. Sedangkan pegawai usia muda biasanya mempunyai harapanyang ideal tentang dunia kerjanya (Mangkunegara A.A, 2001). Keragaman adalah sebuah istilah yang digunakan untuk menjelaskan mutu manusia seperti ras, jenis kelamin, dan etnis yang berbeda dari kelompok sendiri dan kelompok diluar dari tempat mereka berada. Wanita mempunyai tingkat absensi lebih tinggi dari pada pria disebabkan

karena peran mengasuh mereka (memperhatikan anak-anak, orangtua dan pasangan (Gibson, 1996).

h. Pembelajaran

Pembelajaran merupakan proses perubahan dalam perilaku yang relatif bertahan sebagai akibat dari hasil suatu praktek. Proses belajar yang berbeda akan mempengaruhi perilaku seorang perawat dalam melaksanakan pendokumentasian asuhan keperawatan.

i. Kepribadian

Kepribadian adalah himpunan karakteristik dan kecenderungan yang stabil serta menentukan sifat umum dan perbedaan dari perilaku seseorang yang dipengaruhi oleh keturunan, budaya dan faktor sosial.

2. Faktor lingkungan :

a. Kepemimpinan

Kepemimpinan adalah keseluruhan aktifitas dalam rangka mempengaruhi orang-orang agar mau bekerja sama untuk mencapai suatu tujuan yang memang digunakan bersama (Gibson, 1996).

b. Deskripsi jabatan

Deskripsi jabatan menggambarkan tentang bagaimana kenyataannya pekerjaan dilakukan. Sebab seseorang dapat melakukan kerja dengan efektif jika ia mengerti dengan baik uraian tugasnya dengan jelas, sehingga diperlukan adanya *job description* (pembagian tugas) yang baik dalam melaksanakan pendokumentasian asuhan keperawatan.

c. Struktur organisasi

Struktur organisasi adalah pola formal aktifitas dan hubungan antar berbagai sub unit organisasi. Dua aspek yang termasuk dalam struktur organisasi adalah desain pekerjaan dan desain organisasi. Desain pekerjaan dihubungkan pada proses dimana manajer menspesifikan isi, metode dan hubungan pekerjaan untuk memenuhi kepentingan organisasi dan individu dan harus bisa menjelaskan isi dan tugas serta posisi pimpinan unit serta hubungan posisi masing-masing anggota timnya. Desain organisasi berkaitan dengan struktur organisasi secara menyeluruh danberencana mengubah filosofi dan orientasi tim (Gibson, 1996)

d. Norma / aturan

Norma / aturan umumnya merupakan standaryang disepakati individu dan perilaku kelompok yang dikembangkan sebagai akibat interaksi anggota setiap saat. Baik kelompok formal dan informal mempunyai beragam norma.

e. Imbalan/Penghargaan

Penghargaan adalah pemahaman manajemen atas pekerjaandilakukan dengan baik. Imbalan digolongkan menjadi dua : imbalan intrinsik yaitu penghargaan yang menjadi bagian daripekerjaan itu sendiri dan imbalan ekstrinsik yaitu imbalan eksternal atas pekerjaan, seperti pembayaran, promosi atau tunjangan / *strange benefit* (Gibson, 1996).

f. Sangsi / hukuman

Sangsi adalah konsekuensi yang kurang menyenangkan untuk suatu respon perilaku tertentu atau penghilangan suatu bentuk penguat yang diinginkan karena merupakan respon perilaku tertentu (Gibson, 1996).

g. Tingkat stress

Stress diberi batasan sebagai suatu kondisi ketegangan yang mempengaruhi emosi, proses berfikir dan kondisi seseorang (Handoko & Susilo, 2000).

2.5.3 Aplikasi kinerja perawat

Gilles (1996), mengaplikasikan kinerja perawat sebagai berikut :

1. Pengkajian/ Penilaian

Pengkajian dilakukan secara sistematis, menyeluruh, akurat, singkat dan berkesinambungan saat pasien masuk rumah sakit. Hasil pengkajian dicatat dalam buku status dan dibuat prioritas masalah perawatesuai kondisi/keluhan pasien.

2. Perencanaan

Rencana yang dibuat harus mengacu pada kebutuhan pasien.

3. Implementasi

Dalam melaksanakan rencana perawat dibutuhkan lingkungan yang kondusif. Perawat harus mampu menghormati martabat dan rahasia pasien, mampu memberikan pendidikan kesehatan kepada pasien, menyesuaikan diri dengan beban kerja yang ada serta mampu bekerja dengan tim kesehatan yang lain.

4. Evaluasi

Evaluasi dilakukan secara terus-menerus dan harus dibandingkan dengan standar keperawatan.

5. Harapan Institusi dan Profesi

Untuk meningkatkan kinerja dibutuhkan adanya kebijakan, visi dan misi rumah sakit yang jelas, juga kemauan yang tinggi dari perawat untuk meningkatkan pengetahuan dan ketrampilan melalui jenjang pendidikan

berkelanjutan, mengembangkan diri dengan mengikuti penyuluhan, seminar, lokakarya, yang berhubungan dengan profesi keperawatan.

2.6 Dokumentasi Asuhan Keperawatan

2.6.1 Pengertian

Dokumentasi adalah bukti bahwa tanggung jawab hukum dan etik perawat terhadap pasien sudah dipenuhi dan bahwa pasien menerima asuhan keperawatan yang bermutu (Iyer, Patricia W. 2004).

Menurut Nursalam (2001), dokumentasi adalah bagian integral proses, bukan sesuatu yang berbeda dari metode *problem solving*.

2.6.2. Langkah –Langkah Dokumentasi Asuhan Keperawatan (Kusnanto. 2004):

(1). Dokumentasi pengkajian keperawatan

a. Tujuan pengkajian data

Mengumpulkan dan mengorganisir dan mencatat data yang menjelaskan respon manusia yang mempengaruhi pola-pola kesehatan klien.

b. Maksud dan tujuan pencatatan klien

- Mengidentifikasi kebutuhan pasien yang unik/ utuh terhadap respon dan permasalahannya.
- Menggabungkan dan mengorganisir informasi mengenai masalah/pola kesehatan pasien yang akan dianalisa.
- Untuk meyakinkan informasi/data untuk menilai perubahan-perubahan kondisi klien.
- Memberikan dasar dalam penulisan rencana keperawatan yang efektif.

c. Tipe-tipe pengkajian

- Pengkajian awal (*Initial assesment*), yaitu dimana data dasar keperawatan didapat pada saat klien masuk rumah sakit/memulai menggunakan jasa pelayanan (*nursing date base form*).
- Pengkajian berlanjut (*On going assesment*), yaitu untuk menguatkan dan memperluas informasi dasar yang diperoleh selama pengkajian awal.
- Pengkajian ulang (*Reassesment*), yaitu data informasi yang diperoleh dari aktifitas evaluasi dari proses keperawatan.

(2) Dokumentasi diagnosa keperawatan

Tujuan dokumentasi diagnosa keperawatan

- Mengkomunikasikan masalah kesehatan pasien dalam hal umum untuk semua perawat.
- Menjelaskan permasalahan kesehatan pasien (aktual, resiko, kesejahteraan, sindrom) berdasarkan data yang ada.

(3) Dokumentasi rencana tindakan keperawatan

Tujuan dokumentasi rencana tindakan keperawatan menentukan menentukan prioritas masalah, pengorganisasian dari proses keperawatan meliputi perumusan tujuan, kriteria dan penentuan pemecahan masalah yang efektif.

(4) Dokumentasi intervensi keperawatan

- a. Tujuan dokumentasi intervensi keperawatan adalah mengkomunikasikan secara tepat apa yang telah dilakukan pada pasien (mencegah duplikasi terhadap pengobatan), b. sebagai kaim malpraktek, c. sebagai *justifikasi staffing*, c. efektif dan efisiensi dana.

(5) Dokumentasi Evaluasi keperawatan

a. Tujuan dokumentasi keperawatan adalah merupakan faktor penentu terhadap keefektifan keputusan pencegahan, pengobatan dan respon pasien terhadap masalah kesehatan, untuk menilai apakah tujuan dalam rencana perawatan tercapai atau tidak, untuk menilai efektifitas rencana keperawatan atau strategi asuhan keperawatan,

b. komponen evaluasi : mencatat rumusan evaluasi, merevisi/modifikasi rencana perawatan, intervensi jika diperlukan, mencatat secara berkesinambungan informasi tentang pasien dan pengkajian ulang.

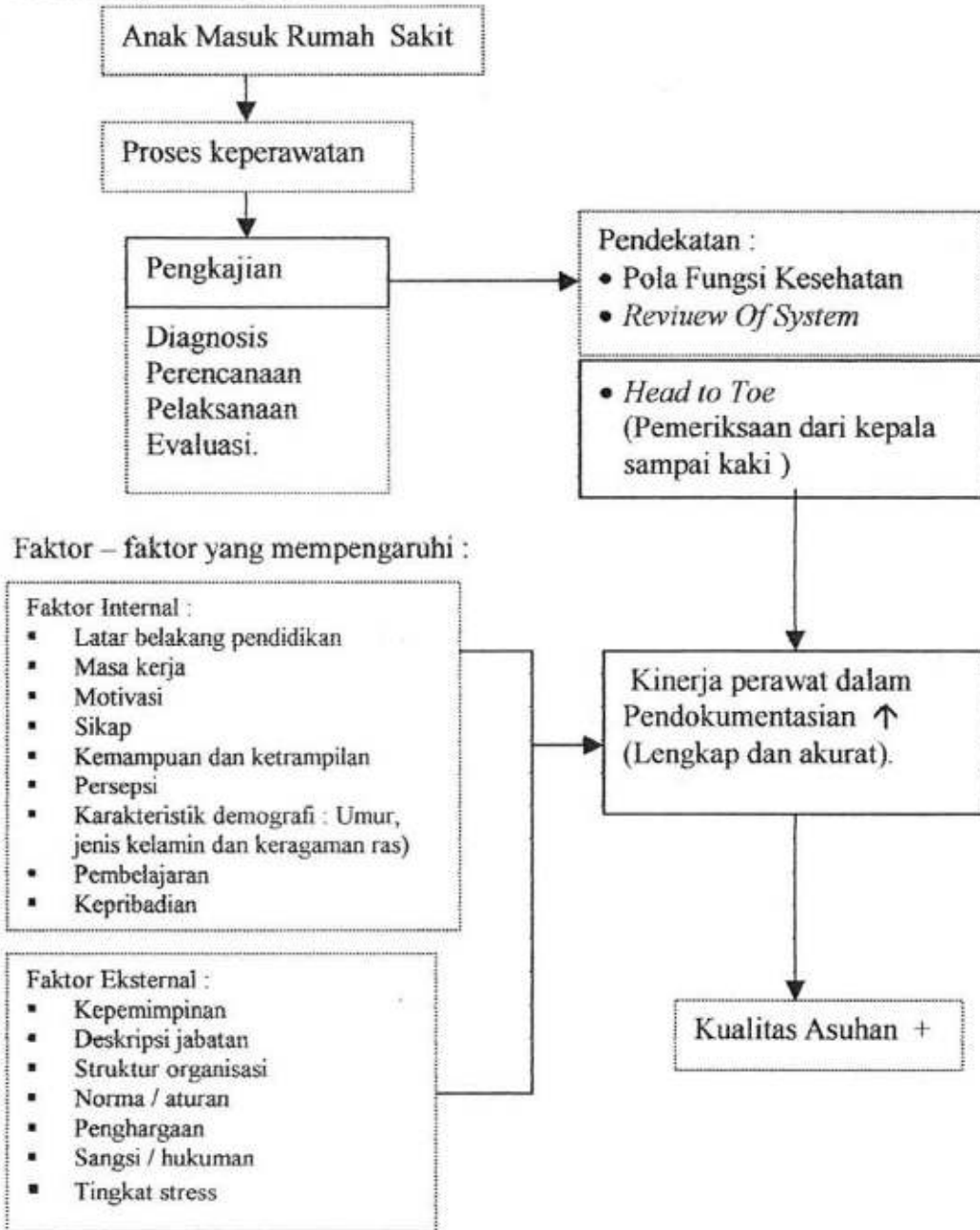
BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN

BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN

3.1 Kerangka Konseptual



Keterangan :

Diukur
 Tidak diukur

Gambar 3.1. Kerangka konseptual pengaruh penerapan pengkajian keperawatan anak dengan sistem *Head to Toe* terhadap peningkatan kinerja perawat dalam pendokumentasian asuhan keperawatan diruang anak RSUD Soe NTT.

Uraian kerangka konsep

Asuhan keperawatan pada anak berbeda dengan orang dewasa. Hal ini memerlukan suatu proses keperawatan yang sistematis dan berkesinambungan yaitu pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi. Pengkajian merupakan tahap awal dan dasar utama dari proses keperawatan yang terdiri dari tiga metode yaitu wawancara, pemeriksaan fisik dan test diagnostik seperti laboratorium, rontgen, dan lain-lain. Aspek atau pendekatan pemeriksaan fisik dapat menggunakan pola fungsi kesehatan, *reviuew of system* (fungsi sistem tubuh), dan *head to toe*. Pada penerapan pengkajian *head to toe* ini dilakukan pemeriksaan fisik mulai dari kepala sampai ujung kaki. Penerapan format pengkajian *head to toe* diharapkan dapat meningkatkan kinerja perawat dalam hal kelengkapan, keakuratan dan relevansi data pada pasien diruang anak RSUD Soe NTT untuk memperoleh gambaran hasil pengkajian keperawatan yang lebih efektif. Adapun faktor-faktor yang mempengaruhi kinerja perawat tersebut antara lain faktor individu yaitu: latar belakang pendidikan, masa kerja, motivasi, sikap, kemampuan dan ketrampilan, persepsi, umur, jenis kelamin, keragaman ras, pembelajaran, kepribadian, dan faktor lingkungan yaitu: fungsi kepemimpinan, desain pekerjaan, kebijakan dan aturan, imbalan, sangsi dan stress. Dengan adanya pendokumentasian yang lengkap dan akurat maka kualitas asuhan keperawatan anak akan lebih baik.

3.2 Hipotesa

H1 :

1. Ada pengaruh penerapan pengkajian keperawatan anak dengan sistem *Head to Toe* terhadap peningkatan kinerja Perawat dalam kelengkapan data.

2. Ada pengaruh penerapan pengkajian keperawatan anak dengan sistem *head to Toe* terhadap peningkatan kinerja perawat dalam keakuratan data.
3. Ada perbedaan kelengkapan data dan keakuratan data pengkajian keperawatan anak dengan sistem *Head to Toe* terhadap peningkatan kinerja perawat dalam pendokumentasian asuhan keperawatan setelah dilakukan pelatihan di ruang anak RSUD SoE NTT.

BAB 4
METODE PENELITIAN

BAB 4

METODE PENELITIAN

Pada bab ini akan dijelaskan antara lain: 1) Desain penelitian, 2) kerangka operasional, 3) identifikasi variabel, 4) Definisi operasional, 5) Populasi, total sampling, 6) Pengumpulan dan analisis data, 7) Etik Penelitian, 8) Keterbatasan.

4.1. Desain Penelitian

Desain penelitian merupakan rencana penelitian yang disusun sedemikian rupa sehingga peneliti dapat memperoleh jawaban terhadap pertanyaan penelitiannya (Sastroasmoro & Ismael, 1995). Dalam pengertian yang lebih sempit desain penelitian mengacu pada jenis atau macam penelitian yang dipilih untuk mencapai tujuan penelitian; jadi ia berperan sebagai alat dan pedoman untuk mencapai tujuan penelitian.

Desain penelitian ini adalah Pra-Pasca Test dalam satu Kelompok (*One-Group Pra-test-Posttest Design*) yaitu mengungkapkan hubungan sebab akibat dengan cara melibatkan satu kelompok subjek. Kelompok subjek diobservasi sebelum dilakukan intervensi, kemudian diobservasi lagi setelah intervensi (Nursalam, 2003).

Subjek	Pra	Perlakuan	Pasca-tes
K	0 Time 1	I Time 2	01 Time 3

Keterangan

K : Subjek (Perawat)

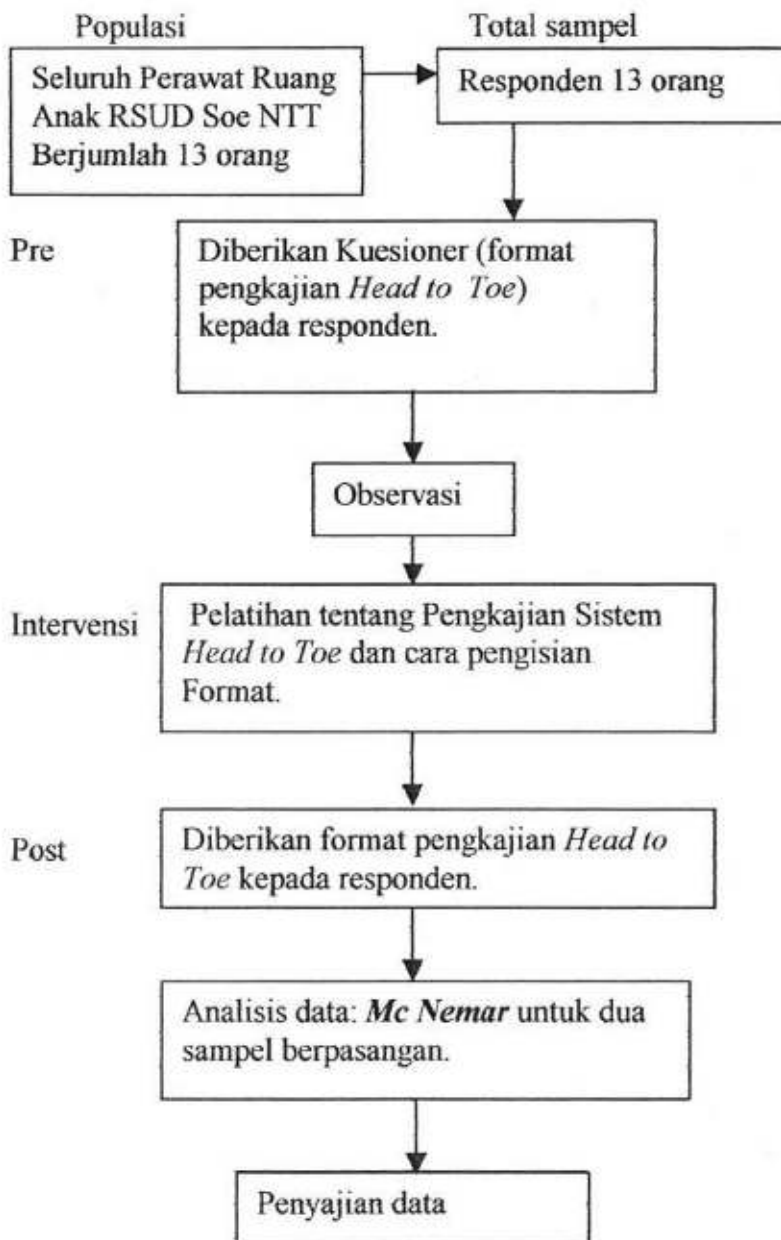
I : Intervensi

0 : Observasi sebelum perlakuan

01 : Observasi sesudah perlakuan

Kerangka Operasional

Merupakan langkah-langkah proses penelitian dari penentuan populasi sampai dengan penyajian hasil penelitian yang dapat digambarkan sebagai berikut:



Bagan 4.1 Kerangka operasional

4.2 Populasi, Total Sampel

Populasi dalam penelitian ini adalah setiap subjek (misalnya; manusia, pasien) yang memenuhi kriteria yang telah ditetapkan (Nursalam, 2003). Dalam hal ini populasinya seluruh perawat yang bertugas diruang anak RSUD Soe NTT yang berjumlah 13 orang dan dijadikan total sampel.

4.4 Identifikasi variabel

Variabel adalah perilaku atau karakteristik yang memberikan nilai beda terhadap sesuatu (benda, manusia, dll) (Soeparto, dkk.2000 dikutip oleh Nursalam, 2003).

4.4.1. Variabel Independen

Variabel independen atau variabel bebas adalah variabel yang nilainya menentukan variabel lain (Nursalam,2003). Pada penelitian ini, variabel independen adalah Pengkajian Sistem *Head to Toe*.

4.4.2. Variabel Dependen

Variabel dependen atau variabel tergantung adalah variabel yang nilainya ditentukan oleh variabel lain (Nuresalam, 2003). Pada penelitian ini, variabel dependen adalah kinerja perawat dalam pendokumentasian asuhan keperawatan dari aspek kelengkapan data dan keakuratan data

4.5 Definisi Operasional

Definisi operasional adalah berdasarkan karakteristik yang diamati dari sesuatu yang didefinisikan tersebut. Karakteristik yang dapat diamati itulah yang merupakan kunci definisi operasional (Nursalam, 2003).

Tabel 4.1 Definisi operasional

No		Definisi Operasional	Parameter	Alat Ukur	Skala	Score
	Variabel Independen: Format Pengkajian <i>Head to Toe</i>	Pengumpulan data objektif mengenai status klien yang dilakukan dari kepala secara berurutan sampai kekaki	1. Identitas 2. Riwayat sebelum sakit 3. Riwayat penyakit sekarang 4. Riwayat kesehatan keluarga 5. Tumbuh kembang 6. Status nutrisi 7. Reaksi hospitalisasi 8. Riwayat imunisasi 9. Kepala 10. Wajah 11. Mata 12. Telinga 13. Hidung dan sinus 14. Mulut dan tenggorokkan 15. Leher 16. Dada dan payudara 17. Paru 18. Jantung 19. Abdomen 20. Punggung 21. Ginjal 22. Genitalia 23. Rektum dan anus 24. Ekstremitas	Kuesioner		
2	Variabel Dependen: Kinerja perawat dalam hal : 1. Kelengkapan data 2. Akurat :	Hasil kerja perawat cecara kualitas maupun kuantitas dalam melakukan pencatatan asuhan keperawatan yang terperinci. Hasil kerja perawat dalam	1. Kelengkapan data: a. Tanggal dan jam pengkajian masuk ruangan b. Identitas c. Riwayat penyakit masa lalu d. Riwayat penyakit sekarang e. Riwayat kesehatan keluarga f. Tumbuh kembang g. Nutrisi h. Reaksi Hospitalisasi i. Imunisasi j. Pemeriksaan Head to Toe. 2. Akurat : 1. Tidak ada tip-ex. 2. Mencoret yang salah	Observasi Ya = 1 Tidak = 0	Nominal	Lengkap dengan skor > 50% kode tabulasi data 2 Tidak lengkap dengan skor ≤ 50% kode tabulasi data 1 Akurat dengan skor

		<p>pencatatan untuk membuktikan benar tidaknya apa yang didengar, diamati dan diukur melalui pemeriksaan.</p>	<p>dengan memberi garis pada tulisan, paraf.</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Pencantuman tanggal, jam, paraf. 4. Mencatat hanya fakta. 5. Pada akhir catatan tidak ada yang kosong. 6. Setiap catatan dapat dibaca dengan jelas. 			<p>>50% kode tabulasi data 2</p> <p>Kurang akurat dengan skor \leq 50% kode tabulasi data 1</p>
--	--	---	--	--	--	---

4.6 Pengumpulan dan Analisis Data

4.6.1 Instrumen

Instrumen yang digunakan adalah format pengkajian sistem *Head to Toe* dari Trisnanto 2004, dan dimodifikasi oleh peneliti, diberikan pada responden sebelum dan sesudah dilakukan penyuluhan lalu diobservasi hasil pengkajian. Pada pengukuran instrumen menggunakan skala nominal untuk mengukur kinerja perawat dalam melaksanakan pengkajian dengan sistem *Head to Toe* dari aspek kelengkapan data dan keakuratan data pada pasien di ruang anak, apabila pengisian data dengan lengkap dan akurat maka skornya $>50\%$ dengan kode tabulasi data 2 sedangkan kurang lengkap dan kurang akurat maka skornya $\leq 50\%$ dengan kode tabulasi data 1.

4.6.2 Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan di ruang perawatan anak Rumah Sakit Umum Daerah Soe Nusa Tenggara Timur yang pelaksanaannya pada 6 - 12 Desember 2004.

4.6.3 Prosedur

Sebelum dilakukan sosialisasi tentang pengkajian keperawatan sistem *Head to Toe* dan cara pengisian format, peneliti menyebarkan kuesioner berupa format pengkajian *Head to Toe* kepada responden yang telah menyatakan bersedia diteliti (*informed consent*), lalu diobservasi. Kemudian dilakukan intervensi berupa pembelajaran pada responden selama 70 menit dalam waktu tiga hari, lalu disebarakan kembali format pengkajian tersebut kemudian diobservasi hasil pengkajian tersebut. Pada penelitian ini data dikumpulkan dengan menggunakan checklist.

4.6.4 Analisis Data

Setelah data terkumpul, kemudian dikelompokkan, dan diolah dengan analisa statistik *Mc Nemar* untuk dua sampel yang berpasangan apabila datanya nominal dengan nilai kemaknaan $p < 0,05$ maka H_0 ditolak. Metode ini dipakai untuk menilai hubungan sebab akibat *before after* (Suryabrata, 2003). Dalam pengelolaan data penelitian ini menggunakan perangkat lunak *Computer spss 10,0 for windows*, agar uji statistik yang diperoleh lebih akurat (Sugiyono, 2003).

4.7. Etik Penelitian

Dalam penelitian ini peneliti menggunakan subjek penelitian pada perawat diruang anak RSUD Soe. Setelah ada persetujuan dari Direktur lalu diteruskan kepada Kepala perawatan, selanjutnya kepada kepala ruangan anak. Kemudian peneliti menemui subjek yang akan dijadikan responden untuk menekan permasalahan yang meliputi :

4.7.1. Lembar Persetujuan Untuk Menjadi Responden

Lembar persetujuan akan diberikan kepada setiap perawat yang menjadi subjek penelitian dan memberikan penjelasan tentang maksud dan tujuan dari penelitian yang akan dilakukan, serta menjelaskan akibat-akibat yang akan terjadi bila perawat bersedia menjadi subjek penelitian. Jika perawat bersedia maka harus menandatangani lembar persetujuan sebagai tanda bersedia. Apabila perawat tidak bersedia menjadi responden maka peneliti akan tetap menghormati hak-hak responden.

4.7.2. *Anonimity* (Tanpa Nama)

Nama subjek tidak dicantumkan pada lembar pengumpulan data, dan untuk mengetahui keikutsertaannya peneliti hanya menggunakan kode dalam bentuk nomor pada masing-masing lembar pengumpulan data.

4.7.3. *Confidentiality*

Kerahasiaan informasi yang telah didapat oleh peneliti dari responden akan dijamin kerahasiaannya, hanya pada kelompok tertentu saja yang akan peneliti sajikan, utamanya pada hasil riset.

4.8. Keterbatasan

Keterbatasan adalah kelemahan atau hambatan dalam penelitian (Burn 7 Grove, dikutip Nursalam, 2001).

Dalam penelitian ini keterbatasan yang dihadapi peneliti adalah :

- 1) Jumlah populasi sangat sedikit sehingga tidak dapat digeneralisasi.
- 2) Instrumen pengumpulan data di modifikasi oleh peneliti dan dari teori
- 3) *Feasibility* yaitu dalam melakukan penelitian adanya pertimbangan mengenai keterbatasan waktu, dana, keahlian dan pertimbangan etik.

BAB 5
HASIL DAN PEMBAHASAN PENELITIAN

BAB 5

HASIL DAN PEMBAHASAN

Pada bab ini disajikan mengenai hasil dan pembahasan. Penyajian data terdiri dari gambaran umum lokasi penelitian, data umum meliputi karakteristik responden terdiri dari data demografi : umur, jenis kelamin, status kepegawaian, masa kerja dan pendidikan sedangkan variabel data penelitian : identifikasi kelengkapan dan keakuratan sebelum dan sesudah intervensi pengkajian keperawatan anak dengan sistem *Head To Toe* terhadap kinerja perawat dalam pendokumentasian asuhan keperawatan.

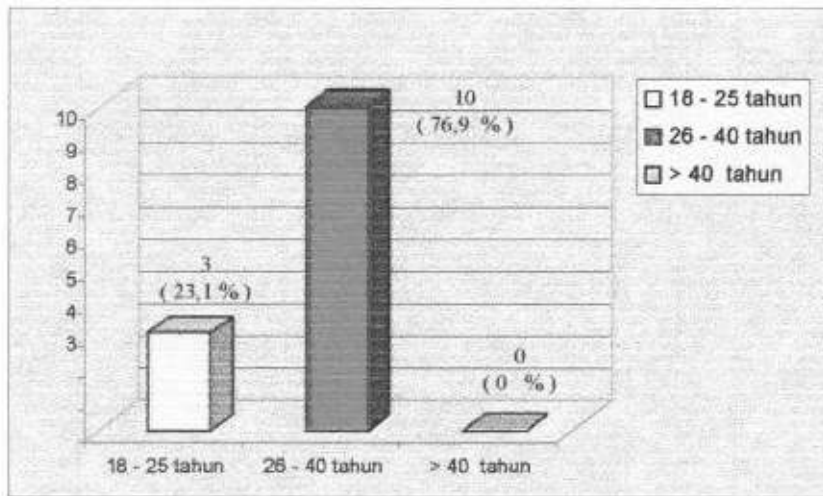
5.1 Hasil Penelitian

5.1.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilakukan diruang perawatan anak RSUD SoE Kabupaten Timor Tengah Selatan dari tanggal 6 Desember sampai 12 Desember 2004. Ruang perawatan anak merupakan bagian dari unit rawat inap yang merawat pasien dengan semua kasus bedah dan interna. Secara fungsional memiliki 8 ruangan dengan total kapasitas tempat tidur 15 dan rata-rata pasien perhari 11 orang dengan BOR rata-rata 73,3 % pada bulan desember 2004 sedangkan jumlah perawat yang bertugas 13 orang meliputi kepala ruangan 1 orang dan pelaksana perawatan 12 orang.

5.1.2 Karakteristik Responden

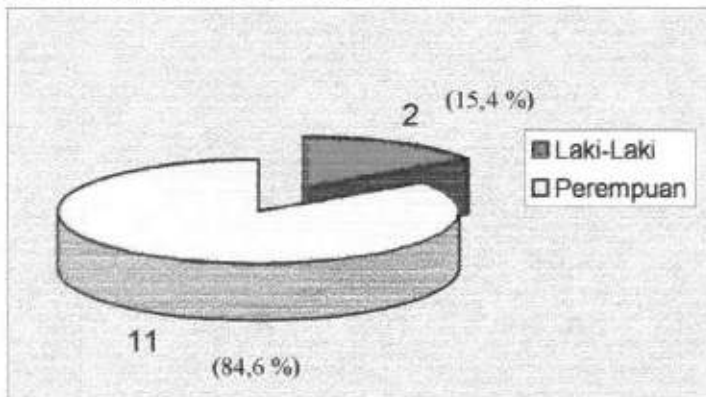
1. Distribusi responden berdasarkan umur



Gambar 5.1 Distribusi responden berdasarkan umur di ruang anak RSUD SoE NTT bulan Desember 2004.

Dari gambar 5.1 diatas dapat diketahui bahwa umur responden sebagian besar 26 – 40 tahun (76,9 %) dan umur 18 – 25 tahun (23,1 %)

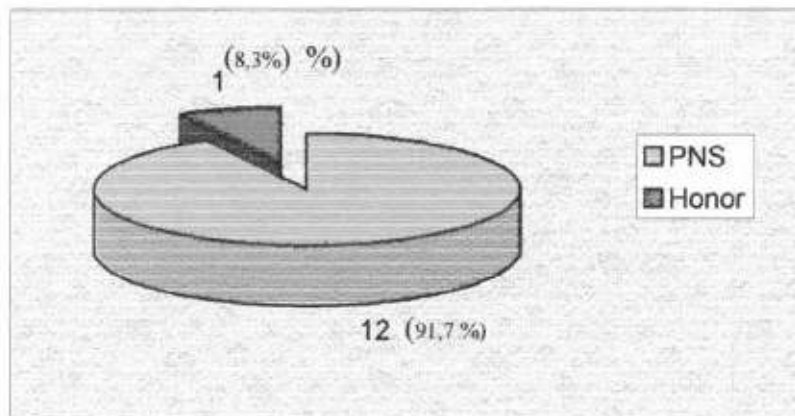
2. Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin



Gambar 5.2 distribusi responden berdasarkan jenis kelamin di ruang anak RSUD SoE NTT bulan Desember 2004..

Dari gambar 5.2 menunjukkan bahwa responden berjenis kelamin perempuan lebih banyak (84,6%).

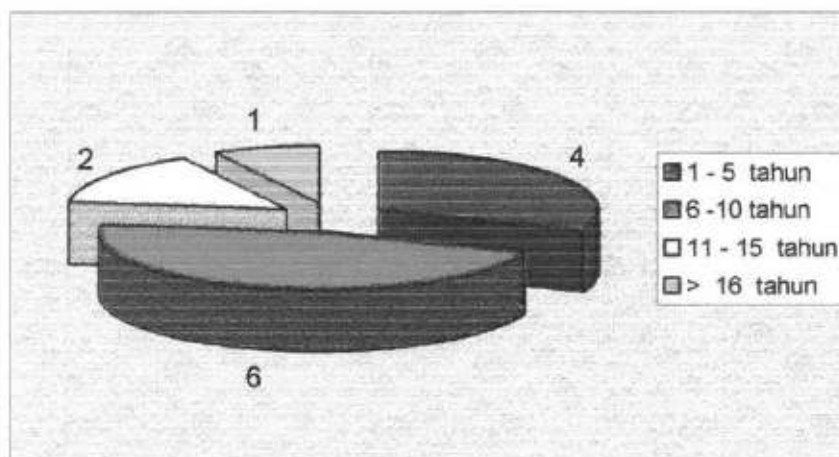
3. Distribusi Responden Berdasarkan Status Kepegawaian



Gambar 5.3 distribusi responden berdasarkan status kepegawaian diruang anak RSUD SoE NTT bulan Desember 2004.

Gambar 5.3 tersebut dapat diketahui bahwa sebagian besar status pegawai negeri (91,7%) dan lainnya masih honor (8,3%).

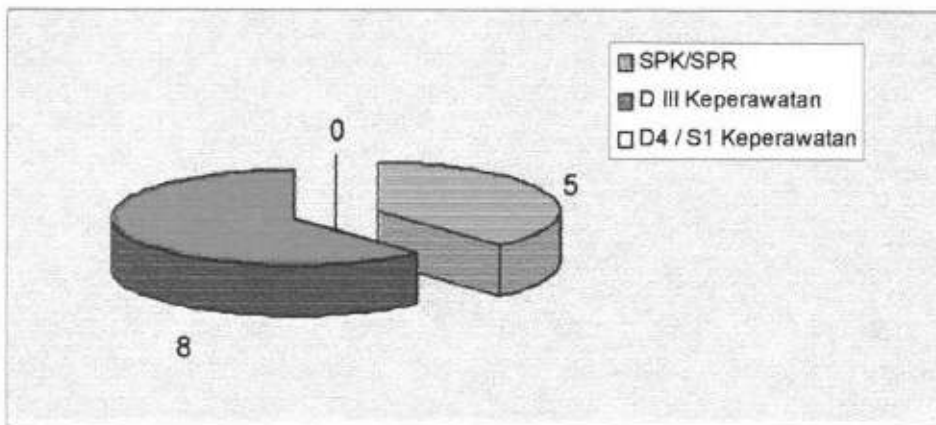
4. Distribusi Responden Berdasarkan Masa Kerja



Gambar 5.4 Distribusi responden berdasarkan masa kerja di ruang anak RSUD SoE NTT bulan Desember 2004.

Dari gambar 5.4 diatas menunjukkan bahwa sebagian besar responden masa kerjanya 6-10 tahun (46,2%) sedangkan diatas 16 tahun tidak ada.

5. Distribusi Responden berdasarkan Pendidikan



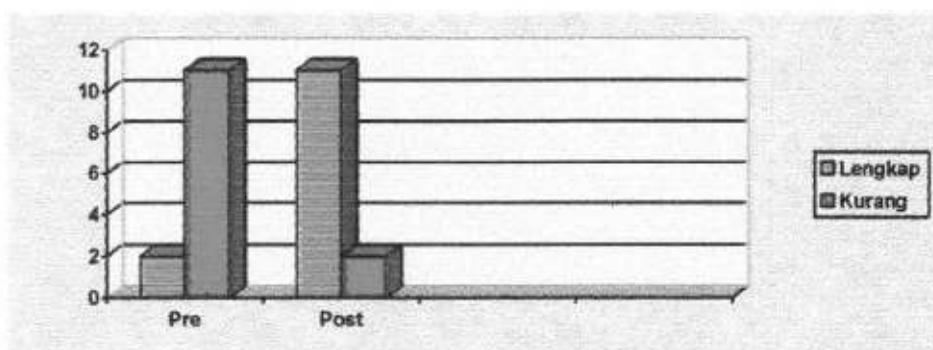
Gambar 5.5 Distribusi responden berdasarkan pendidikan di ruang anak RSUD SoE NTT bulan Desember 2004.

Gambar 5.5 menunjukkan bahwa sebagian besar responden berpendidikan DIII Keperawatan (61,5%) sedangkan yang SPR/SPK (38,5%).

5.1.1 Data Penelitian

Pengaruh kelengkapan data dan keakuratan data pengkajian keperawatan anak dengan sistem *Head to Toe* terhadap kinerja perawat sebelum dan sesudah intervensi sebagai berikut :

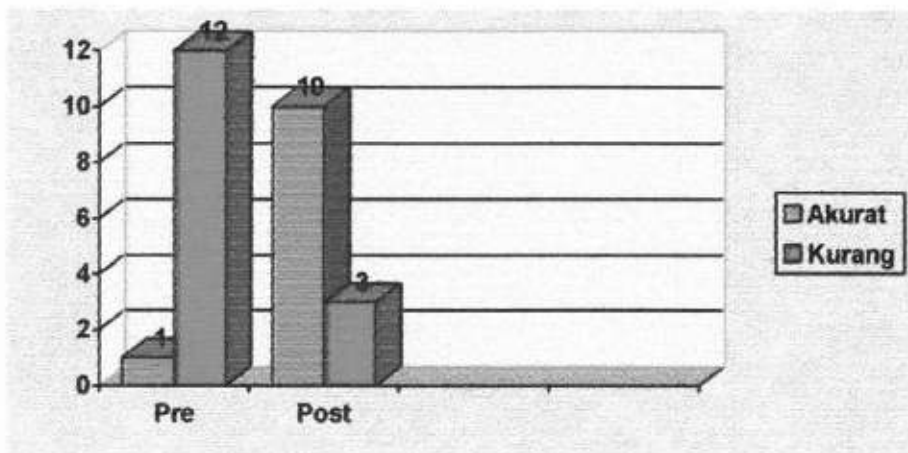
1. Kelengkapan Data Sebelum Dan Sesudah Intervensi



Gambar 5.6 Kelengkapan data sebelum dan sesudah intervensi penerapan pengkajian keperawatan anak dengan sistem *Head to Toe* di ruang anak RSUD SoE NTT bulan Desember 2004.

Gambar 5.6 menunjukkan bahwa penerapan pengkajian keperawatan anak dengan sistem *Head to Toe* sebelum dilakukan intervensi kurang lengkap (84,6%) yaitu pada data dasar dan data fokus. Setelah dilakukan intervensi terjadi peningkatan yaitu (84,6%).

I. Keakuratan Data Sebelum Dan Sesudah Intervensi



Gambar 5.7 Keakuratan data sebelum dan sesudah intervensi pengkajian keperawatan anak dengan sistem *Head To Toe* di Ruang Anak RSUD SoE NTT bulan Desember 2004.

Berdasarkan gambar 5.7 diperlihatkan bahwa keakuratan data penerapan pengkajian keperawatan anak dengan sistem *Head to ToE* sebelum intervensi kurang akurat yaitu 92,3%, sedangkan setelah intervensi yang akurat yaitu 76,9%.

3. Kinerja Perawat Dalam Kelengkapan Data Dan Keakuratan Data Sebelum Dan Sesudah Intervensi dengan hasil uji statistik Mc Nemar.

Tabel 5.1 Kinerja Perawat Dalam Kelengkapan Dan Keakuratan Data Pengkajian Keperawatan Dengan Sistem *Head to Toe* terhadap Pendokumentasian Asuhan Keperawatan Di Ruang Anak RSUD SoE NTT Bulan Desember 2004.

No Responden	Kelengkapan Data		Keakuratan Data	
	Prosentase		Prosentase	
	Pre	Post	Pre	Post
1	61,4	75,8	58,2	79,3
2	40,8	58,1	38,7	63,7
3	42,3	56,3	39,7	57,2
4	30,6	48,8	28,1	42,5
5	24,2	56,6	21,5	55,4
6	43,7	77,2	40,3	75,7
7	49,1	78,4	47,5	71,3
8	46,7	74,6	41,1	49,8
9	32,7	61,8	29,7	74,6
10	37,5	60,4	35,9	58,1
11	26,3	49,7	23,8	44,7
12	45,7	78,6	50,9	76,5
13	50,6	67,8	41,2	63,4
Rerata	1,15	1,85	1,08	1,77
Standar Deviasi	0,376	0,376	0,277	0,439
Hasil uji statistik <i>Mc Nemar</i> $p=0,004$				

Berdasarkan uji statistik *Mc Nemar* didapatkan signifikansi $p=0,004$, artinya terdapat perbedaan kelengkapan dan keakuratan data setelah intervensi. Pada tabel 5.1 terjadi peningkatan dari 2 responden menjadi 12 responden yang lengkap sedangkan dalam hal keakuratan data terjadi peningkatan yaitu 10 responden. Hal ini menunjukkan adanya peningkatan kinerja perawat.

5.2. Pembahasan

Pada pembahasan ini akan diuraikan mengenai hasil penelitian dan pengaruh kelengkapan data dan keakuratan data sebelum dan sesudah intervensi

pengkajian keperawatan anak dengan sistem *Head to Toe* terhadap peningkatan kinerja perawat dalam pendokumentasian asuhan keperawatan dengan menggunakan uji statistik non parametrik *Mc Nemar* dua sampel dan mengacu pada tinjauan pustaka.

5.2.1 Pengaruh Kelengkapan Data Pengkajian Keperawatan Anak Dengan Sistem *Head to Toe* terhadap Kinerja Perawat Dalam pendokumentasian asuhan keperawatan.

Dari hasil penelitian sebanyak 13 perawat melaksanakan pengkajian keperawatan anak dengan sistem *Head to Toe* yang kurang lengkap yaitu 84,6% sedangkan lengkap 15,4%. Hal ini sesuai dengan hasil kuesioner dari responden dimana sebagian besar data dasar dan data fokus yaitu riwayat penyakit yang lalu, riwayat kesehatan keluarga, tumbuh kembang, reaksi hospitalisasi dan pemeriksaan fisik (telinga, jantung, paru dan abdomen) tidak diisi dengan lengkap.

Menurut Nursalam (2001), bahwa dalam pengumpulan data ada beberapa masalah yang mungkin terjadi sehingga dapat mempengaruhi dalam pelaksanaan pengkajian keperawatan yaitu mispersepsi, duplikasi data, kesalahan menginterpretasikan data dan kegagalan dalam pengambilan data dasar terbaru. Kurangnya pemahaman tentang pengkajian yang tepat dan efektif dipengaruhi oleh tingkat pengetahuan, pendidikan, pengalaman, beban kerja, sarana dan prasarana (Azwar A,1996). Penyusunan data sebagai indikator dari data yang mendukung dari diagnosa keperawatan adalah suatu kegiatan yang kompleks dan bahkan pengelompokkan data fokus adalah suatu yang sulit (Nursalam, 2001) sehingga hal ini berdampak pada kinerja perawat.

Pelaksanaan pengkajian yang kurang lengkap dipengaruhi oleh tingkat pendidikan, pengalaman, sarana dan prasarana. Dalam hal ini 5 responden dengan tingkat pendidikan SPK/SPR dan masa kerja antara 1-5 tahun sedangkan diatas 40 tahun tidak ada.

5.2.2. Keperawatan. Pengaruh Keakuratan Data Pengkajian Keperawatan Anak Dengan Sistem *Hea to Toe* Terhadap Kinerja Perawat Dalam Pendokumentasian Asuhan

Berdasarkan hasil penelitian sebelum intervensi sebanyak 12 format kurang akurat (84,6%) dimana responden hanya menulis perkiraan saja dalam mengkaji data dasar dan data fokus. Hal ini dikarenakan sebagian besar data yang didapatkan dari orang tua tidak sesuai dengan data objektif yang terkumpul.

Menurut Nursalam (2001), bahwa dalam pengumpulan data ada kemungkinan terjadi salah paham, perawat belum mampu berfikir secara akurasi dan nyata untuk membuktikan benar tidaknya apa yang didengar, dilihat, diamati dan diukur melalui pemeriksaan ada tidaknya validasi terhadap semua data yang sekiranya meragukan. Apabila perawat merasa kurang jelas atau kurang mengerti terhadap data yang telah dikumpulkan, maka perawat harus berkonsultasi dengan perawat yang lebih mengerti. Dalam mendokumentasikan data keperawatan, perawat menguraikan perilaku klien daripada memperkirakan atau menginterpretasikan perilaku (Taylor et.al, 1988) dikutip oleh Nursalam, 2001.

Berdasarkan hasil observasi, bahwa sebagian besar responden dalam melakukan pengumpulan data hanya menulis sesuai keluhan pasien tanpa melihat reliabilitas data yang diperoleh apakah keluhan tersebut sesuai dengan apa yang dikaji sehingga terjadi mispersepsi data dan tidak di paraf setelah melakukan

pemeriksaan. Hal ini terlihat pada 12 responden yang melakukan pengkajian kurang akurat.

Sesuai dengan hasil penelitian sebelum intervensi sebanyak 12 format kurang akurat (84,6%) dimana responden hanya menulis perkiraan saja dalam mengkaji data dasar dan data fokus. Hal ini dikarenakan sebagian besar data yang didapatkan dari orang tua tidak sesuai dengan data objektif yang terkumpul.

Menurut Nursalam (2001), bahwa dalam pengumpulan data ada kemungkinan terjadi salah paham, perawat belum mampu berfikir secara akurasi dan nyata untuk membuktikan benar tidaknya apa yang didengar, dilihat, diamati dan diukur melalui pemeriksaan ada tidaknya validasi terhadap semua data yang sekiranya meragukan. Apabila perawat merasa kurang jelas atau kurang mengerti terhadap data yang telah dikumpulkan, maka perawat harus berkonsultasi dengan perawat yang lebih mengerti. Dalam mendokumentasikan data keperawatan, perawat menguraikan perilaku klien daripada memperkirakan atau menginterpretasikan perilaku (Taylor et.al, 1988) dikutip oleh Nursalam, 2001.

Berdasarkan hasil observasi, bahwa sebagian besar responden dalam melakukan pengumpulan data hanya menulis sesuai keluhan pasien tanpa melihat reliabilitas data yang diperoleh apakah keluhan tersebut sesuai dengan apa yang dikaji sehingga terjadi mispersepsi data dan tidak di paraf setelah melakukan pemeriksaan. Hal ini terlihat pada 12 responden yang melakukan pengkajian kurang akurat.

5.2.3 Perbedaan Kelengkapan Data Dan Keakuratan Data Pengkajian Keperawatan Anak Dengan Sistem *Head to Toe* Terhadap Peningkatan Kinerja Perawat Dalam Pendokumentasian Asuhan Keperawatan Setelah Dilakukan Penyuluhan Diruang Anak RSUD Soe NTT.

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan kelengkapan data setelah intervensi sebagian besar responden (84,6%) mengisi format dengan lengkap pada data dasar, data fokus dan sebagian pemeriksaan fisik kecuali riwayat tumbuh kembang, pemeriksaan fisik pada paru, jantung, dada dan abdomen tidak diisi dengan lengkap. Sedangkan keakuratan data setelah intervensi menunjukkan hasil yang optimal yaitu 76,9% akurat. Penulisan yang ada dalam format sesuai dengan fakta dan perawat menulis hasil secara ringkas, jelas dan mudah dimengerti dengan menggunakan checklist kecuali pada riwayat penyakit yang lalu, riwayat kesehatan keluarga dan riwayat tumbuh kembang kurang akurat.

Menurut Nursalam (2001), seluruh data yang diperlukan untuk mengidentifikasi masalah keperawatan klien dicatat dengan terperinci. Data yang terkumpul harus lengkap guna membantu masalah klien yang adekuat. Pencantuman nama dan tanda tangan perawat pada setiap pelaksanaan pengkajian keperawatan sesuai aturan (DEPKES, 1995), sedangkan untuk menghasilkan data yang akurat, maka penulisan jangan menghapus dengan tip-Ex, menulis komentar yang bersifat mengkritik, harus koreksi kesalahan sesegera mungkin, catat hanya fakta, catatan harus akurat dan reliabel, jangan berspekulasi atau membiarkan pada akhir catatan kosong, semua catatan bisa dibaca, ditulis dengan tinta dan bahasa yang lugas. Pencatatan data klien yang lengkap dan akurat akan memberi kemudahan bagi perawat dalam membantu menyelesaikan masalah klien. Dan untuk mengetahui sejauh mana masalah klien dapat teratasi dan seberapa jauh masalah baru dapat diidentifikasi dan dimonitor melalui catatan

yang akurat. Dalam kinerja perawat dituntut untuk dapat mendokumentasikan secara benar dan tepat karena hal ini akan berdampak pada tenaga kesehatan lainnya dalam menjelaskan apa yang sudah, sedang dan yang akan dikerjakan oleh perawat dan untuk lebih efektif perawat memerlukan keterampilan dalam menulis (Nursalam, 2001).

Dari hasil penelitian sesudah dilakukan pelatihan tentang penerapan pengkajian keperawatan anak dengan sistem *Head to Toe* didapatkan hasil pengkajian yang optimal karena sebagian besar perawat sudah menunjukkan hasil pengkajian yang lengkap dan akurat pada data dasar dan data fokus walaupun masih terdapat data yang kurang valid seperti pada riwayat tumbuh kembang tetapi perawat sudah mampu menunjukkan kinerja dalam peningkatan pendokumentasian asuhan keperawatan yang lebih baik.

BAB 6

KESIMPULAN DAN SARAN

BAB 6**KESIMPULAN DAN SARAN****6.1 Kesimpulan**

1. Terdapat pengaruh penerapan pengkajian keperawatan anak dengan sistem *Head to Toe* terhadap peningkatan kinerja perawat. Sebelum dilakukan intervensi terdapat 84,6% perawat dalam mengkaji data dasar dan data fokus tidak ditulis secara terperinci. Hal ini dipengaruhi oleh tingkat pengetahuan dan pendidikan yang kurang sehingga data yang terkumpul tidak valid karena dalam kinerjanya terjadi kesalahan dalam menginterpretasikan data dan kegagalan dalam pengambilan data dasar terbaru.
2. Terdapat pengaruh penerapan pengkajian keperawatan anak dengan sistem *Head to Toe* terhadap kinerja perawat dalam akurasi data dimanasebelum dilakukan intervensi, 92,3% perawat dalam melakukan pengumpulan data pengkajian kurang akurat, hal ini dikarenakan terjadi kesalahpahaman perawat dalam mempersepsikan data klien dan hanya menulis perkiraan saja.
3. Pengkajian keperawatan anak dengan sistem *Head to Toe* setelah dilakukan pelatihan berpengaruh terhadap peningkatan kinerja perawat dalam pendokumentasian asuhan keperawatan dari aspek kelengkapan data dan keakuratan data dengan perbedaan yang signifikan yaitu $p=0,004$. Hal ini disebabkan karena dalam kinerjanya perawat sudah menulis secara terperinci, ringkas, sesuai fakta, mudah dimengerti dan pada akhir catatan adanya pencantuman tanda tangan perawat.

6.2 Saran

1. Perlu penegasan oleh pihak Rumah Sakit, untuk meninjau kembali format yang ada dan disesuaikan dengan format pengkajian anak dengan sistem *Head to Toe* khususnya pada neonatus.
2. Semua perawat di Rumah Sakit khususnya perawat di ruang anak sebaiknya aktif memberi masukan untuk perbaikan format pengkajian yang sesuai dengan klien anak.
3. Untuk meningkatkan kinerja perawat dalam pengkajian anak, perlu dilakukan pelatihan khusus selama 1 bulan atau 3 bulan karena perawat benar-benar merasa hasil karyanya memberi manfaat bagi klien/keluarga dan tim kesehatan lain dalam pendokumentasian asuhan keperawatan.
4. Pelaksanaan dokumentasi pengkajian pada anak dengan sistem *Head to Toe* masih jauh dari sempurna dengan tidak melibatkan pada klien neonatus, sehingga perlu adanya penelitian lebih lanjut tentang pengkajian *Review Of System* (ROS) atau fungsi sistem tubuh pada klien anak usia *toddler*/pra sekolah.

DAFTAR PUSTAKA

DAFTAR PUSTAKA

- Ali Z. (2000). *Dasar-Dasar Keperawatan Profesional*, Widya Medika, Jakarta.
- Arikunto Suharmini (2002). *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktek*, Ed. V. Rineka Cipta. Hal 98.
- Aziz A.(2004). *Pengantar Konsep Dasar Keperawatan*, Ed Pertama. Jakarta. Hal 95-99.
- Aziz A (2001). *Pengantar Dokumentasi Proses Keperawatan*, Jakarta: EGC. Hal 17-23.
- Bates Barbara (1997). *Pemeriksaan Fisik dan Riwayat Kesehatan* Ed. 2. Jakarta.
- Carpenito L.J. (2000). *Nursing Care Plans and Documentation* ed. JB. Lippincott Philadelphia.
- Gaffar Jumadi (1999). *Pengantar Keperawatan Profesional*, EGC, Jakarta. Hal 54-60.
- Gibson (1996). *Organisasi (Perilaku Struktur Proses)*, Binarupa Aksara. Jakarta. Hal 18-19,126-127,131,134,144,146,220.
- Gilles D.A. (1996). *Manajemen Keperawatan*. Ed 2 Company W.B Sounders. Hal 278.
- Hasibuan S.P (2001). *Organisasi dan Motivasi dengan peningkatan produktifitas*. Bumi Aksara. Jakarta. Hal 219.
- Iyer, Patricia W. (2004). *Dokumentasi Keperawatan: Suatu Pendekatan Proses Keperawatan* Ed. 3 – Jakarta EGC. Hal 1- 23.
- Keliat B.A (1996). *Proses Keperawatan*. Penerbit Universitas Indonesia. Jakarta. Hal 4
- Kusnanto, (2004). *Makalah Kumpulan Materi Pelatihan Dosen/Staf Pengajar Cabang Ilmu Keperawatan Dasar*. Tidak Dipublikasikan. 11-13 Pebruari. Surabaya.
- Herawati A.(2002). *Persepsi Kepala Ruangan dan Perawatan pelaksanaan tentang permasalahan manajemen dalam menerapkan pendokumentasian proses keperawatan di RSUP Dr Ciptomangunkusumo (RSCM)*, Jakarta. Tidak dipublikasikan Penerbit Fakultas Ilmu Keperawatan UI- Jakarta. Hal 62.

- Lismidar (1990). *Proses Keperawatan*, penerbit Universitas Indonesia, Jakarta. Hal 1-7.
- Notoatmojo (2002). *Metodologi Penelitian Kesehatan*, Penerbit Rineka Cipta. Hal 125.
- Nursalam. (2003). *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan Pedoman Tesis dan Instrumen Penelitian Keperawatan*, Penerbit Salemba Medika.
- Nursalam. (2002). *Manajemen Keperawatan Aplikasi Dalam Praktik Keperawatan Profesional*. Ed Pertama Jakarta: Salemba Medika.
- Nursalam. (2001). *Proses Dan Dokumentasi Keperawatan Konsep dan Praktik*, Penerbit Salemba Medika. Hal 1-33.
- Nursalam dan Siti Pariani (2001). *Pedoman Praktis Metodologi Roset Keperawatan*, Jakarta Sagung Seto. Hal 41- 46.
- Potter PA.(1996). *Pengkajian Kesehatan*, Editor Monika Ester Ed. 3. Jakarta EGC.
- Priharjo (1996). *Pengkajian Fisik Keperawatan*, Jakarta. EGC Hal 13-19.
- Parwaningsih Dkk. (2000). *Seminar Keperawatan*. Tidak dipublikasikan. Surabaya. 26 Agustus.
- Sastroasmoro & Ismael (1995). *DasarDasar Metodologi Penelitian Klinis*, Bina Rupa Aksara, Jakarta. Hal 53.
- Singgih Santoso (2001). *Buku Latihan SPSS Statistik Non Parametrik*, Penerbit PT Elex Media Komputindo, Jakarta. Hal 159-160.
- Sugiyono. (2003). *Statistika Untuk Penelitian*, CV Alfabeta, Bandung. Hal 131.
- Sugiyono. (2002) *Statistika Penelitian dan Aplikasinya dengan SPSS 10,0 for Windows*, CV Alfabeta, Bandung.
- Suryanah. (1996). *Keperawatan Anak untuk Siswa SPK*. Jakarta : EGC. Hal 1.
- Suriadi dan Rita Y(2001). *Asuhan Keperawatan Pada Anak*, CV Agung Seto- Jakarta. Hal 1-6.
- Soetjiningsih (1995). *Tumbuh Kembang Anak*, Penerbit Buku Kedokteran Anak, Jakarta EGC.
- Trisnanto (2004). *Skripsi Efektifitas Pengkajian Head to Toe dengan kasus Bedah di RSUD Dr Soetomo*. Tidak di Publikasikan. Januari.

- Yupi S. (2004). *Buku ajar Konsep Dasar Keperawatan Anak*, Jakarta: EGC. Hal 1-14, 27, 40.
- Wong Donna L. (2004). *Pedoman Klinis Keperawatan Pediatrik*, Ed-4. Jakarta EGC. Hal 17 – 23.
- Whaley & Wong (1987). *Essential Of Pediatric Nursing*, Hal 186 – 187
-(2004). *Buku Panduan Penyusunan Proposal dan Skripsi*. Program Sarjana Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas airlangga.

LAMPIRAN



DEPARTEMEN PENDIDIKAN NASION JL
 UNIVERSITAS AIRLANGGA
 FAKULTAS KEDOKTERAN
 PROGRAM STUDI S.1 ILMU KEPERAWATAN
 Jl. Mayjen Prof Dr. Moestopo 47 Surabaya Kode Pos : 60131
 Telp : (031) 5012496 - 5014067 Fax : 031- 5022472

Surabaya, **"26 Nopember 2004**

Nomor : **4766** /J03.1.17/PSIK & DIV PP/ 2004
 Lampiran : 1 (satu) berkas
 Perihal : Permohonan Bantuan Fasilitas Penelitian
 Mahasiswa PSIK - FK Unair

Kepada Yth.

DIREKTUR RSUD SOE

Di
 Tempat

Dengan hormat,

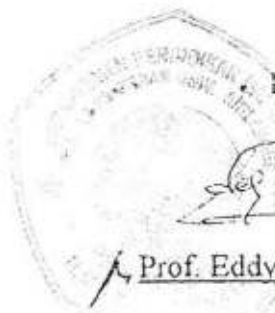
Sehubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian bagi mahasiswa Program Studi S1 Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga, maka kami mohon kesediaan Bapak untuk memberikan kesempatan kepada mahasiswa kami di bawah ini mengumpulkan data sesuai dengan tujuan penelitian yang telah ditetapkan. Adapun Proposal penelitian terlampir.

Nama : **ELISRAH W. SEDU**
 NIM : **010330684 B.**
 Judul Penelitian : **EFEKTIPITAS PENERAPAN PENGENJALAN KEPERAWATAN ANAK DENGAN SISTEM HEAD TO TOE TERHADAP PENINGKATAN KINERJA PERAWAT DALAM PENDOKUMENTASIAN ASUHAN KEPERAWATAN DIRUANG ANAK RSUD SOE NTT.**
 Tempat : **RUANG PERAWATAN ANAK RSUD SOE KAB TTS NTT.**

Atas perhatian dan kerjasamanya, kami sampaikan terima kasih.

Tembusan :

1. **BUPATI KABUPATEN TTS**
2. **KEPALA DINAS KAB. TTS**



Ketua Program Studi

Eddy Soewandojo
 Prof. Eddy Soewandojo, dr., Sp.PD, KTI
 NIP.: 130 325 831



PEMERINTAH KABUPATEN TIMOR TENGAH SELATAN
KANTOR KESATUAN BANGSA

JL. BASUKI RAHMAT NO. 1 TELPON (0388) 21136

SOE

SoE, 6 Desember 2004

Kepada

Nomor : Kesbang. 300 / 380 / XII / TTS / 2004
Perihal : Pemberitahuan.

Yth. Direktur RSUD SoE
di - SoE.

Dengan Hormat,

Menunjuk Surat FK Universitas Airlangga Nomor : 4766 / J03. / PSIK & DIV PP / 2004. Tanggal 26 Nopember 2004 tentang Permohonan Ijin Penelitian. Setelah mempelajari Rencana Penelitian / Research Design yang di ajukan oleh Peneliti, maka diberikan Surat Keterangan / Rekomendasi kepada :

Nama : ELISRAM W SEDU.
Alamat : FK Universitas Airlangga Surabaya.
Pekerjaan : Mahasiswi.
Kebangsaan : Indonesia.

Akan melakukan Kegiatan Pengumpulan Data dengan Judul :

“ EFEKTIFITAS PENERAPAN PENGAJIAN KEPERAWATAN ANAK DENGAN SISTEM HEAD To TOE TERHADAP PENINGKATAN KINERJA PERAWAT DALAM PENDOKUMENTASIAN ASUHAN KEPERAWATAN DI RUANG ANAK RSUD SOE NTT “.

Bidang : Ilmu Keperawatan.
Lokasi : Kabupaten Timor Tengah Selatan.
Pengikut : --
Lamanya : 1 (satu) bulan TMT Surat Pemberitahuan ini dikeluarkan.
Penanggung Jawab: Dekan FK Universitas Airlangga Surabaya.

Peneliti berkewajiban menghormati / mentaati Peraturan dan Tata Tertib yang berlaku di Daerah setempat dan melaporkan hasil penelitiannya kepada Bupati Timor Tengah Selatan.



TEMBUSAN : disampaikan dengan hormat kepada :

1. Dekan FK Universitas Airlangga Surabaya di Surabaya.
2. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten TTS.
3. Yang bersangkutan.
4. Arsip.

IR-PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

MAHSUKI SUMUM DAERAH SOL

Kantor: Jl. S. J. 17, Soe

Nomor
Lampiran
PerihalKantor: Jl. S. J. 17, Soe
Kategori: Surat Izinan PenelitianKepada:
Yth. Kepala Dinas Kesehatan
Dj. Nawa D. gita-wahana, Kepala
Sekda Kabupaten TTS
di:
Soe

Dengan hormat,

Memperhatikan Surat Ketua Program Studi S1 Ilmu Keperawatan
Umum Universitas Airlangga Surabaya Nomor : 4706/SG/1/2004 dan
DEM/PP/2004 tanggal 30 September 2004 tentang Permohonan Bantuan
Fasilitas Penelitian Mahasiswa PSIA-K UN-IR, maka dengan ini
disampaikan bahwa maa...

Nama : Elisrah W. Sedu
N.I.M. : 0103200840

Telah nyata melakukan penelitian di Ruang Perawatan Anak Ganda Sakti
Ganda Daerah Sol. Kabupaten Timor Tengah Selatan dari tanggal 4 sampai
dengan 12 Desember 2004

Demiikian pemberitahuan kami dan atas perhatiannya diucapkan
terima kasih.

Soe, 5 Januari 2005



Solenggara M. Pong, M. Pong
NIP. 140 161 710

Terbaca dan disampaikan dengan hormat kepada:

1. Kepala Timor Tengah Selatan di Soe
2. Kepala Badan Timor Tengah Selatan di Soe
3. Kepala RSUD Kabupaten Timor Tengah Selatan di Soe
4. Kepala Badan DKKI AT Kabupaten Timor Tengah Selatan di Soe
5. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Timor Tengah Selatan di Soe
6. Ketua Program Studi S1 Ilmu Keperawatan UNAIR di Surabaya
7. Sari Elisrah W. Sedu untuk dikembalikan
8. Arsip

DR. ELISRAH SEDU
FAKULTAS KESEHATAN
PROGRAM S1 KEPERAWATAN

Lampiran 4**Permintaan Menjadi Responden Penelitian
(Informed Consent)**

Dengan hormat,

Nama saya Elisrah W. Sedu, mahasiswa Program SI Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya. Saya akan melakukan penelitian dengan judul “ Efektifitas Penerapan Pengkajian Sistem *Head to Toe* terhadap Peningkatan Kinerja Perawat dalam Pendokumentasian Asuhan Keperawatan Diruang Anak Rumah Sakit Umum Daerah Soe Nusa Tenggara Timur” .

Manfaat penelitian ini adalah sebagai masukan dan petunjuk bagi perawat tentang profesinya dalam melaksanakan dokumentasi asuhan keparawatan diruang anak.

Untuk keperluan diatas, saya mohon kesediaan Bapak/Ibu untuk mengisi kuesioner yang telah saya siapkan dengan sejujur-jujurnya/apa adanya sesuai dengan yang diketahui (Format terlampir). Saya menjamin kerahasiaan pendapat dan identitas Bapak/Ibu sekalian. Informasi yang diberikan akan dipergunakan sebagai wahana untuk mengembangkan mutu pelayanan keperawatan, tidak dipergunakan untuk maksud lain.

Sebagai bukti kesediaan Bapak/Ibu untuk menjadi responden dalam penelitian ini, saya mohon kesediaannya untuk menandatangani lembar persetujuan yang telah saya siapkan.

Partisipasi Bapak/Ibu dalam mengisi kuesioner ini sangat saya hargai dan ucapkan terima kasih.

Surabaya,

2004

Hormat saya,

Elisrah W. Sedu
Nim : 010330684 B

Lampiran 5**PERNYATAAN KESEDIAAN MENJADI RESPONDEN**

Saya yang bertanda tangan dibawah ini menyatakan bersedia untuk turut berpartisipasi sebagai responden penelitian yang dilakukan oleh :

Nama : Elisrah W. Sedu

Jenis Penelitian : Efektifitas Penerapan Pengkajian Keperawatan Anak Dengan Sistem Head To Toe Terhadap Peningkatan Kinerja Perawat Dalam Pendokumentasian Asuhan Keperawatan di Ruang Anak RSUD Soe Nusa Tenggara Timur.

Pekerjaan : Mahasiswa Program Studi SI Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya.

Tanda tangan saya dibawah ini menunjukkan bahwa saya diberi informasi dan memutuskan untuk berpartisipasi dalam penelitian ini.

Tanggal	:
Nomor Responden	:
Tanda tangan	:

Lampiran 6

Kode **FORMAT PENGKAJIAN HEAD – to – TOE****PENGKAJIAN DATA DASAR DAN FOKUS**

Pengkajian diambil tanggal	:	Jam	:
Tanggal masuk	:		
Ruangan / Kelas	:		
Kamar	:		
Diagnosa masuk	:		

I. IDENTITAS

1. Nama kecil :
2. Nama depan Ortu :
3. Jenis kelamin :
4. Agama :
5. Suku/Bangsa :
6. Bahasa :
7. Pendidikan :
8. Alamat :
9. Penanggungjawab : Askes / Astek / Jamsostek / Sendiri

II. RIWAYAT PENYAKIT YANG LALU

1. Penyakit berat yang pernah di derita :
2. Obat-obatan yang biasa di konsumsi :
3. Kebiasaan berobat :
4. Alergi :
5. Operasi :

III. RIWAYAT PENYAKIT SEKARANG

1. Keluhan utama :
2. Tanggal mulai sakit (MRS) :
3. Proses terjadi, a sakit : tiba-tiba berangsur-angsur
4. Upaya yang telah dilakukan untuk menanggulangnya :
5. Tanda-tanda : S : : ^oC, N : x/menit, T : mm Hg, R : x/menit
6. Kesadaran : CM Apatis Somnolent
 Sopor Koma

7. Faktor pencetus :

IV. RIWAYAT KESEHATAN KELUARGA

1. Penyakit yang pernah di derita anggota keluarga :
2. Pola komunikasi dengan anggota keluarga :
3. Penyakit yang sedang di derita oleh anggota keluarga :
5. Pola interaksi :
6. Pendidikan dan pekerjaan :
7. Budaya dan keyakinan :
8. Fungsi keluarga dan hubungan :

9. Lokasi tempat tinggal :

.....

V. RIWAYAT TUMBUH KEMBANG

Riwayat :

- BB lahir : < 2500 gram 2500 – 3500 > 3500
dll.....
- Usia 6 bl : < 7500 kg 7,5 kg > 7,5 kg
dll.....
- Usia 1 th : < 10,5 kg 10,5 kg > 10,5 kg
dll.....
- Pra sekolah : < 13 kg 13-14 kg > 14 kg
- Sekolah : < 14 kg 14-20 kg > 20 kg
- Lingkar kepala :
 - saat lahir : < 30 cm 30 cm > 30 cm
 - usia 6 bl : < 40 40 cm > 40 cm
 - usia 1 th : < 45 cm 45 cm > 45 cm
 - usia 5 th : < 49 cm 49 cm > 49 cm
 - usia 13 th : < 52 cm 52 cm > 52 cm
- Panjang badan lahir : < 40 40 > 40
- Usia tumbuh gigi : < 5 bln 5 – 10 bl > 10 bln
- Apakah serius masalah nyeri gigi : ya tidak
- Apakah giginya sudah tanggal : ya tidak
- Usia kontrol kepala : < 2 bl 2 bl > 2 bl
- Usia berjalan : < 1 th 1 th > 1 th
- Usia tumbuh gigi < 6 bl : ya tidak
- Mulai mengoceh : < 2 bl 2-3 bl > 3 bl
- Mulai berbicara : < 3 bl 3-5 bl > 5 bl
- Duduk tanpa dukungan : < 8 bl 8 – 9 bl > 9 bl
- Interaksi dengan sebaya : aktif tidak aktif

Saat ini :

- Berapa berat badan :
- Berapa lingkar kepala :
- Tinggi badan :
- Interaksi dengan sebaya : aktif tidak aktif
alasan
- Komunikasi : aktif pasif
alasan

VI. RIWAYAT NUTRISI

- Nafsu makan : baik menurun

- Pola makan : 2 x 3 x 4 x
- Jenis makanan : ASI PASI
- Lain-lain.....
- Jumlah : < 20 cc/hr 20-100 > 100 cc/hr
- Saat ini :
- Nafsu makan : baik menurun
- Pola makan : Apakah satu porsi dihabiskan semua ya tidak
- Jenis makanan : ASI PASI
- dll.....

VII. REAKSI HOSPITALISASI

Klien :

Bayi

- Reaksi protes apakah : menangis berteriak
 memegang erat orang tua
 menolak kontak dengan orang lain
- dll.....
- Reaksi putus asa apakah : tidak aktif menarik diri
 kurang minat bermain sedih

Todler / Pra sekolah

- Reaksi protes secara verbal apakah : menendang menggigit
 memukul mencubit
- dll.....
- Reaksi putus asa apakah : tidak komunikatif sedih
 tidak aktif
 kurang minat bermain
- dll.....

Usia sekolah :

- Reaksi perpisahan apakah : merasa kesepian bosan
 menarik diri marah
 bermusuhan
- dll.....

Orang tua / keluarga :

- Siap menerima keadaan klien : ya tidak
- alasan :
- Perasaan takut, cemas, sedih : tidak kooperatif putus asa
 menolak minta pulang paksa
 alasan :

VIII. IMUNISASI

- BCG sejak lahir : ya tidak
- Alasan :
- Campak : 6 - 9 bulan 9 bulan > 9 bulan
- DPT : 1 x 2 x 3 x
- Hepatitis : 1 x 2 x 3 x
- TT : ya tidak

IX. PENGKAJIAN HEAD - TO - TOE

KEPALA

1. Bentuk Kepala : normal hidrocephalus microcephalus
2. Bentuk tengkorak : simetris asimetris lekukan trauma
- Ket,
3. Kulit kepala : normal lesi oedema heatom
4. Rambut : normal kotor berminyak kering
5. Lingkar kepala :

WAJAH

1. Bentuk muka : simetris asimetris
2. Kulit muka : normal hematoma lesi
3. Fraktur tulang wajah : ya tidak ket,

MATA

- Kanan
1. Bentuk visus : normal abnormal ket,
2. Visus : normal menurun ket,
3. Pupil : isokor unisokor misos midrasi
4. Reflek cahaya : positif negatif
5. Gerak bola mata : simetris tak simetris
6. Konjunctiva : hiperemi oedema perdarahan
- ket,

Kiri

1. Bentuk visus : normal abnormal ket,
2. Visus : normal menurun kete,
3. Pupil : isokor unisokor misos
- midrasi
4. Reflek cahaya : positif negatif
5. Gerak bola mata : simetris tak simetris
6. Konjunctiva : hiperemi oedema perdarahan
- ket,

TELINGA

Kanan

1. Aurikel : normal lesi
2. Membran tympani : normal keruh kemerahan perforasi
3. Otorrhoe : ya, jenis,
4. Pendengaran : normal tuli berdengung

Kiri

1. Aurikel : normal lesi ket,
2. Membran tympani : normal keruh kemerahan
- perforasi
3. Otorrhoe : ya, jenis,
4. Pendengaran : normal tuli berdengung
- tidak

HIDUNG DAN ANUS

- | | | | | |
|---------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|
| 1. Bentuk hidung | : <input type="checkbox"/> normal | <input type="checkbox"/> lesi | <input type="checkbox"/> deviasi | <input type="checkbox"/> fraktur |
| 2. Mukosa hidung | : <input type="checkbox"/> normal | <input type="checkbox"/> lesi | <input type="checkbox"/> oedema | <input type="checkbox"/> epistaktis |
| 3. Penciuman | : <input type="checkbox"/> normal | <input type="checkbox"/> menurun | | |
| 4. Nyeri tekan pada sinus | | <input type="checkbox"/> frontal | <input type="checkbox"/> ya | <input type="checkbox"/> tidak |
| | | <input type="checkbox"/> Maxilaris | <input type="checkbox"/> ya | <input type="checkbox"/> tidak |
| | | <input type="checkbox"/> Etmoidalis | <input type="checkbox"/> ya | <input type="checkbox"/> tidak |

MULUT DAN TENGGOROKAN

- | | | | | |
|-----------------|-----------------------------------|--------------------------------------|--|-------------------------------|
| 1. Mukosa | : <input type="checkbox"/> lembab | <input type="checkbox"/> kering | <input type="checkbox"/> lesi | <input type="checkbox"/> ket. |
| 2. Bibir | : <input type="checkbox"/> normal | <input type="checkbox"/> sianosis | <input type="checkbox"/> lesi | <input type="checkbox"/> ket |
| 3. Gigi | : <input type="checkbox"/> normal | <input type="checkbox"/> patah | <input type="checkbox"/> tanggal | |
| | | <input type="checkbox"/> nyeri ketuk | | |
| 4. Gusi | : <input type="checkbox"/> normal | <input type="checkbox"/> lesi | <input type="checkbox"/> perdarahan | |
| 5. Lidah | : <input type="checkbox"/> normal | <input type="checkbox"/> kotor | <input type="checkbox"/> lesi | <input type="checkbox"/> ket. |
| 6. Palatum | : <input type="checkbox"/> normal | <input type="checkbox"/> edema | | |
| 7. Rongga mulut | : <input type="checkbox"/> normal | <input type="checkbox"/> berbau | <input type="checkbox"/> sisa munthan | |
| 8. Tenggorokan | : <input type="checkbox"/> norma | <input type="checkbox"/> nyeri telan | <input type="checkbox"/> pembesaran tonsil | |
| | | ket..... | | |

LEHER

- | | | | | |
|--------------------|-----------------------------------|---|--|--|
| 1. Bentuk | : <input type="checkbox"/> normal | <input type="checkbox"/> bendungan vena jugularis | | |
| | | ket..... | | |
| 2. Kulit leher | : <input type="checkbox"/> normal | <input type="checkbox"/> lesi | <input type="checkbox"/> ket. | |
| 3. Kelenjar tyroid | : <input type="checkbox"/> normal | <input type="checkbox"/> gondok | | |
| limfe | : <input type="checkbox"/> normal | <input type="checkbox"/> pembesaran limfe | | |
| 4. Mobilitas leher | : <input type="checkbox"/> aktif | <input type="checkbox"/> terbatas | <input type="checkbox"/> fraktur leher | |

DADA DAN PAYUDARA

- | | | | |
|--------------------------------------|--|--|--------------------------------------|
| 1. Bentuk dada | : <input type="checkbox"/> simetris | <input type="checkbox"/> asimetris | ket..... |
| 2. Pergerakan dada | : <input type="checkbox"/> intercostal | <input type="checkbox"/> supra clavikula | <input type="checkbox"/> supraternal |
| 3. Kulit dada | : <input type="checkbox"/> normal | <input type="checkbox"/> lesi | ket..... |
| 4. Krepitasi | : <input type="checkbox"/> ada | <input type="checkbox"/> tidak | |
| 5. Payudara | : <input type="checkbox"/> normal | <input type="checkbox"/> lesi | <input type="checkbox"/> ket..... |
| 6. Ketiak, pembesaran kelenjar limfe | : <input type="checkbox"/> ya | <input type="checkbox"/> tidak | |
| 7. Warna puting | | | |

PARU

- | | | | |
|--------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|
| 1. Pola nafas | : <input type="checkbox"/> reguler | <input type="checkbox"/> chyne stokes | <input type="checkbox"/> kusmaul |
| | <input type="checkbox"/> apnea | <input type="checkbox"/> biot | ket..... |
| 2. Bunyi nafas | : <input type="checkbox"/> normal | <input type="checkbox"/> stridor | <input type="checkbox"/> ronchi |
| | <input type="checkbox"/> friction rap | <input type="checkbox"/> rales | <input type="checkbox"/> wheezing |
| | | ket..... | |
| 3. Nyeri waktu bernafas | : <input type="checkbox"/> ya | <input type="checkbox"/> tidak | |
| 4. Tractil fremitis | : <input type="checkbox"/> ada | <input type="checkbox"/> tidak | |
| 5. Penggunaan alat bantu nafas | : <input type="checkbox"/> tidak | nasal | <input type="checkbox"/> masker |
| | <input type="checkbox"/> resiptor | | |

JANTUNG

- | | | | |
|--|------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| 1. Denyut nadi | : <input type="checkbox"/> reguler | <input type="checkbox"/> bradikardi | <input type="checkbox"/> takhikardi |
| 2. Bunyi jantung, S1/S2 | : <input type="checkbox"/> normal | <input type="checkbox"/> murmur | ket..... |
| 3. Letak jantung, ictus cordis teraba pada | | | ket..... |
| 4. Pembesaran jantung | : <input type="checkbox"/> ya | <input type="checkbox"/> tidak | |
| 5. Nyeri dada menjalar | : <input type="checkbox"/> ya | <input type="checkbox"/> tidak | |
| 6. Cianosis atau keletihan saat aktivitas: | <input type="checkbox"/> ya | <input type="checkbox"/> tidak | |

ABDOMEN / PERUT

1. Konsistensi : kenyal tegang kembung asites
 nyeri tekan asites benjolan ket,.....
 2. Kulit abdomen : normal lesi turgor ket,.....
 3. Hepar : normal hepatomegali ket,.....
 4. Lien : normal splenomegali ket,.....
 5. Bising usus : normal tak ada bising hiperistaltik
 6. Umbilikus : normal Besar kecil
 7. Pembesaran organ atau massa : ya tidak

GINJAL

1. Kandung kemih : normal retensi hematuri incontinenasia
 disuria sistomi pasang kateter ket,.....
 2. Produk urin : ml/hari Frekwensi,..... x/hari
 Warna,..... bau,..... lain-lain
 3. Frekuensi miksi/ hari : 1x 2x lebih dari 2x
 4. Bau : ya tidak
 5. Nyeri saat BAK : ya tidak

PUNGGUNG

1. Tulang belakang : normal lordosis scoliosis fraktur
 2. Kulit punggung : normal lesi hematoma ket,.....
 3. Nyeri : ya tidak

GENITALIA

Laki-laki :

- Bentuk genital : normal hypospadias ket,.....
 Sokrotom : normal hernia ket,.....
 Testis : normal orchitis hydrocele
 hernia torsio

Keterangan,.....

Perempuan

- Bentuk genital : normal lesi/oedema ket,.....
 Vulva : normal lesi/oedema kete,.....
 Keterangan
 Inguinal : normal pembesaran limfe hernia

RECTUM DAN ANUS

1. Pola
 2. BAB,X/hari : normal melena colostomi
 feces berlendir diare nyeri
 konstipasi ket,.....
 2. Hemoroid : ya tidak
 3. Obat pencahar : ya tidak
 4. Bokong

EKSTREMITAS

1. Otot dan tulang
 Pergerakan sendi lengan dan tungkai (ROM) : bebas terbatas
 Fraktur : tidak ya, lokasi.....
 Dislokasi : tidak ya, lokasi.....
 Hematom : tidak ya, lokasi.....
 2. Integumen
 Warna kulit : Akral Turgor

- | | | | | |
|---------------------|-------------------------------------|--|--|-------------------------------------|
| | <input type="checkbox"/> Ikterik | <input type="checkbox"/> hangat | <input type="checkbox"/> baik | |
| | <input type="checkbox"/> Sianotik | <input type="checkbox"/> panas | <input type="checkbox"/> baik | |
| | <input type="checkbox"/> Pucat | <input type="checkbox"/> dingin kering | <input type="checkbox"/> menurun/jelek | |
| | <input type="checkbox"/> Kemerahan | <input type="checkbox"/> dingin basah | | |
| | <input type="checkbox"/> Pigmentasi | | | |
| 3. Reflek | : | <input type="checkbox"/> normal | <input type="checkbox"/> patologis | |
| 4. Koordinasi gerak | : | <input type="checkbox"/> ya | <input type="checkbox"/> tidak | |
| 5. Kejang | : | <input type="checkbox"/> ya | <input type="checkbox"/> tidak | |
| 6. Perasa | : | <input type="checkbox"/> normal | <input type="checkbox"/> hemiparase | <input type="checkbox"/> paraplegi |
| | | <input type="checkbox"/> Parase | <input type="checkbox"/> hemiplegi | <input type="checkbox"/> tetraplegi |
| 7. Clubing finger | : | <input type="checkbox"/> ya | <input type="checkbox"/> tidak | |

Tanda Tangan Perawat

 Nama

Lampiran 7

LEMBAR PETUNJUK PENGISIAN KUESIONER

Judul Penelitian : Efektifitas Penerapan Pengkajian Keperawatan Anak dengan Sistem *Head to Toe* terhadap peningkatan Kinerja Perawat dalam Pendokumentasian Asuhan Keperawatan diruang Anak RSUD Soe NTT.

Tanggal Penelitian :

No. Kode Responden :

Peneliti : Elisrah W. Sedu

Identitas Responden :

1. Kode Identitas
2. Umur 18 – 25 tahun
 26 – 40 tahun
 40 tahun keatas
3. Jenis kelamin Laki – laki
 Perempuan
4. Status Kepegawaian PNS
 Honorer
5. Masa Kerja 1 – 5 tahun
 6 – 10 tahun
 11 – 15 tahun
 16 tahun keatas
6. Pendidikan SPR / SPK
 D III AKPER
 D IV / Si

Petunjuk Pengisian Kuesioner

1. Sebelum mengisi bacalah terlebih dahululembar format pengkajian dengan teliti.
2. Pilihlah jawaban sesuai dengan hasil pemeriksaan yang bapak/ibu/saudara(i) dapatkan pada pasien yang diperiksa.
3. Untuk menjaga kerahasiaan bapak/ibi/saudara(i) tidak perlu mencantumkan nama. Cukup menuliskan kode yang mudah anda ingat, kode identitas adalah untuk memudahkan saya mengolah data-data tersebut.
4. Berilah tanda (✓) pada item lembar pengkajian yang tersedia.

Petunjuk Teknis Pengisian Format Penerapan Pengkajian Anak dengan Sistem *Head to Toe* di Ruang Anak.

Setiap melakukan pengkajian, tulis waktu pengkajian (jam, tanggal, bulan dan tahun, tanggal dirawat, tempat klien dirawat, diagnosa medis dan nomor register masuk.

I. Identitas

Di isi :

Nama kecil :
 Nama depan orangtua :
 Umur :
 Jenis kelamin :
 Agama :
 :
 Pendidikan :
 Alamat :
 Penanggung jawab :

II. Riwayat Sebelum Sakit

Tanyakan kepada klien/keluarga :

1. Apakah pernah menderita penyakit berat sebelumnya ?
2. Apakah klien mempunyai kebiasaan mengkonsumsi obat-obat tertentu ?
3. Bila klien sakit berobat dimana ?
4. Apakah mempunyai riwayat alergi : makanan, suhu udara, debu dan alat tenun tertentu ?
5. Apakah sejak lahir sudah diberi imunisasi : BCG, Campak, Polio DPT dan Hepatitis ?
6. Apakah lengkap pemberian Imunisasi ?
7. Apakah pernah dioperasi?

III. Riwayat Penyakit Sekarang

Diisi :

1. Alasan masuk rumah sakit (MRS)
2. Tanyakan waktu kejadian terjadi ?
3. Bagaimana proses kejadian dan penyebab timbulnya penyakit?
4. Upaya apa saja yang telah dilakukan dilapangan sebelum klien dibawa ke rumah sakit ?
5. Bagaimana hasil pemeriksaan tanda-tanda vital (tensi, suhu, nadi dan respirasi)?
6. Kaji tingkat kesadaran klien, beri tanda (✓) pada kotak yang tersedia.
7. Apakah ada faktor pencetus?

IV. Riwayat Kesehatan Keluarga

1. Tanyakan pada keluarga mengenai penyakit berat yang pernah diderita keluarga.
2. Tanyakan pada keluarga mengenai penyakit berat yang pernah diderita keluarga saat ini.
3. Tinggal dilokasi yang bagaimana.
4. Bagaimana interaksi antara klien dengan orangtua / keluarga ?

V. Tumbuh Kembang

Riwayat:

Tanyakan kepada Orangtua /kelurga:

1. Berapakah berat badan lahir ?
2. Berapakah berat badan usia 6 bulan ?
3. Berapakah berat badan usia 1 tahun ?
4. Berapa panjang badan saat lahir
5. Berapa panjang badan saat lahir
6. Pada usia berapa mulai tumbuh gigi dan tanggalnya gigi ?
7. Pada usia berapa mulai kontrol kepala ?
8. Usia berapa mulai berjalan ?
9. Usia berapa mulai mengoceh ?
10. Usia berapa mulai berbicara ?
11. Bagaimana interaksi dengan teman sebaya

Saat ini :

1. Berapa berat badan ?
2. Berapa tinggi badan?
3. Bagaimana interaksi dengan teman sebaya.
4. Bagaimana komunikasi dengan orantua atau temannya.

VI. Status Nutrisi

Riwayat:

1. Kaji apakah nafsu makannya baik atau menurun
2. Kaji apakah sejak lahir diberi ASI
3. Usia berapa mulai diberi makanan tambahan
4. Kaji jumlah asupan dalam sehari.

VII. Reaksi Hospitalisasi

Klien

Reaksi yang ditunjukkan saat MRS:

1. Kaji tentang reaksi protes misalnya menangis kuat, menjerit memanggil orangtua atau menolak perhatian orang lain.
2. Kaji tentang reaksi putus asa misalnya perilaku anak tidak aktif, kurang minat bermain dan makan, sedih dan apatis.
3. Kaji tentang reaksi perpisahan misalnya sering bertanya dan tidak kooperatif, terhadap petugas kesehatan.

Orangtua/ Keluarga

1. Kaji tentang kesiapan misalnya menerima segala tindakan yang dilakukan dengan mematuhi anjuran .
2. Kaji tentang perasaan takut, cemas, sedih misalnya perilaku tidak kooperatif, putus asa, menolak tindakan atau menginginkan pulang paksa.

VIII. Riwayat Imunisasi

1. Apakah diberi imunisasi BCG
2. Apakah diberi imunisasi campak dengan lengkap?
3. Apakah diberi imunisasi DPT dengan lengkap?
4. Apakah diberi imunisasi Hepatitis dan berapa kali?
5. Apakah diberi imunisasi TT?

IX. Pengkajian *Head to Toe*.

Pengkajian fisik difokuskan pada sistem dan fungsi organ. Beri tanda(✓) sesuai hasil pemeriksaan pada kotak yang tersedia serta berikan penjelasan pada kekurangan mengenai keadaan klien yang tidak tercantum berikut ini :

Kepala

1. Kaji bentuk kepala klien secara keseluruhan, apakah didapatkan adanya kelainan misalnya : hidrocephalus atau microcephalus.
2. Kaji keadaan kulit kepala klien secara menyeluruh, misalnya : perlukaan kulit kepala, hematoma, oedema dan lain-lain.
3. Observasi keadaan rambut klien, misal : rambut kotor, tampak kusam dan kering.

Wajah

1. Lakukan pengkajian bentuk wajah klien secara keseluruhan, apakah simetris atau tidak.
2. Kaji keadaan kulit wajah klien, adakah kemerahan. Misalnya alergi dan lain-lain.

Mata

Lakukan pengkajian pada organ mata kanan dan kiri klien secara keseluruhan berikut ini :

1. Bentuk mata, apakah dalam batas normal atau adanya kelainan, misal: pupil oedema, ptosis dan lain-lain.
2. lakukan pemeriksaan visus mata, apakah dalam batas normal atau menurun.
3. Kaji kedua pupil mata dan bandingkan antara mata kanan dan kiri.
4. Refleks cahaya kedua mata diperiksa dengan alat bantu berupa lampu senter, apakah positif atau negatif.
5. Bagaimanakah gerakan bola mata klien kanan dan kiri, apakah simetris atau tidak.
6. Keadaan konjungtiva dilakukan pemeriksaan, apakah ditemukan adanya kelainan. Misalnya hiperemi, oedema dan lain-lain.

Telinga

Kaji dan observasi pada kedua organ telinga klien secara menyeluruh berikut ini :

1. Keadaan daun telinga apakah ditemukan adanya lesi.
2. Membran tympani dilakukan dengan alat bantu lampu senter, apakah ditemukan adanya perforasi pada membran dan cairan berupa darah atau liquor.
3. Adakah otorrhoe, yaitu cairan yang keluar pada kedua telinga.
4. Apakah terdapat gangguan pendengaran. Misalnya: pendengaran berkurang ditandai tidak ada reaksi bila dipanggil.

Hidung dan Sinus

1. Kaji bentuk hidung klien, apakah dalam batas normal atau ditemukan adanya tanda-tanda fraktur tulang hidung.
2. Lakukan pemeriksaan pada mukosa hidung. apakah ada kelainan
3. Apakah ada keluhan nyeri tekan pada sinus frontalis maxilaris dan etmoidalis ditandai dengan reaksi menangis bila ditekan.
4. Kaji adakah cairan liquor yang keluar lewat hidung.

Mulut dan Tenggorokkan

1. Lakukan pengkajian pada mukosa mulut klien. apakah tampak tanda-tanda dehidrasi dan adakah perlukaan yang terjadi pada mukosa mulut

2. Periksa keadan gigi klien, apakah ada yang tenggal, perdarahan gusi, nyeri, pernapasan mulut.
3. Pada lidah, apakah ditemukan adanya lesi dan kondisinya bersih atau kotor.
4. Kaji keadaan palatum, apakah dalam batas normal atau ditemukan kelainan.
5. Pemeriksaan rongga mulut dilakukan, apakah ditemukan adanya sisa muntahan baik berupa sisa makanan atau darah.
6. Kaji apakah ada keluhan nyeri telan ditandai dengan reaksi tidak mau menelan.

Leher

1. Kaji keadaan leher klien, apakah ditemukan adanya kelainan, misal kekakuan, fortikalis.
2. Observasi keadaan permukaan kulit leher, apakah terdapat lesi pada leher dan lain-lain.
3. lakukan pengkajian pada kelenjar tyroid dan kelenjar limfe dileher, apakah ada kelainan atau tidak.

Dada dan Payudara

1. Kaji bentuk dada, apakah simetris atau tidak
2. Periksa pergerakan dada dan bandingkan antara kedua sisi kanan dan kiri pada saat bernapas.
3. Inspeksi adanya lesi pada kulit dada.
4. Kaji payudara klien dan bandingkan pada kedua sisi, apakah terdapat kelainan berupa benjolan, lesi atau tidak.
5. Lakukan palpasi pada ketiak, adakah pembesaran kelenjar limfe atau tidak.

Paru

1. Inspeksi pola napas klien, bagaiman iramanya, teratur atau tidak.
2. Auskultasi suara napas klien, adakah gangguan suara napas, misal : ronchi, wheezing, dan lain-lain.
3. adakah keluhan nyeri pada dada waktu bernapas ditandai dengan adanya reaksi tekan.
4. Palpasi pada dada, apakah ditemukan adanya tactil fremitus pada dinding dada
5. Apakah klien menggunakan alat bantu napas berupa oksigen dan bagaimana carapemberiannya.

Jantung

1. Palpasi denyut nadi, bagaimana irama dan frekuensinya : teratur atau tidak dan bradikardi atau tachikardi.
2. Auskultasi bunyi jantung klien, adakah kelainan bunyi. Misal : murmur atau pekak.
3. Palpasi letak ictus cordis jantung dan tentukan lokasinya.

Abdomen

1. Kaji konsistensi dari abdomen, adakah kelainan atau tidak.
2. Inspeksi keadaan kulit abdomen, apakah ditemukan adanya lesi.
3. Palpasi keadaan hepar, apakah terdapat pembesaran hepar / tidak.
4. Palpasi pada klien, apakah ditemukan adanya tanda-tanda trauma.
5. Auskultasi bising usus klien, menurun atau meningkat.

Ginjal

1. Kaji keadaan eliminasi klien, adakah gangguan.
2. Periksa produksi urine, bagaiman warna, bau, frekuensi berkemih dan lain-lain.

Punggung

1. Inspeksi keadaan integritas kulit punggung klien, apakah terdapat lesi.
2. Adakah keluhan nyeri pada daerah punggung ditandai dengan adanya reaksi tekan.

Genitalia

1. Kaji keadaan genitalia klien apakah dalam batas normal.
2. Pada laki-laki, bagaimana keadaan skrotum dan testis. Apakah simetris.
3. Pada perempuan, adakah tanda-tanda kelainan pada vulva.
4. Inspeksi keadaan kebersihan organ genital klien.
5. Palpasi kelenjar inguinal klien, apakah terdapat kelainan berupa pembesaran kelenjar inguinal maupun hernia inguinalis.

Rectum dan Anus

1. Kaji pola BAK/BAB dalam sehari. Adakah keluhan konstipasi, nyeri waktu BAB dan keluhan lainnya.
2. Inspeksi pada rectum klien, apakah klien menderita hemoroid atau tidak
3. Kaji apakah sering menggunakan obat pencahar bila klien tidak bisa BAB.

Ekstremitas

1. Kaji pergerakan sendi pada lengan dan tungkai. Adakah tanda-tanda dislokasi dan hematoma pada kedua lengan dan tungkai.
2. Inspeksi keadaan dan integumen klien meliputi: warna kulit, akral dan turgor.
3. Periksa refleks pada ekstremitas gerak, apakah ditemukan adanya refleks patologis.
4. Inspeksi koordinasi gerak dari kedua lengan dan tungkai.
5. Periksa dengan sentuhan pada ekstremitas gerak, adakah gangguan perasa pada bagian tubuh klien. Misal: hemiplegi, paraplegi, dan lain-lain.
6. Inspeksi, adakah ditemukan adanya clubing finger pada ujung ekstremitas.

Lampiran 8

OBSERVASI

NO	ITEM YANG DIKAJI	LENGKAP PRE		AKURAT PRE		LENGKAP POST	KURAT POST	SKOR	KODE
		YA	TDK	YA	TDK	YA	TIDAK		
1	<ul style="list-style-type: none"> • Tanggal dan jam pengkajian • Tanggal Masuk • Ruangan / kelas • Diagnosa masuk • No. Kamar 								
2	IDENTITAS <ul style="list-style-type: none"> • Nama kecil • Nama depan Ortu • Umur • Jenis kelamin • Agama • Bahasa sehari-hari • Pendidikan • Pekerjaan orang tua • Alamat • Penanggungjawab biaya 								
3	RIWAYAT PENYAKIT YANG LALU <ul style="list-style-type: none"> • Penyakit berat yang pernah diderita • Obat-obatan yang biasa dikonsumsi • Kebiasaan berobat bila sakit • Alergi • Operasi 								
4	RIWAYAT PENYAKIT SEKARANG <ul style="list-style-type: none"> • Keluhan utama • Tanggal mulai sakit • Faktor pencetus • Upaya yang telah dilakukan • Tanda-tanda vital • Kesadaran 								
5	RIWAYAT KESEHATAN KELUARGA <ul style="list-style-type: none"> • Penyakit yang pernah diderita keluarga • Penyakit yang sedang diderita keluarga • Pola interaksi • Fungsi keluarga dan hubungannya 								

	<ul style="list-style-type: none"> • Pola komunikasi dengan keluarga • Pendidikan dan pekerjaan 							
6	<p>PERTUMBUHAN DAN PERKEMBANGAN</p> <ul style="list-style-type: none"> • Berat badan lahir • BB usia 6 bulan • BB usia 1 tahun • Lingkar kepala saat lahir • Berat badan • Tinggi badan • Masalah dengan gigi • Masalah dengan gigi • Usia kontrol kepala • Duduk tanpa dukungan • Umur berjalan • Umur mengoceh • Umur berbicara • Tingkat sekolah saat ini • Prestasi di sekolah • Interaksi dengan sebaya • Komunikasi • Saat ini : <ul style="list-style-type: none"> - Berat badan - Tinggi badan - Interaksi dengan teman sebaya - Komunikasi 							
7	<p>Status Nutrisi</p> <p>Riwayat :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nafsu makan - Pola makan - Jenis makanan & minuman - Jumlah Asupan <p>Saat ini :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nafsu makan - Pola makan - Jenis makanan & minuman - Jumlah Asupan 							
8	<p>Reaksi Hospitalisasi</p> <p>Klien :</p> <p>Reaksi yang ditunjukkan saat MRS :</p> <p>Bayi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Protes: menangis, menjeri, mencari orang 							

	<p>terdekat melalui isyarat mata, menolak dengan orang yang tidak dikenal.</p> <p>Todler / Prasekolah :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menyerang secara fisik misalnya menggigit, memukul, menendang, mencubit, menahan orang untuk tetap tinggal. <p>Putus asa :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perilaku tidak aktif, menarik diri dengan orang lain, tidak komunikatif, apatis, kurang minat bermain dan tidka nafsu makan. <p>Usia Sekolah :</p> <p>Perpisahan ditandai dengan merasa kesepian, bosan, menarik diri, marah dan bermusuhan.</p> <p>Keluarga :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perasaan takut, cemas, dan sedih. - Respon menerima. 							
9	<p>Riwayat Imunisasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - BCG - Campak - Polio - DPT - Hepatitis - TT 							
10	<p>KEPALA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bentuk kepala • Bentuk tengkorak • Kulit kepala • Rambut 							
11	<p>MATA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bentuk • Visus • Bentuk pupil • Refleks cahaya • Gerak bola mata • Konjuctiva 							
12	<p>TELINGA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aurikel • Membran timpani • Otterhoe • Pendengaran 							
13	<p>HIDUNG DAN SINUS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bentuk hidung 							

	<ul style="list-style-type: none"> • Penciuman • Nyeri tekan pada sinus • Rhinorrhoe 							
14	MULUT DAN TENGGOROKAN <ul style="list-style-type: none"> • Mukosa mulut • Bibir • Gigi • Gusi • Lidah • Palatum • rongga mulut • Tenggorokan 							
15	LEHER <ul style="list-style-type: none"> • Bentuk • Kulit leher • Pembesaran kel. Limfe dan Teroid • Mobilitas leher 							
16	DADA DAN PAYUDARA <ul style="list-style-type: none"> • Bentuk dada • Kulit dada • Keadaan payudara • Ketiak, pembesaran kelenjar limfe • Pergerakan dada • Warna puting 							
17	PARU <ul style="list-style-type: none"> • Pola nafas • Bunyi nafas • Nyeri dada waktu bernafas • Taktil fremitus • Alat bantu pernafasan 							
18	JANTUNG <ul style="list-style-type: none"> • Denyut nadi • Bunyi jantung • Letak jantung • Pembesaran jantung • Nyeri dada • Cianosis/keletihan saat aktivitas 							
19	ABDOMEN <ul style="list-style-type: none"> • Konsistensi • Kulit abdomen • Hepar • Lien • Bising usus • Umbilikus • Pembesaran organ/massa 							
20	GINJAL <ul style="list-style-type: none"> • Kandung kemih 							

	<ul style="list-style-type: none"> • Produksi urine • Warna dan bau urine • Frekuensi miksi/hari • Bau 							
21	PUNGGUNG <ul style="list-style-type: none"> • Tulang punggung • Kulit punggung • Nyeri 							
22	GENITALIA <ul style="list-style-type: none"> • Bentuk kelamin • Scrotom • Testis • Kebersihan alat kelamin • Vulva • Inguinal 							
23	RECTUM DAN ANUS <ul style="list-style-type: none"> • Pola BAB • Problem BAB • Hemoroid • Obat pencahar 							
24	EKSTREMITAS <ul style="list-style-type: none"> • Pergerakan sendi lengan dan tungkai (ROM) • Fraktur • Dislokasi • Hematom • Warna kulit • Akral • Tugor • Koordinasi gerak • Kejang • Perasa • Cluing finger 							
25	<ul style="list-style-type: none"> • Tidak menghapus dengan tip-ex • Mencoret tulisan yang salah ketika mencatat lalu diganti dengan tulisan benar • Memberi garis pada tulisan yang salah lalu diparaf • Menulis komentar yang bersifat tidak mengkritik • Mengoreksi kesalahan sesegera mungkin • Mencatat hanya fakta • Tidak membiarkan catatan akhir kosong • Semua catatan dapat dibaca dan ditulis dengan 							

	baca dan ditulis dengan tinta dan menggunakan bahasa lugas • Catatan singkat dan jelas • Mencatat data sesuai masalah								
26	NAMA DAN TANDA TANGAN PERAWAT								

Catatan : Cara mengisi dengan membubuhkan angka
 0 = tidak di isi
 1 = di isi

Kesimpulan :

Kelengkapan Data:
 Lengkap = > 50%
 Tidak lengkap = < 50%

Keakuratan Data:
 Akurat = > 50%
 Tidak akurat = ≤ 50%

Lampiran 9

SATUAN ACARA PEMBELAJARAN

Materi	: Pengkajian keperawatan anak dengan sistem <i>Head to Toe</i> .
Sasaran	: perawat diruang anak RSUD Soe NTT.
Hari/tanggal	: Selasa, 8 – 10 Desember 2004
Waktu	: 11.00 s/d 12.10 WITA

TUJUAN INSTRUKSIONAL UMUM

Setelah mengikuti penyuluhan selama 70 menit diharapkan perawat dapat melakukan pengkajian keperawatan anak dengan sistem *Head to Toe*.

B. TUJUAN INSTRUKSIONAL KHUSUS

Setelah mengikuti penyuluhan diharapkan perawat dapat :

1. Menyebutkan pengertian pengkajian sistem *Head to Toe*.
2. Menyebutkan tujuan pengkajian sistem *Head to toe*.
3. Menyebutkan elemen-elemen yang perlu dikaji pada format pengkajian.
4. Mendemonstrasikan cara pengisian format pengkajian *Head to Toe*

C. MATERI

1. Pengertian pengkajian sistem *Head to Toe*
2. Tujuan Pengkajian *Head to Toe*
3. Elemen-elemen yang perlu dikaji

D. PROSES PENYULUHAN

Tahap	Peneliti	Peserta	Waktu
Pembukaan	Mengucapkan salam Memperkenalkan diri	Membalas salam Memperhatikan	3 Menit
Penyampaian materi	1. Pengkajian <i>Head to Toe</i> 2. Tujuan Pengkajian <i>Head to Toe</i> 3. Elemen-elemen yang perlu	Mendengarkan Memperhatikan	45 Menit

	dikaji antara lain: - Identitas - Riwayat Penyakit yang lalu - Riwayat penyakit sekarang - Riwayat kesehatan keluarga - Riwayat tumbuh kembang - Status nutrisi - Reaksi hospitalisasi - Riwayat imunisasi - Kepala - Wajah - Mata - Telinga - Hidung dan sinus - Mulut dan tenggorokkan - Leher - Dada dan payudara - Paru - Jantung - Abdomen - ginjal - Punggung - Genitalia - Ekstremitas		
	4. Tanya jawab	Bertanya	10 Menit
Penutup	1. Menyimpulkan materi kembali materi yang disampaikan	Mendengar	10 Menit
	2. Memberi salam	Menjawab salam	2 menit

E. METODE

1. Ceramah dan tanya jawab
2. Demonstrasi

F. MEDIA

1. Uraian bahan ajar
2. Alat tulis sesuai kebutuhan
3. OHP

G. KRITERIA EVALUASI

1. Evaluasi struktur :

- Peserta hadir ditempat
- Penyelenggaraan sosialisasi dilaksanakan diruang pertemuan RSUD SoE NTT.

2 Evaluasi proses :

- Peserta antusias terhadap materi pembelajaran
- Tidak ada peserta yang meninggalkan tempat pembelajaran
- Peserta dapat mengikuti cara pengisian format pengkajian *Head to Toe*.

3. Evaluasi hasil :

- Peserta dapat memperagakan cara pengisian format pengkajian keperawatan anah sistem *Head to Toe*.
- Jumlah yang hadir dalam pembelajaran minimal 13 orang.

II. DAFTAR PUSTAKA

- Bates Barbara (1997). *Pemeriksaan Fisik dan Riwayat Kesehatan*. Ed 2. Jakarta
- Nursalam (2001). *Proses dan Dokumentasi Keperawatan Konsep dan Praktik*. Penerbit Salemba Medika.
- Priharjo (1996). *Pengkajian Fisik Keperawatan*. Jakarta. EGC.
- Potter PA (1996). *Pengkajian Kesehatan*. Editor Monika Ester Ed 3. Jakarta EGC.
- Wong, Donna L. (2003). *Pedoman Klinis Keperawatan Pediatrik*. Ed-4. Jakarta. EGC.
- Yupi S. (2004). *Buku Ajar Konsep Dasar Keperawatan Anak*. Jakarta. EGC.

Materi

PENGAJIAN HEAD TO TOE

A. Pengertian pengkajian *head to toe*

Pengkajian *head to toe* adalah pengkajian yang dilakukan mulai dari kepala dan secara berurutan samapi keujung kaki (Nursalam, 2001).

B. Tujuan :

Menghimpun informasi dari berbagai sumber data serta menetapkan data dasar tentang tingkat kesehatan pasien yang digunakan untuk merumuskan masalah pasien.

C. Ada beberapa elemen yang perlu dikaji antara lain :

1. Identitas:

Nama, umur, jenis kelamin, agama, suku bangsa, bahasa, pendidikan, alamat dan ditanggung oleh

2. Riwayat penyakit yang lalu

Penyakit yang pernah diderita, alergi, obat-obatan dan operasi.

3. Riwayat penyakit sekarang

Keluhan utama, tanggal mulai sakit, proses kejadian sakit dan upaya yang dilakukan, faktor pencetus, tanda-tanda vital.

4. Riwayat kesehatan keluarga

Penyakit yang pernah diderita oleh keluarga, Pola komunikasi. Pola interaksi, pendidikan dan pekerjaan, budaya dan keyakinan, fungsi keluarga dan hubungan.

5. Tumbuh kembang

Riwayat: Berat badan lahir, 6 bulan, 1 tahun, lingk kepala saat lahir, berat badan, tinggi badan, gigi/geligi: usia pertumbuhan/ tanggal gigi, masalah gigi, usia kontrol kepala, duduk tanpa dukungan, berjalan, berbicara, interaksi dengan teman sebaya dan komunikasi.

Saat ini: Berat badan, tinggi badan, interaksi dengan teman sebaya, komunikasi dan aktivitas.

7. Status Nutrisi

Riwayat: Nafsu makan, pola makan, jenis makanan/minuman dan jumlah asupan dalam sehari.

Saat ini: Nafsu makan, pola makan, jenis makanan/minuman dan jumlah asupan.

8. Reaksi Hospitalisasi

Klien:

Reaksi yang ditunjukkan saat MRS:

Protes:

Bayi: Menangis, menjerit, mencari orang terdekat melalui isyarat mata, menolak dengan orang yang tidak dikenal.

Toddlers / Prasekolah: Menyerang secara fisik misalnya: menggigit, memukul, menendang, mencubit, menahan orang terdekat untuk tetap tinggal.

Putus asa: perilaku anak tidak aktif, menarik diri dengan orang lain, tidak komunikatif, apatis, kurang minat bermain dan tidak nafsu makan.

Usia sekolah: Perpisahan ditandai dengan merasa kesepian, bosan, menarik diri, marah dan bermusuhan.

.Keluarga : Perasaan takut, cemas, sedih yang ditandai dengan perilaku tidak kooperatif, putus asa, menolak tindakan dan menginginkan pulang paksa.
Respon menerima semua tindakan misalnya menuruti segala anjuran petugas kesehatan.

10. Riwayat Imunisasi

Kaji tentang pemberian imunisasi BCG, Campak, Polio, DPT, Hepatitis, TT dan lain-lain.

11. Pengkajian *head to toe*.

1) Kepala

Bentuk kepala, kulit kepala, fontanel, nodus atau pembengkakan, keadaan rambut, lingkaran kepala.

2) Wajah

Bentuk wajah, kulit wajah, tanda-tanda kemerahan pada kulit wajah

3) Mata

Bentuk, visus, pupil, bola mata, gerakan mata, konjungtiva, refleksi cahaya.

4) Telinga

Struktur eksterna (aurikuler), membran timpani, gangguan pendengaran

5) Hidung dan sinus

Bentuk hidung, mukosa hidung, penciuman, warna. Nyeri tekan.

6) Mulut dan tenggorokan

Mukosa mulut, bibir, lidah, gusi, pertumbuhan gigi, rongga mulut dan tenggorokan.

7) Leher

Bentuk leher, warna kulit, massa/pembesaran kelenjar tyroid dan limfe, pembengkakan, mobilitas leher. nyeri telan.

8). Dada dan payudara

Bentuk dada, pergerakan dada, nyeri dada waktu bernapas, kulit daerah sternum/dinding dada, krepitasi, bentuk payudara, kesimetrisan, kulit payudara dan benjolan, warna puting, ketiak: pembesaran kelenjar limfe.

9). Paru

Pola napas, bunyi napas, batuk sputum, fremitus fokal dan alat bantu pernapasan.

10) Jantung

Regularitas denyut nadi, bunyi jantung, letak ictus cordis, pembesaran jantung dan nyeri dada menjalar, cianosis atau keletihan pada aktivitas.

11) Abdomen

Konsistensi abdomen, kulit abdomen, umbilicus, nyeri tekan, lokasi nyeri, pembesaran hepar dan lien, ascites, pembesaran organ atau massa.

12) Punggung

Keadaan tulang punggung, lesi dan nyeri.

13). Ginjal

Keadaan kandung kemih, produksi urine, frekuensi miksi perhari, warna urine, bau dan nyeri saat BAK.

14) Genitalia

Bentuk kelamin, skrotum, testis inguinalis, vulva, kebersihan alat kelamin, pembesaran kelenjar inguinal.

15). Rektum dan anus

Frekuensi BAB perhari, masalah BAB dan keadaan bokong.

16). Ekstremitas

Kemampuan pergerakan, sendi lengan dan tungkai, kekuatan otot, kesimetrisan, warna kulit, akral, turgor, refleksi, koordinasi gerak, dislokasi, alat bantu.

Lampiran 10

Tabulasi Data Hasil Kelengkapan Dan Keakuratan Data
 Pengkajian Keperawatan Anak Dengan sistem *Head to Toe* Terhadap
 Peningkatan Kinerja Perawat Dalam Pendokumentasian asuhan Keperawatan
 Di Ruang Anak RSUD SoE NTT
 Tanggal 6 – 12 Desember 2004

No Responden	Kelengkapan		Keakuratan	
	Pre	Post	Pre	Post
1	2	2	2	2
2	1	2	1	2
3	1	2	1	2
4	1	1	1	1
5	1	2	1	2
6	1	2	1	2
7	1	2	1	2
8	1	2	1	1
9	1	2	1	2
10	1	2	1	2
11	1	1	1	1
12	1	2	1	2
13	2	2	1	2

Keterangan :

Lengkapan Dan Keakuratan

Lengkap / Akurat : > 50% dengan kode tabulasi 2

Kurang Lengkap/Kurang Akurat : < 50% dengan kode tabulasi 1

Tabulasi Data Hasil Karakteristik Responden

Penerapan Pengkajian Anka dengan Sistem *Head to Toe*
 Terhadap Peningkatan Kinerja Perawat Dalam Pendokumentasian Asuhan
 Keperawatan Di Ruang Anak RSUD SoE NTT
 Tanggal 6 – 12 Desember 2004

No Responden	Umur	Jenis Kelamin	Status Kepegawaian	Masa Kerja	Pendidikan
1	2	2	1	4	2
2	2	2	2	1	2
3	1	2	1	2	2
4	2	2	1	1	1
5	2	2	1	2	2
6	2	2	1	3	1
7	2	2	1	1	1
8	1	2	1	2	2
9	2	2	1	2	2
10	2	2	1	2	2
11	2	1	1	1	1
12	2	1	1	3	1
13	1	2	1	2	2

Keterangan :

Umur :	Jenis Kelamin	Status kepegawaian	Masa Kerja
1. 18 – 25 Tahun	1. Laki – Laki	1. PNS	1. 1-5 Tahun
2. 26 – 40 Tahun	2. Perempuan	2. Honor	2. 6-10 Tahun
3. > 40 Tahun			3. 11-15 Tahun
			4. > 40 Tahun

Pendidikan :

1. SPK/SPR
2. DIII Keperawatan
3. D4/S1 Keperawatan

Frequency Table

Sbelum lengkap

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	kurang lengkap	11	84.6	84.6	84.6
	lengkap	2	15.4	15.4	100.0
	Total	13	100.0	100.0	

Ssudah lengkap

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	kurang lengkap	2	15.4	15.4	15.4
	lengkap	11	84.6	84.6	100.0
	Total	13	100.0	100.0	

Sbelum akurat

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	kurang akurat	12	92.3	92.3	92.3
	akurat	1	7.7	7.7	100.0
	Total	13	100.0	100.0	

Ssudah akurat

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	kurang akurat	3	23.1	23.1	23.1
	akurat	10	76.9	76.9	100.0
	Total	13	100.0	100.0	

NPar Tests

Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
Sbelum lengkap	13	1.15	.376	1	2
Ssudah lengkap	13	1.85	.376	1	2

McNemar Test

Crosstabs

Sbelum lengkap & Ssudah lengkap

Sbelum lengkap	Ssudah lengkap	
	1	2
1	2	9
2	0	2

Test Statistics^b

	Sbelum lengkap & Ssudah lengkap
N	13
Exact Sig. (2-tailed)	.004 ^a

a. Binomial distribution used.

b. McNemar Test

NPar Tests

Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
Sbelum akurat	13	1.08	.277	1	2
Ssudah akurat	13	1.77	.439	1	2

McNemar Test

Crosstabs

Sbelum akurat & Ssudah akurat

Sbelum akurat	Ssudah akurat	
	1	2
1	3	9
2	0	1

Test Statistics^b

	Sbelum akurat & Ssudah akurat
N	13
Exact Sig. (2-tailed)	.004 ^a

a. Binomial distribution used.

b. McNemar Test