



Bahan Ajar

Dokumentasi Keperawatan

Hj.ERİYANI,S.Kep.Ners.M.Kep.

PENERBIT

**Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan
Binalita Sudama Medan**

BAHAN AJAR
DOKUMENTASI KEPERAWATAN
STIKes BINALITA SUDAMA
MEDAN

Hj.ERİYANI,S.Kep.,Ners.,M.Kep.
NIDN: 0130126802

PENERBIT
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan BINALITA SUDAMA MEDAN
JL.GEDUNG PBSI NO. 1 PASAR V MEDAN ESTATE

BAHAN AJAR
DOKUMENTASI KEPERAWATAN
STIKes BINALITA SUDAMA
MEDAN

PENGARANG:

Hj.ERİYANI,S.Kep.,Ners.,M.Kep

Diterbitkan oleh:

**Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan BINALITA SUDAMA
JL.GEDUNG PBSI NO. 1 PASAR V
MEDAN ESTATE 20371**



CETAKAN PERTAMA, APRIL 2020

Hak cipta di lindungi undang-undang.
Dilarang memperbanyak buku ini sebagian atau seluruhnya dalam bentuk dan dengan cara apa pun, baik secara mekanis maupun elektronik termasuk fotokopi, rekaman, dan lain-lain tanpa izin tertulis dari penerbit.

ISBN 978-623-92851-3-5

BAHAN AJAR
DOKUMENTASI KEPERAWATAN
STIKes BINALITA SUDAMA
MEDAN

TIM PENYUSUN:

Pengarah:

Arya Novika Naulista, RO., M. Pd

Penanggung Jawab:

Berkat Panjaitan, S. Si., M. Pd

Penulis:

Hj.ERİYANI,S.Kep.,Ners.,M.Kep

Desain Cover:

Firli Aulia Rizky, Amd

Tim Editor

Firli Aulia Rizky, Amd

Kata Pengantar

Puji dan syukur kehadiran Allah SWT, atas segala rahmat dan karunia-Nya sehingga penyusunan Bahan Ajar Mata Kuliah Dokumentasi Keperawatan dapat penulis selesaikan dengan baik.

Bahan Ajar ini sudah disesuaikan dengan kurikulum Program Studi D-III Keperawatan Indonesia tahun 2014 dan sudah kami terapkan demi penyempurnaan proses pembelajaran di Program Studi D-III Keperawatan, STIKes Binalita Sudama Medan.

Bahan Ajar ini berisi materi-materi tentang konsep dasar dokumentasi, model-model dokumentasi, dokumentasi menurut NANDA, NIC dan NOC serta aspek legal dalam pendokumentasian aspek.

Pada kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih kepada Bapak Ibu Civitas Akademika Binalita Sudama yang sudah banyak membantu kami dalam proses pembuatan Bahan Ajar ini.

Penulis menyadari bahwa dalam penulisan Bahan Ajar ini masih banyak terdapat kekurangan, untuk itu penulis mengharapkan kritik dan saran yang membangun dari para pembaca sekalian

Akhirnya penulis ucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah ikut serta dalam membantu proses pembuatan Bahan Ajar ini, semoga Allah SWT yang akan membalas budi baik Bapak Ibu sekalian. Amin.

Medan, April 2020

Disusun oleh,

Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR.....i

DAFTAR ISI.....ii

BAB I KONSEP DOKUMENTASI

1.1	Pendahuluan	1
1.2	Pengertian Dokumentasi	1
1.3	Pengertian Dokumentasi Keperawatan	2
1.3.1	Kozier dan ERB	2
1.3.2	Ellis dan Nowlis.....	2
1.3.3	Jieger.....	2
1.3.4	Potter.....	2
1.4	Manfaat Dokumentasi Keperawatan	3
1.5	Tujuan Dokumentasi Keperawatan	4
1.6	Prinsip Dokumentasi Keperawatan	5
1.7	Standar Dokumentasi	7
1.7.1	Pengertian.....	7
1.7.2	Kegunaan.....	7
1.7.3	Karakteristik Umum.....	8
1.7.4	Standar Dokumentasi Keperawatan	8
1.7.5	Ciri-ciri Perawat Profesional.....	8

BAB II TEKNIK DOKUMENTASI DAN PELAPORAN

2.1	Pedoman Untuk Dokumentasi Pelaporan Kualitas	10
2.1.1	Dasar Faktual	10
2.1.2	Kelengkapan	10
2.1.3	Keterkinian.....	10
2.1.4	Organisasi	10
2.1.5	Kerahasiaan.....	11
2.1.6	Metode Pencatatan	11

2.2 Teknik Dokumentasi	11
2.2.1 Dokumentasi Naratif	11
2.2.2 Catatan Dokumentasi	11
2.2.3 Pencatatan dan Pengecualian	11
2.2.4 Catatan Fokus.....	12
2.2.5 Manajemen Kasus dan Jalur Kritis	12
2.2.6 Kardex Keperawatan.....	12
2.2.7 Catatan Perawatan Pasien 24 Jam dan Sistem Pencatatan Kekuatan.....	12
2.2.8 Standarisasi Asuhan Keperawatan	12
2.2.9 Dokumentasi Keperawatan Kesehatan Jangka Panjang.....	12
2.2.10 Dokumentasi Terkomputerisasi	13
2.3 Pelaporan.....	13
2.3.1 Tujuan Pelaporan	13
2.3.2 Macam-macam Laporan	13
2.3.2.1 Laporan Pergantian Shift.....	13
2.3.2.2 Laporan Lewat Telepon.....	13
2.3.2.3 Intruksi Lewat Telepon.....	14
2.3.2.4 Konferensi Rencana Asuhan	15

BAB III SISTEM INFORMASI KESEHATAN

3.1 Pendahuluan	16
3.2 Dasar Hukum Sistem Informasi Kesehatan	16
3.3 Pengertian Sistem Informasi Kesehatan	18
3.4 Tujuan Sistem Informasi Kesehatan	19
3.5 Manfaat Sistem Informasi Keperawatan.....	20
3.6 Perkembangan	20

BAB IV MODEL PENDOKUMENTASIAN ASUHAN KEPERAWATAN

4.1 Pendahuluan	22
4.2 Model Dokumentasi Keperawatan.....	22
4.2.1 Model Dokumentasi SOR (Source Oriented Record).....	23

4.2.2 Model Dokumentasi POR (Problem Oriented Record)	25
4.2.3 Model Dokumentasi POR (Progress Oriented Record)	28
4.2.4 Model Dokumentasi CBE (Charting By Exeption)	29
4.2.5 Model Dokumentasi PIE (Problem Intervention Evaluation).....	30
4.2.6 Model Dokumentasi POS (Process Oriented System).....	32
4.2.7 Sistem Dokumentasi Core.....	33

BAB V TEKNIK PENDOKUMENTASIAN ASUHAN KEPERAWATAN

5.1 Teknik Dokumentasi	35
5.2 Format Dokumentasi.....	35
5.3 Teknik Pencatatan Dokumentasi Asuhan Keperawatan	40
5.3.1 Naratif	40
5.3.2 Flowsheet (Bentuk Grafik).....	41
5.3.3 Checklist	42

BAB VI MODEL DOKUMENTASI KEPERAWATAN NANDA

(NIC dan NOC)

6.1 Pendahuluan	43
6.2 Tipe Intervensi Keperawatan	43
6.3 Intervensi NIC	44
6.4 Intervensi NOC	45
6.5 Daftar Diagnose NANDA, Intervensi NIC dan NOC	46

BAB VII SISTEM DOKUMENTASI MANUAL DAN ELEKTRONIK

7.1 Pendahuluan	102
7.2 Dokumentasi Secara Manual.....	103
7.3 Dokumentasi Keperawatan Elektronik	106
7.4 Dokumentasi Keperawatan Berbasis Teknologi Komputer	107
7.5 Manfaat Dokumentasi Keperawatan Berbasis Teknologi Komputer	108

BAB VIII ASPEK LEGAL PADA PENDOKUMENTASIAN

8.1 Petunjuk Cara Mendokumentasikan dengan benar	109
--	-----

8.2 Teknik Pencatatan	109
8.3 Aspek Legal Secara Hukum.....	110
8.4 Situasi Pada Tuntutan Hukum.....	111
8.5 Elemen Kecerobohan	111

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

BAB I

KONSEP DOKUMENTASI

1.1 Pendahuluan

Dokumentasi keperawatan merupakan unsur penting dalam sistem pelayanan kesehatan, karena adanya dokumentasi yang baik, informasi mengenai keadaan kesehatan pasien dapat diketahui secara berkesinambungan. Disamping itu dokumentasi merupakan dokumen legal tentang pemberian asuhan keperawatan.

Menurut Häyrikena (2010), asuhan keperawatan merupakan hal sangat penting bagi seorang perawat. Kemampuan memberikan pelayanan yang baik serta kemudian dapat secara efektif mengkomunikasikan tentang perawatan pasien tergantung pada seberapa baik kualitas informasi yang diberikan serta dokumentasi yang disediakan untuk dimanfaatkan oleh semua profesional kesehatan dan antar bidang pelayanan kesehatan.

1.2. Pengertian Dokumentasi.

Dokumen dalam bahasa Inggris berarti satu atau lebih lembar kertas resmi (official) dengan tulisan di atasnya. Secara umum dokumen dapat diartikan sebagai suatu catatan otentik yang dapat dibuktikan atau dijadikan bukti dalam persoalan hukum.

Dokumentasi didefinisikan sebagai segala sesuatu yang tertulis atau tercetak yang dapat diandalkan sebagai catatan tentang bukti bagi individu yang berwenang (Potter dan Perry, 2002).

Dokumentasi merupakan bagian integral proses keperawatan, bukan sesuatu yang berbeda dari metode problem solving. Dokumentasi proses keperawatan mencakup pengkajian, identifikasi masalah, perencanaan, tindakan, dan evaluasi terhadap pasien (Nursalam, 2009).

Dokumentasi adalah sekumpulan catatan otentik yang dapat dibuktikan atau dijadikan bukti dalam persoalan hukum.

Dokumentasi adalah setiap penglihatan / bukti fisik dapat berupa tulisan, foto, video klip, kaset dan lain-lain, yang telah dilakukan dan dapat dikumpulkan /

dipakai kembali (thyredot) atau semua data Otentik yang dapat dibuktikan secara hukum dan dapat dipertanggungjawabkan sesuai dengan aturan dan dapat digunakan untuk melindungi pasien (Informed Conccent).

Dokumentasi asuhan keperawatan adalah suatu catatan yang memuat seluruh data yang dibutuhkan untuk melakukan pengkajian menentukan diagnosis keperawatan, perencanaan keperawatan, tindakan keperawatan, dan penilaian keperawatan yang disusun secara sistematis, valid, dan dapat dipertanggungjawabkan secara moral dan hukum (Zaidin Ali, 2009)

1.3.Pengertian Dokumentasi Keperawatan.

1.3.1. Kozier dan ERB.

Metode sistematis untuk mengidentifikasi masalah pasien, merencanakan, mengimplementasi strategi pemecahan masalah, mengevaluasi efektifitas dari tindakan keperawatan yang telah diberikan.

1.3.2. Ellis dan Nowlis.

Metode pemecahan masalah dalam aspek yang telah diberikan meliputi 4 langkah : pengkajian, perencanaan, implementasi dan evaluasi.

1.3.3. Whole.

Sekelompok tindakan yang dilakukan untuk menentukan, merencanakan, mengimplementasi dan mengevaluasi aspek.

1.3.4. Jieger.

Proses pemecahan masalah dan diterapkan untuk mengambil keputusan tentang aspek pada pasien meliputi 5 langkah : pengkajian, diagnosa, perencanaan, implementasi dan evaluasi.

1.3.5. Potter

Dokumentasi sebagai segala sesuatu yang tercetak atau tertulis yang dapat diandalkan sebagai catatan tentang bukti bagi individu yang berwenang.

Dokumentasi adalah suatu catatan kegiatan yang dapat dipergunakan untuk mengungkapkan suatu fakta yang aktual dan dapat dipertanggung jawabkan (Keliat, 1990).

Pelaksanaan dokumentasi proses keperawatan juga sebagai salah satu alat ukur untuk mengetahui, memantau dan menyimpulkan suatu pelayanan asuhan keperawatan yang diselenggarakan di rumah sakit (Fisbach, 1991).

Kesimpulan :

Dokumentasi keperawatan adalah merupakan suatu proses asuhan keperawatan yang meliputi beberapa metode dan tahapan dalam pemecahan masalah yang diterapkan dengan cara yang sistematis dalam mengidentifikasi masalah kesehatan yang dihadapi oleh pasien atau pasien.

1.4. Manfaat Dokumentasi Keperawatan.

Dokumentasi keperawatan mempunyai makna penting. Hal ini bisa dilihat dari berbagai aspek antara lain:

Menurut Isti (2009), manfaat dan pentingnya dokumentasi keperawatan dilihat dari berbagai sudut pandang yaitu:

a. Hukum.

Dokumentasi dapat digunakan sebagai barang bukti di pengadilan. Oleh karena itu data-data harus diidentifikasi secara lengkap, jelas, obyektif dan ditanda tangani oleh perawat pelaksana, diberi tanggal dan perlu dihindari adanya penulisan yang dapat menimbulkan interpretasi yang salah.

b. Jaminan mutu.

Dengan pencatatan yang lengkap dan akurat akan membantu meningkatkan mutu pelayanan keperawatan

c. Komunikasi.

Dokumentasi keperawatan merupakan perekam terhadap masalah yang berkaitan dengan pasien yang bisa dijadikan pedoman dalam memberikan asuhan keperawatan bagi semua profesional kesehatan.

d. Keuangan.

Dokumentasi dapat menjadi sumber pertimbangan biaya perawatan.

e. Pendidikan.

Data yang ada dalam dokumentasi dapat menjadi sumber belajar

f. Penelitian

Data dalam dokumentasi dapat menjadi bahan penelitian

g. Akreditasi.

Melalui dokumentasi keperawatan akan dapat dilihat sejauh mana peran dan fungsi perawat dalam memberikan asuhan keperawatan pasien. Hal ini akan

bermanfaat bagi peningkatan mutu pelayanan dan bahan pertimbangan dalam kenaikan jenjang karir/kenaikan pangkat.

Sedangkan menurut Serri (2010), manfaat dokumentasi keperawatan adalah sbb:

- a. Bernilai hukum yaitu dokumentasi keperawatan dapat dijadikan sebagai bukti dalam persoalan yang berhubungan dengan dengan pelayanan kesehatan yang diberikan kepada pasien yang bersangkutan.
- b. Kualitas pelayanan yaitu memberi kemudahan dalam menyelesaikan masalah pelayanan kesehatan sehingga tercapai pelayanan kesehatan yang berkualitas.
- c. Sebagai alat komunikasi yaitu sebagai alat perekam terhadap masalah yang berkaitan dengan pasien.
- d. Terhadap keuangan yaitu sebagai acuan atau pertimbangan dalam biaya perawatan terhadap pasien.
- e. Terhadap pendidikan yaitu sebagai bahan atau referensi pembelajaran.
- f. Terhadap penelitian, sebagai bahan atau objek riset dalam pengembangan profesi keperawatan.
- g. Untuk akreditasi sebagai acuan untuk mengetahui sejauh mana peran dan fungsi perawat dalam memberikan asuhan keperawatan kepada pasien

1.5 Tujuan Dokumentasi Keperawatan.

Dokumentasi keperawatan mempunyai tujuan yang sangat penting dalam bidang keperawatan. Berikut ini beberapa pendapat mengenai tujuan dokumentasi keperawatan.

Menurut Isti (2009), tujuan utama dokumentasi keperawatan adalah:

- a. Sebagai sarana komunikasi.
- b. Sebagai tanggungjawab dan tanggungugat.
- c. Sebagai informasi statistik.
- d. Sebagai sarana pendidikan.
- e. Sebagai sumber data penelitian.
- f. Sebagai jaminan kualitas pelayanan kesehatan.
- g. Sebagai sumber data perencanaan asuhan keperawatan berkelanjutan.

Menurut Serri (2010), tujuan dokumentasi keperawatan adalah:

- a. Sebagai bukti kualitas asuhan keperawatan.
- b. Bukti legal dokumentasi sebagai pertanggungjawaban perawat kepada pasien.
- c. Menjadi sumber informasi terhadap perlindungan individu.
- d. Sebagai bukti aplikasi standar praktik keperawatan.
- e. Sebagai sumber informasi statistik untuk standar dan riset keperawatan.
- f. Dapat mengurangi biaya informasi terhadap pelayanan kesehatan.
- g. Sumber informasi untuk data yang harus dimasukkan dalam dokumen keperawatan yang lain sesuai dengan data yang dibutuhkan.
- h. Komunikasi konsep risiko asuhan keperawatan.
- i. Informasi untuk peserta didik keperawatan.
- j. Menjaga kerahasiaan informasi pasien.
- k. Sebagai sumber data perencanaan pelayanan kesehatan di masa yang akan datang.

Kesimpulan yang bisa diambil dari tujuan dokumentasi keperawatan adalah sebagai berikut:

- a. Membantu pelaksanaan asuhan yang diberikan secara team.
- b. Meningkatkan kecermatan dan mengurangi kesalahan.
- c. Membantu terwujudnya efektivitas dan efisiensi waktu.
- d. Menciptakan Dokumentasi yang legal.
- e. Sebagai sarana penelitian.
- f. Sebagai sarana statistik.
- g. Sebagai sarana Pendidikan.
- h. Sebagai sarana Audit / pemeriksaan.

1.6.Prinsip Dokumentasi Keperawatan.

Prinsip-prinsip dalam melakukan dokumentasi keperawatan yaitu:

- a. Dokumen merupakan suatu bagian integral dari pemberian asuhan keperawatan.
- b. Praktik dokumentasi bersifat konsisten.
- c. Tersedianya format dalam praktik dokumentasi.

- d. Dokumentasi hanya dibuat oleh orang yang melakukan tindakan atau mengobservasi langsung pasien.
- e. Dokumentasi harus dibuat sesegera mungkin.
- f. Catatan harus dibuat secara kronologis.
- g. Penulisan singkatan harus menggunakan istilah yang sudah berlaku umum dan seragam.
- h. Tuliskan tanggal, jam, tanda tangan, dan inisial penulis.
- i. Catatan harus akurat, benar, komplit, jelas, ringkas, dapat dibaca, dan ditulis dengan tinta.
- j. Dokumentasi adalah rahasia dan harus disimpan dengan benar.

Panduan cara mendokumentasikan asuhan keperawatan yang benar, menurut Potter dan Perry (1994) adalah sebagai berikut:

- a. Jangan menghapus dengan menggunakan cairan penghapus atau mencoret - coret tulisan yang salah ketika mencatat, karena akan tampak perawat seakan akan menyembunyikan informasi atau merusak catatan. Adapun cara yang benar adalah dengan membuat garis lurus pada tulisan yang salah (usahakan tulisan yang salah masih bisa dibaca), lalu diparaf pada bagian terakhir kalimat yang salah kemudian diikuti dengan tulisan kata yang benar.
- b. Jangan menulis komentar yang bersifat mengkritik pasien atau tenaga kesehatan lainnya, karena pernyataan tersebut dapat dinilai sebagai perilaku tidak profesional atau asuhan keperawatan yang tidak bermutu.
- c. Koreksi semua kesalahan sesegera mungkin.
- d. Bila kesalahan tidak segera diperbaiki maka dapat menyebabkan kesalahan tindakan pula.
- e. Catatan harus akurat, valid dan reliabel. Pastikan yang ditulis adalah fakta, jangan berspekulasi atau menuliskan pikiran sendiri.
- f. Jangan biarkan bagian kosong pada catatan perawat, karena orang lain dapat menambah informasi yang tidak benar pada bagian yang kosong tersebut.
- g. Semua catatan harus dapat dibaca dan ditulis dengan tinta.
- h. Menulis hanya untuk diri sendiri karena perawat bertanggungjawab atas informasi yang telah dituliskannya. Jangan menulis untuk orang lain.

- i. Hindari penggunaan istilah yang bersifat tidak umum.
- j. Memulai dokumentasi dengan waktu dan akhiri dengan tanda tangan dan nama jelas.

1.7. Standar Dokumentasi

Dalam melakukan tugasnya perawat menempati posisi terdepan dari sistem pelayanan kesehatan di ruang rawat inap karena perawatlah yang secara terus-menerus selama 24 jam memantau perkembangan pasien dari sudut biopsikososiokultural dan spiritual. Dengan demikian peningkatan mutu pelayanan kesehatan serta keberhasilan pelayanan di rumah sakit sangat bergantung pada keberhasilan asuhan keperawatan yang dilakukan di rumah sakit tersebut.

Mudah dipahami bila proses asuhan keperawatan tidak dilaksanakan dengan baik akan menyebabkan mutu pelayanan keperawatan menjadi kurang baik pula dan dengan demikian mutu pelayanan kesehatan rumah sakit secara keseluruhan menjadi tidak memuaskan pasien. Agar mempunyai nilai hukum maka penulisan suatu dokumentasi keperawatan sangat dianjurkan untuk memenuhi standar profesi.

1.7.1. Pengertian

Standar dokumentasi adalah pernyataan tentang kualitas dan kuantitas dokumentasi dipertimbangkan secara baik untuk memperkuat pola pencatatan dan sebagai petunjuk atau pedoman pendokumentasian dalam tindakan keperawatan. Perawat memerlukan standar dokumentasi sebagai petunjuk dan arah agar tidak terjadi penyimpangan dan melakukan teknik pencatatan dengan benar.

Standar dokumentasi merupakan kebijakan / garis penentuan terhadap tindakan keperawatan yang diberikan atau ukuran / model terhadap hal yang sama tepat dan akurat.

1.7.2. Kegunaan

Mengorganisasikan kualitas karakteristik dan penampilan kerja dalam praktek keperawatan.

1.7.3. Karakteristik umum

Berdasarkan pada pengertian keperawatan dan proses keperawatan, menerapkan seluruh sistem praktek keperawatan dan menuntun tindakan keperawatan serta mendukung tingkat keperawatan yang optimal.

1.7.4. Standar dokumentasi keperawatan

Standar 1: Pengumpulan Data NCP sistematis tentang status kesehatan pasien.

Data yang diperoleh dibicarakan lalu ditulis/ direkam.

Standar 2: Diagnosa keperawatan yang didapat dari data status kesehatan.

Standar 3: Rencana keperawatan dan hasil yang diharapkan diperoleh dari diagnosa keperawatan.

Standar 4: Rencana keperawatan secara medi termasuk pendekatan secara medis
Untuk mengukur kemajuan penyakit yang di dapat pada diagnosa keperawatan.

Standar 5: Sikap perawat terhadap pasien sangat diperlukan bagi proses penyembuhan.

Standar 6: Sikap perawat menolong pasien untuk meningkatkan kemampuan terhadap kesehatan.

Standar 7: Kemajuan dan kemunduran kesehatan pasien ditentukan oleh pasien dan perawat.

Standar 8:Kemajuan dan kemunduran dicatat dan didokumentasikan serta direvisi untuk rencana keperawatan selanjutnya.

1.7.5. Ciri-ciri perawat profesional.

Menurut Shortridge adalah sebagai berikut :

- a. Berorientasi pada pelayanan masyarakat
- b. Pelayanan keperawatan yang diberikan di dasarkan pada ilmu pengetahuan
- c. Adanya otonomi
- d. Memiliki kode etik

Menurut prof. Ma'rifin Husin adalah sebagai berikut :

- a. Memberi pelayanan atau asuhan dan melakukan penelitian sesuai dengan kaidah ilmu dan keterampilan serta kode etik keperawatan

- b. Telah lulus dari pendidikan pada jenjang perguruan tinggi sehingga diharapkan mampu untuk bersikap profesional, mempunyai pengetahuan dan keterampilan profesional, memberi pelayanan asuhan keperawatan profesional, dan menggunakan etika keperawatan dalam memberi pelayanan.

Secara singkat keperawatan sebagai suatu profesi setidaknya harus mempunyai ciri-ciri sebagai berikut :

- a. Mempunyai ilmu pengetahuan dan dikembangkan secara terus menerus melalui penelitian
- b. Memiliki standar pendidikan
- c. Pelayanan dan praktek keperawatan
- d. Memiliki otonomi dan organisasi profesi
- e. Mempunyai kode etik profesi

BAB II

TEKNIK DOKUMENTASI DAN PELAPORAN

2.1. Pedoman Untuk Dokumentasi Pelaporan Kualitas

2.1.1. Dasar Faktual

Informasi tentang pasien dan perawatan mereka harus berdasarkan fakta. Catatan harus berdasarkan deskripsi, informasi objektif tentang apa yang perawat lihat, dengar, rasakan, dan cium (Egglend, 1993). Suatu deskripsi objektif adalah hasil dari pengamatan dan pengukuran langsung. Informasi faktual tidak akan menyebabkan salah arah atau salah interpretasi.

2.1.2. Kelengkapan

Informasi dalam data entri yang di catatkan atau laporan harus lengkap, mengandung informasi singkat, lengkap tentang perawatan pasien. Data yang singkat mudah di pahami. Catatan yang panjang sulit untuk dibaca. Catatan yang singkat atau tidak jelas atau dengan singkatan dapat memberikan kesan bahwa asuhan keperawatan dilakukan dengan terburu-buru atau tidak lengkap.

2.1.3. Keterkinian

Mengentri data secara tepat waktu sangat penting dalam melakukan perawatan pasien (JCAHO, 1995). Aktivitas atau temuan yang harus dikomunikasikan pada waktu terjadinya pemberian askep mencakup hal-hal yang berikut: Tanda-tanda vital, pemberian medikasi atau pengobatan, persiapan untuk pemeriksaan diagnostik atau pembedahan, perubahan status, penerimaan, pemindahan, pemulangan, atau kematian pasien, pengobatan untuk perubahan mendadak dalam status kesehatan.

2.1.4. Organisasi

Perawat mengkomunikasikan informasi dalam format atau urutan yang logis. Anggota tim perawatan kesehatan akan dapat memahami informasi lebih baik bila informasi tersebut disajikan sesuai dengan ketika informasi tersebut terjadi. Sebagai contoh, suatu catatan teratur menggambarkan nyeri pasien, pengkajian dan intervensi perawat, pesanan dokter dalam urutan kejadian logis.

2.1.5. Kerahasiaan

Komunikasi yang terjaga adalah pemberitahuan yang diberikan oleh seseorang ke orang lain dengan kepercayaan dan keyakinan bahwa informasi tersebut tidak akan dibocorkan. Hukum melindungi informasi tentang pasien yang dikumpulkan melalui pemeriksaan, pengamatan, percakapan, atau pengobatan.

2.1.6. Metode Pencatatan

Kualitas dokumentasi secara konstan berada dibawah tinjauan manajer perawat sesuai dengan upaya mereka untuk menemukan cara untuk membantu perawat memperbaiki pencatatan informasi. Perawat yang secara langsung terlibat dalam perawatan pasien sering memiliki kesulitan dalam mendokumentasikan secara menyeluruh perawatan pasien mereka. Masalah ini menyebabkan lebih banyak menuliskan catatan disamping tempat tidur pasien dan penciptaan lembar alur.

2.2. Teknik Dokumentasi

2.2.1. Dokumentasi Naratif

Dokumentasi naratif adalah metode kuno untuk pencatatan asuhan keperawatan. Metode ini hanya menggunakan format seperti cerita untuk mendokumentasikan informasi spesifik tentang kondisi pasien dan asuhan keperawatan. Sekarang ini, pencatatan naratif jarang menjadi metode pendokumentasian primer dan telah digantikan dengan format lain. Namun demikian, pendokumentasian naratif dianggap sebagai bentuk pencatatan yang kurang disenangi disebagian besar lingkungan keperawatan.

2.2.2. Catatan Dokumentasi

Dalam catatan sumber, catatan pasien diatur sehingga setiap dishiftlin mempunyai bagian terpisah untuk mencatat data. Tidak seperti POMR, informasi tidak diatur berdasarkan masalah pasien.

2.2.3. Pencatatan dan Pengecualian

Pencatatan dengan pengecualian adalah suatu pendekatan inovatif yang digunakan untuk meringkas dokumentasi. Pencatatan dengan pengecualian mengurangi pengulangan dan waktu yang digunakan dalam pencatatan.

2.2.4. Catatan Fokus

Format lain untuk dokumentasi adalah pencetakan fokus. Format pencatatan ini memungkinkan pendokumentasian segala situasi pasien. Setiap entri termasuk data, tindakan, dan respons pasien.

2.2.5. Manajemen Kasus dan Jalur Kritis

Model manajemen kasus dari pemberian perawatan memadukan pendekatan multidishiflin ilmu untuk mendokumentasikan perawatan pasien. Rencana yang telah di standarkan di ringkas ke dalam jalur kritis, yang merupakan rencana perawatan multidishiflin terpadu untuk masalah, intervensi penting, hasil yang diharapkan dari pasien dengan penyakit atau kondisi spesifik.

2.2.6. Kardex Keperawatan

Informasi keperawatan yang diperlukan untuk perawatan pasien sehari - hari tersedia selalu dalam kardex keperawatan. Kardex adalah kartu lipat balik yang biasanya di simpan dalam file indexs portabel atau buku catatan ruang perawat.

2.2.7. Catatan Perawatan Pasien 24 Jam dan Sistem Pencatatan Kekuatan

Konsolidasi catatan keperawatan kedalam sistem yang mengakomodasi periode 24-jam, sering digunakan. Menurut Addy Keller dan McElwaney (1993), sistem pemeliharaan catatan 24-jam penting dalam menghilangkan format penyimpanan catatan yang tidak diperlukan.

2.2.8. Standarisasi Asuhan Keperawatan

Meski setiap perawat Profesional bertanggung jawab untuk menggabungkan sesuatu rencana perawatan yang bersifat individual, proses penulisan rencana tersebut membutuhkan banyak waktu. Perawat yang merawat beberapa pasien mungkin harus menulis rencana perawatan yang ekstensif.

2.2.9. Dokumentasi Perawatan Kesehatan Jangka Panjang

Jumlah individu lansia yang terus meningkat membutuhkan perawatan dalam fasilitas perawatan kesehatan jangka panjang. Kondisi akut individu terus meningkat sejalan dengan pasien geriatrik yang mengalami lebih banyak kesulitan disebabkan karena usia mereka.

2.2.10. Dokumentasi Terkomputerisasi

Komputer digunakan dalam fasilitas perawatan kesehatan dalam berbagai cara. Teknologi yang ada sangat tidak terbatas, dan masa mendatang menjanjikan potensi yang sangat besar sekali karena dampak komputerisasi dalam sistem pelayanan perawatan kesehatan.

2.3. Pelaporan

2.3.1. Tujuan Pelaporan .

Tujuan pelaporan adalah menyampaikan informasi spesifik pada seseorang ataupun kelompok orang. Laporan, apakah lisan atau tulisan, harus singkat, yang mencakup informasi yang berhubungan, tetapi bukan detail yang tidak berhubungan. Selain laporan pergantian shift dan laporan telepon, pelaporan juga dapat mencakup pencapaian informasi atau ide dengan rekan sejawat dan profesi kesehatan lain tentang beberapa aspek perawatan pasien. Contohnya meliputi konferensi rencana perawat dan ronde keperawatan`

2.3.2. Macam-Macam Laporan :

2.3.2.1. Laporan Pergantian Shift

Laporan pergantian shift adalah laporan yang diberikan kepada semua perawat pada shift berikutnya. Tujuannya adalah memberikan kontinuitas asuhan kepada pasien dengan memberikan pemberi asuhan yang baru, ringkasan cepat tentang kebutuhan pasien dan detail keperawatan yang akan diberikan.

Laporan pergantian shift dapat berupa tulisan atau diberikan melalui lisan, baik melalui pertukaran langsung atau pencatatan audio tape. Laporan langsung memungkinkan pendengar untuk mengajukan pertanyaan selama pelaporan. Laporan tertulis dan laporan tape recorder sering kali lebih singkat dan tidak memakan waktu. Laporan kadang kala diberikan di samping tempat tidur dan pasien juga perawat dapat berpartisipasi dalam pertukaran informasi.

2.3.2.2. Laporan Lewat Telepon

Profesi kesehatan sering kali melaporkan tentang pasien melalui telepon. Perawat menginformasikan kepada dokter tentang perubahan kondisi pasien; ahli radiologi melaporkan hasil pemeriksaan sinar-x; perawat mungkin melaporkan

kepada perawat di unit lain tentang pasien yang dipindahkan. Perawat yang menerima laporan telepon harus mendokumentasikan tanggal dan waktu, nama orang yang diberikan informasi, dan subjek informasi yang diterima, serta menandatangani notasi. Misalnya :6/10/19 pukul 15:35 wib, Heriani, teknisi laboratorium melaporkan melalui telepon bahwa leukosit Ny. Amelia adalah 15.000 ml, Hb : 9 gr/%, LED : 20.

Jika ada keraguan tentang informasi yang diberikan melalui telepon, orang yang menerima informasi harus mengulangi informasi kembali kepada pengirim untuk memastikan akurasi. Ketika memberikan laporan telepon kepada dokter, penting sekali perawat menyampaikan laporan dengan singkat dan akurat. Mulai dengan nama dan hubungan dengan pasien (misalnya, “Ini Perawat Julianti; saya menghubungi dokter terkait dengan pasien Anda, yang bernama Ermanto, diagnosa medis hipertensi, saat ini TD: 150/100 mmHg, Nadi: 90 x/mnt, T: 37°C. Saya adalah perawat yang bertugas pada shift sore pukul 14.00 sampai 20.00 WIB”).

Laporan telepon biasanya mencakup nama pasien dan diagnosis medis, perubahan dalam pengkajian keperawatan, tanda-tanda vital yang berhubungan dengan pemeriksaan fisik dasar, data laboratorium yang signifikan, dan intervensi keperawatan yang berhubungan. Perawat harus menyiapkan catatan pasien untuk memberikan informasi lebih lanjut kepada dokter. Setelah pelaporan, perawat harus mendokumentasikan tanggal, waktu, dan isi berita. Misalnya : Endriano masuk rumah sakit pada pukul 16.00 WIB; mengeluh nyeri ulu hati rasanya seperti terbakar. TD: 130/80 mmHg, N:80 x/mnt, RR: 20 x/mnt, saat masuk RS telah diberikan Inj. Ketorolac 100 mg IM. Pada pukul 18.15 WIB, TD: 140/70 mmHg, N:90 x/mnt, RR: 30 x/mnt. Nyeri tidak berubah. Warna kulit pucat dan diaforesis. Dilaporkan melalui telepon kepada Dr. Herman pada pukul 17.20 WIB, tertanda : Perawat Miala

2.3.2.3. Instruksi Lewat Telepon

Dokter sering kali memprogramkan suatu terapi (seperti: obat) untuk pasien melalui telepon. Kebanyakan instansi memiliki kebijakan khusus tentang

instruksi lewat telepon. Banyak instansi hanya mengizinkan perawat yang sudah memiliki STR untuk menerima instruksi lewat telepon.

Ketika dokter memberikan instruksi :

1. Tulis dan ulangi kembali instruksi tersebut kepada dokter untuk memastikan akurasi dari instruksi tersebut.
2. Tanyakan kepada dokter setiap instruksi yang ambigu, tidak lazim (misalnya:apabila ada instruksi dosis obat yang sangat tinggi), atau bila ada kontra indikasi dengan kondisi pasien tersebut.
3. Tuliskan instruksi pada lembar instruksi dokter, yang menunjukkan instruksi sebagai instruksi verbal (Verbal Order) atau instruksi telepon (Telephone Order).
4. Setelah instruksi dituliskan pada lembar instruksi dokter, instruksi harus ditandatangani oleh dokter dalam periode waktu yang diatur oleh kebijakan instansi. Banyak rumah sakit perawatan akut mengharuskan penandatanganan ini dilakukan dalam waktu 24 jam.

2.3.2.4.Konferensi Rencana Asuhan

Konferensi rencana asuhan adalah pertemuan sekelompok perawat untuk mendiskusikan kemungkinan solusi terhadap masalah tertentu seorang pasien, misalnya, ketidakmampuan untuk mengatasi peristiwa atau kemajuan kurang untuk pencapaian tujuan. Konferensi rencana asuhan keperawatan memberikan kesempatan kepada setiap perawat memberikan opini tentang kemungkinan solusi masalah. Profesi kesehatan lain mungkin diundang untuk menghadiri konferensi guna memberikan keahlian mereka. Misalnya, petugas dinas sosial mungkin mendiskusikan masalah keluarga dari anak yang luka bakar parah, atau ahli diet mungkin mendiskusikan masalah diet pasien penyakit diabetes mellitus.

Konferensi rencana asuhan keperawatan paling efektif ketika suasana yang saling menghargai dapat terjalin yakni, penerimaan tanpa menghakimi terhadap orang lain walaupun nilai, opini, dan keyakinan mereka mungkin ada perbedaan. Perawat harus menerima dan menghormati kontribusi setiap individu, mendengarkan dengan pikiran terbuka tentang apa yang mereka katakan walaupun berbeda pendapat.

BAB III

SISTEM INFORMASI KESEHATAN

3.1.Pendahuluan

Sistem Informasi Kesehatan (SIK) merupakan salah satu bagian penting yang tidak dapat dipisahkan dari Sistem Kesehatan di suatu negara. Kemajuan atau kemunduran Sistem Informasi Kesehatan selalu berkorelasi dan mengikuti perkembangan Sistem Kesehatan. Kemajuan Teknologi Informasi dan Komunikasi (TIK) bahkan mempengaruhi Sistem Pemerintahan yang berlaku di suatu negara. Suatu system yang terkonsep dan terstruktur dengan baik akan menghasilkan Output yang baik juga. Sistem informasi kesehatan merupakan salah satu bentuk pokok Sistem Kesehatan Nasional (SKN) yang dipergunakan sebagai dasar dan acuan dalam penyusunan berbagai kebijakan, pedoman dan arahan penyelenggaraan pembangunan kesehatan serta pembangunan berwawasan kesehatan.

Dengan sistem Informasi kesehatan yang baik maka akan membuat masyarakat tidak buta dengan semua permasalahan kesehatan. Dan mau membawa keluarganya berobat dengan mudah bukan lagi dengan birokrasi yang rumit yang membuat masyarakat enggan membawa anggota keluarganya berobat di pelayanan kesehatan yang disediakan oleh pemerintah. Dengan maraknya perkembangan media dan teknologi seharusnya membuat masyarakat dan khususnya para mahasiswa kesehatan masyarakat melek akan kemajuan berinovasi terhadap sistem informasi kesehatan Indonesia.

Berdasarkan pada fakta yang terjadi di masyarakat pada saat ini seharusnya bisa dijadikan bahan evaluasi dan pertimbangan untuk dapat membentuk sistem informasi kesehatan yang sesuai dengan yang dibutuhkan oleh masyarakat. Dengan banyaknya referensi yang ada pada saat ini bisa dijadikan rumusan yang tepat dalam membuat sistem informasi kesehatan yang tepat guna.

3.2.Dasar Hukum Sistem Informasi Kesehatan

Ada beberapa dasar hukum pengembangan sistem informasi kesehatan di Indonesia:

1. Kepmenkes Nomor 004/Menkes/SK/I/2003 tentang kebijakan dan strategi desentralisasi bidang kesehatan. Desentralisasi pelayanan publik merupakan salah satu langkah strategis yang cukup populer dianut oleh negara-negara di Eropa Timur dalam rangka mendukung terciptanya *good governance*. Salah satu motivasi utama diterapkannya kebijaksanaan ini adalah bahwa pemerintahan dengan sistem perencanaan yang sentralistik seperti yang telah dianut sebelumnya terbukti tidak mampu mendorong terciptanya suasana yang kondusif bagi partisipasi aktif masyarakat dalam melakukan pembangunan. Tumbuhnya kesadaran akan berbagai kelemahan dan hambatan yang dihadapi dalam kaitannya dengan struktur pemerintahan yang sentralistik telah mendorong dipromosikannya pelaksanaan strategi desentralisasi.
2. Kepmenkes RI Nomor 511 tahun 2002 tentang Kebijakan Strategi Pengembangan Sistem Informasi Kesehatan Nasional (SIKNAS) dan Kepmenkes Nomor 932/Menkes/SK/VIII/2002 tentang petunjuk pelaksanaan pengembangan sistem laporan informasi kesehatan Kabupaten/Kota
3. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 837 tahun 2007 tentang Pengembangan Jaringan Komputer Online Sistem Informasi Kesehatan Nasional

Ketiga Keputusan Menteri Kesehatan tersebut dikembangkan menjadi berbagai strategi, yaitu:

1. Integrasi dan simplifikasi pencatatan dan pelaporan yang ada
2. Penetapan dan pelaksanaan sistem pencatatan dan pelaporan
3. Fasilitasi pengembangan sistem-sistem informasi kesehatan daerah
4. Pengembangan teknologi dan sumber daya
5. Pengembangan pelayanan data dan informasi untuk manajemen dan pengambilan keputusan
6. Pengembangan pelayanan data dan informasi untuk masyarakat

Berdasarkan keputusan tersebut, direncanakan beberapa indikator pencapaian setiap tahunnya, yaitu:

1. Terselenggaranya jaringan komunikasi data integrasi antara 80% dinas kesehatan Kabupaten/Kota, dan 100% dinas kesehatan Provinsi dengan Kementerian Kesehatan
2. Terselenggaranya jaringan komunikasi data online terintegrasi antara 90% Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, 100% Dinas Kesehatan Provinsi, 100% Rumah Sakit Pusat, 100% Unit Pelaksana Teknis Pusat dengan Kementerian Kesehatan
3. Terselenggaranya jaringan komunikasi data online terintegrasi antara seluruh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, Dinas Kesehatan Provinsi, Rumah Sakit dan UPT Pusat dengan Kementerian Kesehatan

Dari beberapa hal tersebut, maka pemerintah berupaya mengembangkan sistim informasi kesehatan yang sesuai dengan keunikan dan karakteristiknya. Pengembangan Sistim Informasi Kesehatan Daerah melalui perangkat lunak atau website, seperti: SIMPUS, SIMRS, SIKDA, dsb.

3.3. Pengertian Sistem Informasi Kesehatan

Pengertian **Sistem Informasi Kesehatan (SIK)** adalah gabungan perangkat dan prosedur yang digunakan untuk mengelola siklus informasi (mulai dari pengumpulan data sampai pemberian umpan balik informasi) untuk mendukung pelaksanaan tindakan yang tepat dalam perencanaan, pelaksanaan dan pemantauan kinerja sistem kesehatan.

Sistem informasi kesehatan adalah integrasi antara perangkat, prosedur dan kebijakan yang digunakan untuk mengelola siklus informasi secara sistematis untuk mendukung pelaksanaan manajemen kesehatan yang terpadu dan menyeluruh dalam kerangka pelayanan kesehatan kepada masyarakat. Dalam literature lain menyebutkan bahwa SIK adalah suatu sistem pengelolaan data dan informasi kesehatan di semua tingkat pemerintahan secara sistematis dan terintegrasi untuk mendukung manajemen kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan kepada masyarakat.

Menurut WHO, Sistem Informasi Kesehatan merupakan salah satu dari 6 “*building block*” atau komponen utama dalam sistem kesehatan di suatu negara.

Keenam komponen (*building block*) sistem kesehatan tersebut adalah:

1. *Service delivery* (pelaksanaan pelayanan kesehatan)
2. *Medical product, vaccine, and technologies* (produk medis, vaksin, dan teknologi kesehatan)
3. *Health workforce* (tenaga medis)
4. *Health system financing* (sistem pembiayaan kesehatan)
5. *Health information system* (sistem informasi kesehatan)
6. *Leadership and governance* (kepemimpinan dan pemerintah)

Sedangkan di dalam tatanan Sistem Kesehatan Nasional, SIK merupakan bagian dari sub sistem ke 6 yaitu pada sub sistem manajemen, informasi dan regulasi kesehatan. Dengan demikian, dapat disimpulkan bahwa sistem informasi kesehatan merupakan suatu sarana sebagai penunjang pelayanan kesehatan yang diberikan kepada masyarakat.

Sistem informasi kesehatan yang efektif memberikan dukungan informasi bagi proses pengambilan keputusan di semua jenjang, bahkan di Puskesmas atau Rumah Sakit kecil sekalipun. Bukan hanya data, namun juga informasi yang lengkap, tepat, akurat, dan cepat yang dapat disajikan dengan adanya sistem informasi kesehatan yang tertata dan terlaksana dengan baik.

3.4. Tujuan Sistem Informasi Kesehatan

Tujuan dari dikembangkannya sistem informasi kesehatan adalah:

1. Sistem Informasi Kesehatan (SIK) merupakan subsistem dari Sistem Kesehatan Nasional (SKN) yang berperan dalam memberikan informasi untuk pengambilan keputusan di setiap jenjang administratif kesehatan baik di tingkat pusat, provinsi, kabupaten/kota atau bahkan pada tingkat pelaksana teknis seperti Rumah Sakit ataupun Puskesmas
2. Dalam bidang kesehatan telah banyak dikembangkan bentuk-bentuk Sistem Informasi Kesehatan (SIK), dengan tujuan dikembangkannya berbagai bentuk SIK tersebut adalah agar dapat mentransformasi data yang tersedia melalui sistem pencatatan rutin maupun non rutin menjadi sebuah informasi.

3.5. Manfaat Sistem Informasi Kesehatan

World Health Organisation (WHO) menilai bahwa investasi sistem informasi kesehatan mempunyai beberapa manfaat antara lain:

1. Membantu pengambil keputusan untuk mendeteksi dan mengendalikan masalah kesehatan, memantau perkembangan dan meningkatkannya
2. Pemberdayaan individu dan komunitas dengan cepat dan mudah dipahami, serta melakukan berbagai perbaikan kualitas pelayanan kesehatan.

Adapun manfaat adanya sistem informasi kesehatan dalam suatu fasilitas kesehatan diantaranya:

1. Memudahkan setiap pasien untuk melakukan pengobatan dan mendapatkan pelayanan kesehatan
2. Memudahkan fasilitas kesehatan untuk mendaftarkan setiap pasien yang berobat
3. Semua kegiatan di fasilitas kesehatan terkontrol dengan baik (bekerja secara terstruktur)

3.6. Perkembangan

Perkembangan informasi kesehatan di Indonesia telah mengalami tiga pembagian masa sebagai berikut:

1. Era manual (sebelum tahun 2005)
2. Era transisi (tahun 2005 – 2011)
3. Era komputerisasi (mulai tahun 2012)

Masing-masing era sistem informasi kesehatan memiliki karakteristik yang berbeda sebagai bentuk adaptasi dengan perkembangan teknologi informasi dan komunikasi. Dalam upaya mengatasi fragmentasi data, pemerintah sedang mengembangkan aplikasi yang disebut dengan Sistem Aplikasi Daerah (SikDa) Generik. Sistem Informasi Kesehatan berbasis Generik mempunyai ciri-ciri sebagai berikut:

1. Input pencatatan dan pelaporan berbasis elektronik (computerized)
2. Input data hanya dilakukan di tempat adanya pelayanan kesehatan
3. Tidak ada duplikasi (hanya dilakukan satu kali)

4. Akurat, tepat, hemat sumber daya (efisien) dan transparan. Terjadi pengurangan beban kerja sehingga petugas memiliki waktu tambahan untuk melayani pasien atau masyarakat.

Dalam perkembangannya sistim informasi kesehatan dapat dikelompokkan menjadi dua (berdasarkan pada karakteristik integrasi sistim informasi), yaitu:

- A. Sistem informasi yang mempunyai derajat integritas internal yang tinggi
 1. Sistim informasi rekam medis elektronik
 2. Sistim informasi manajemen dokumen
 3. Sistim informasi farmasi
 4. Sistim informasi geografis
 5. Sistim pendukung pengambilan keputusan kesehatan
 6. Sistim informasi eksekutif
 7. Data warehouse dan datamining
- B. Sistem informasi yang mempunyai derajat integrasi eksternal yang tinggi
 1. Telemedicine
 2. Internet, intranet, ekstranet
 3. Sistem informasi kesehatan publik.

BAB IV

MODEL PENDOKUMENTASIAN ASUHAN KEPERAWATAN

4.1.Pendahuluan

Aspek komunikasi, dokumentasi keperawatan dan standar dokumentasi merupakan tiga aspek penting dalam pendokumentasian. Perawat harus memahami aspek tersebut dalam mendokumentasikan asuhan keperawatan demi upaya meningkatkan kualitas pendokumentasian asuhan keperawatan.

a. Komunikasi

Komunikasi yang efektif memungkinkan perawat untuk mengkomunikasikan kepada rekan sejawat atau tenaga kesehatan lainnya tentang apa yang sudah, sedang dan yang akan dilakukan.

b. Dokumentasi keperawatan

Dokumentasi yang dimaksud meliputi pengkajian, perumusan diagnosa, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi. Proses keperawatan merupakan metode yang tepat dan memberi kontribusi yang positif bagi pasien jika dilaksanakan dengan baik dan benar.

c. Standar dokumentasi

Standar dokumentasi merupakan standar yang dibuat untuk mengukur kualitas dan kuantitas dokumentasi keperawatan. Standar ini juga bisa dimanfaatkan sebagai pedoman praktik dalam memberikan tindakan keperawatan.

4.2.Model dokumentasi keperawatan

Model dokumentasi keperawatan merupakan model dokumentasi dimana data-data pasien dimasukkan kedalam suatu format, catatan dan prosedur dengan tepat yang dapat memberikan gambaran perawatan secara lengkap dan akurat. Dalam catatan ini dapat diketahui secara jelas siapa yang mencatat, dimana catatan dibuat, bagaimana cara mencatat, kapan catatan dibuat dan dibutuhkan, dan dalam bentuk apa catatan tersebut dibuat. Sedangkan teknik dokumentasi keperawatan merupakan cara menggunakan dokumentasi keperawatan kedalam proses keperawatan.

Ada beberapa model dokumentasi keperawatan yang bisa kita pakai dan terapkan dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien. Adapun model dokumentasi yang akan kita bahas dalam buku ini terdiri dari 7 komponen, yaitu:

1. Model Dokumentasi SOR (Source-Oriented-Record).
2. Model Dokumentasi POR (Problem-Oriented-Record).
3. Model Dokumentasi POR (Progress-Oriented-Record).
4. Model Dokumentasi CBE (Charting By Exeption).
5. Model Dokumentasi PIE (Problem-Intervention-Evaluation).
6. Model Dokumentasi POS (Process-Oriented-System).
7. Sistem Dokumentasi Core.

4.2.1. Model Dokumentasi SOR (Source Oriented Record)

Model dokumentasi SOR (source-oriented-record) merupakan model dokumentasi yang berorientasi pada sumber informasi. Model ini menempatkan catatan atas dasar disiplin orang atau sumber yang mengelola pencatatan. Dokumentasi dibuat dengan cara setiap anggota tim kesehatan membuat catatan sendiri dari hasil observasi. Kemudian, semua hasil dokumentasi dikumpulkan menjadi satu. Sehingga masing-masing anggota tim kesehatan melaksanakan kegiatan sendiri tanpa bergantung dengan anggota tim kesehatan yang lain.

Misalnya, kumpulan dokumentasi yang bersumber dari dokter, bidan, perawat, fisioterapi, ahli gizi, dan lain-lain. Dokter menggunakan lembar untuk mencatat instruksi, lembaran riwayat penyakit dan perkembangan penyakit. Bidan menggunakan catatan kebidanan, begitu pula disiplin lain mempunyai catatan masing-masing. Model ini dapat diterapkan pada pasien rawat inap, yang didalamnya terdapat catatan pesan Dokter yang ditulis oleh Dokter, dan riwayat keperawatan yang ditulis oleh perawat. Namun demikian, secara umum catatan ini berupa pesan Dokter. Catatan-catatan dalam model ini ditempatkan atas dasar disiplin orang atau sumber yang mengolah pendokumentasian.

Model dokumentasi SOR ini dapat dibuat dengan formulir grafik, format pemberian obat, format catatan perawat termasuk riwayat penyakit pasien, riwayat perawatan dan perkembangan pasien, pemeriksaan laboratorium dan pemeriksaan

diagnostik, formulir masuk Rumah sakit dan formulir untuk tindakan operasi yang ditandatangani oleh pasien dan keluarga.

Model dokumentasi SOR terdiri dari 5 komponen, yaitu:

- a. Lembar penerimaan berisi biodata.
- b. Lembar instruksi Dokter.
- c. Lembar riwayat medis atau penyakit.
- d. Catatan Perawat.
- e. Catatan dan laporan khusus.

Gambar 1 : Format Model Dokumentasi SOR (*Source-Oriented-Record*)

Tanggal		Waktu	Sumber	Catatan Perkembangan
Tanggal/ Tahun	Bulan/	Waktu Intervensi	P/D/F/G	Meliputi: <ul style="list-style-type: none"> — Pengkajian Keperawatan — Diagnosa Keperawatan — Rencana Keperawatan — Tindakan Keperawatan — Evaluasi Keperawatan Tanda Tangan

Sumber :

P : perawat

D : dokter

F : fisioterapi

G : ahli gigi

➤ **Keuntungan model dokumentasi SOR (*source-oriented-record*) adalah:**

- a. Menyajikan data yang berurutan dan mudah diidentifikasi.
- b. Memudahkan perawat melakukan cara pendokumentasian.
- c. Proses pendokumentasian menjadi sederhana.

➤ **Kerugian model dokumentasi SOR (*source-oriented-record*) adalah:**

- a. Sulit untuk mencari data sebelumnya.
- b. Waktu pelaksanaan asuhan keperawatan memerlukan waktu yang banyak.

- c. Memerlukan pengkajian data dari beberapa sumber untuk menentukan masalah dan intervensi yang akan diberikan kepada pasien.
- d. Perkembangan pasien sulit dipantau.

4.2.2. Model Dokumentasi POR (Problem-Oriented-Record)

Model dokumentasi POR (Problem-Oriented-Record) merupakan model dokumentasi yang berorientasi pada masalah. Dimana model ini berpusat pada data pasien yang didokumentasikan dan disusun menurut masalah pasien. Pendekatan ini pertama kali dikenalkan oleh dr. Lawrence Weed dari Amerika Serikat. Dalam format aslinya pendekatan berorientasi masalah ini dibuat untuk memudahkan pendokumentasian dengan catatan perkembangan yang terintegrasi, dengan sistem ini semua petugas kesehatan mencatat observasinya dari suatu daftar masalah.

Komponen-komponen model dokumentasi POR :

- a. Data dasar

Data dasar merupakan kumpulan informasi tentang pasien yang berisi semua informasi-informasi yang telah dikaji dari pasien sejak pertama kali masuk Rumah Sakit. Data dasar ini meliputi: tentang riwayat dan keadaan umum pasien, riwayat keluarga, keadaan penyakit yang dialami pasien, tindakan keperawatan yang pernah diberikan, pemeriksaan fisik, dan data-data penunjang (laboratorium dan diagnostik).

- b. Daftar masalah

Daftar masalah merupakan hasil penafsiran dari data dasar atau hasil analisis dari perubahan data pasien. Daftar ini mencerminkan keadaan atau nilai yang tidak normal dari data yang didapat dengan menggunakan urutan prioritas yang dituliskan ke dalam daftar masalah dan diberikan pada setiap pergantian shift.

Kriteria daftar masalah yang dibuat adalah:

- Data yang telah teridentifikasi dari data dasar disusun sesuai dengan tanggal identifikasi masalah.

- Daftar masalah ditulis pertama kali oleh perawat yang pertama kali bertemu dengan pasien ataupun orang yang diberi tanggungjawab untuk menuliskannya.
- Daftar ini berada pada bagian depan status pasien.
- Tiap masalah diberikan tanggal, nomor, rumusan masalah, serta nama perawat yang menemukan masalah tersebut.

Gambar 2 : Format Daftar Masalah

Tgl	No	Masalah Pasien	Diidentifikasi oleh	Masalah Pasien
	1	1.	(perawat yang mengidentifikasi masalah pasien)	

c. Daftar rencana awal asuhan keperawatan

Daftar rencana awal asuhan keperawatan merupakan rencana yang dapat dikembangkan secara spesifik untuk setiap masalah.

Daftar rencana awal asuhan keperawatan terdiri dari tiga komponen, yaitu:

1. Pemeriksaan diagnostik.
2. Manajemen kasus atau disebut juga usulan terapi (pengobatan, kegiatan yang tidak boleh dilakukan, diet, penanganan khusus dan observasi yang harus dilakukan).
3. Pendidikan kesehatan (sebagai tujuan jangka panjang).

d. Catatan perkembangan

Catatan perkembangan merupakan catatan tentang perkembangan dari keadaan pasien yang didasarkan pada setiap masalah yang ditemukan pada pasien. Revisi atau pembaharuan rencana dan tindakan mengikuti perubahan dari keadaan pasien. Catatan perkembangan ini berisi perkembangan atau kemajuan dari setiap masalah kesehatan pasien.

Catatan perkembangan dapat digunakan dalam bentuk:

1. SOAP, yaitu Subjective (data subjektif), Objective (data objektif), Analisis (analisa), Planning (perencanaan).

2. SOAPIER, yaitu Subjective (data subjektif), Objective (data objektif), Analisis(analisa), Planning (perencanaan), Implementation (implementasi atau tindakan), Evaluation(evaluasi), dan Reassessment (penaksiran/ peninjauan kembali/ pengkajian ulang).
3. PIE, yaitu : Problem (masalah), Intervention rencana tindakan), Evaluation (evaluasi).

Gambar 3 : Format Model Dokumentasi POR (*Problem-Oriented-Record*)

Data Dasar	Daftar Masalah	Rencana Intervensi	Catatan Perkembangan
DS : DO:	1.	1. 2. 3.	S O A P
DS : DO:	2. Dst	1. 2. 3.	S O A P

➤ **Keuntungan model dokumentasi POR (problem-oriented-record) adalah:**

1. Fokus catatan asuhan keperawatan lebih menekankan pada masalah pasien dan proses penyelesaiannya dan proses penyelesaian masalah.
2. Pendokumentasian asuhan keperawatan dilakukan secara kontinu.
3. Evaluasi dan penyelesaian masalah didokumentasikan dengan jelas.
4. Daftar masalah merupakan check list untuk masalah pasien.

➤ **Kerugian model dokumentasi POR (problem-oriented-record) adalah:**

1. Dapat menimbulkan kebingungan jika setiap hal harus dimasukkan dalam daftar masalah.
2. Pencatatan dengan menggunakan bentuk SOAPIER, dapat menimbulkan pengulangan yang tidak perlu.

4.2.3. Model dokumentasi POR (Progress-Oriented-Record)

Model dokumentasi POR (Progress-Oriented-Record) merupakan model dokumentasi yang berorientasi pada perkembangan dan kemajuan pasien.

Dibawah ini merupakan jenis-jenis catatan yang dapat digunakan dalam model keperawatan POR (Progress-Oriented-Record) yaitu:

a. Catatan perawatan

Catatan perawat biasanya ditulis tiap 24 jam, yang meliputi:

1. Pengkajian satu orang atau lebih tenaga keperawatan tentang keadaan pasien.
2. Asuhan keperawatan yang bersifat mandiri.
3. Asuhan keperawatan yang bersifat pendelegasian.
4. Evaluasi keberhasilan setiap asuhan keperawatan.
5. Tindakan yang dilakukan Dokter, yang mempengaruhi asuhan keperawatan.
6. Kunjungan berbagai anggota tim kesehatan.

b. Lembar alur, meliputi:

1. Hasil observasi yang dilakukan perawat, pengukuran yang dilakukan secara berulang, dan yang tidak perlu ditulis secara naratif.
2. Catatan klinik, catatan keseimbangan cairan dalam 24 jam, catatan pengobatan dan catatan harian tentang asuhan keperawatan.

c. Catatan pemulangan dan ringkasan rujukan

Penulisan dokumentasi pemulangan, meliputi:

1. Masalah kesehatan yang masih terjadi.
2. Pengobatan terakhir.
3. Penanganan yang masih harus diteruskan.
4. Kebiasaan makan dan istirahat.
5. Kemampuan untuk asuhan sendiri.
6. Jaringan dukungan.
7. Pola atau gaya hidup.
8. Agama.

Hal-hal yang diperlukan pada pencatatan pemulangan pasien adalah:

- Informasi untuk profesi kesehatan yang akan melanjutkan perawatan pasien selanjutnya, mencakup:
 1. Uraian mengenai intervensi keperawatan yang akan diberikan kepada pasien.
 2. Uraian informasi yang telah disampaikan kepada pasien.
 3. Uraian mengenai keadaan pasien.
 4. Penjelasan tentang keterlibatan keluarga dalam asuhan keperawatan.
 5. Uraian mengenai sumber daya yang diperlukan dirumah.

- Informasi untuk pasien, mencakup:
 1. Penggunaan bahasa yang jelas dan mudah dipahami.
 2. Penjelasan prosedur tertentu sesuai dengan yang dibutuhkan pasien.
 3. Identifikasi tindakan pencegahan yang perlu diikuti atau dilaksanakan pasien ketika melakukan asuhan keperawatan mandiri.
 4. Pemeriksaan tanda dan gejala komplikasi yang perlu dilaporkan pasien jika dialami pasien nantinya.
 5. Pemberian daftar nama dan nomor telepon tenaga kesehatan yang bisa dihubungi pasien.

4.2.4. Model dokumentasi CBE (charting by exception)

Model dokumentasi CBE (charting by exception) adalah sistem dokumentasi yang hanya mencatat hasil atau penemuan yang menyimpang dari keadaan normal tubuh. Penyimpangan yang dimaksud dalam hal ini menyangkut keadaan yang tidak sehat yang mengganggu kesehatan pasien.

- **Komponen Model dokumentasi CBE (Charting By Exception) meliputi :**
 1. Dokumentasi berupa kesimpulan dari penemuan-penemuan penting dan menjabarkan indikator pengkajian.
 2. Dalam hal ini penemuan tersebut termasuk instruksi dari Dokter atau Perawat, serta catatan pendidikan dan pemulangan pasien.
 3. Dokumentasi ini dilakukan berdasarkan standart praktik keperawatan.

➤ **Keuntungan Model dokumentasi CBE (Charting By Exeption) adalah :**

1. Tersusun standart minimal untuk pengkajian dan investigasi keperawatan.
2. Data yang tidak nomal tampak jelas.
3. Data yang tidak normal mudah ditandai.
4. Menghemat waktu ataupun lembar pendokumentasian.
5. Pendokumentasian duplikasi atau ganda dapat dikurangi.

➤ **Kerugian Model dokumentasi CBE (Charting By Exeption) adalah :**

1. Pendokumentasian sangat tergantung pada check list yang dibuat.
2. Kemungkinan adanya kejadian yang tidak didokumentasikan.
3. Pendokumentasian yang bersifat rutin sering terabaikan.
4. Tidak mengakomodasikan pendokumentasian dishiftlin ilmu yang lain.

Pedoman penulisan Model dokumentasi CBE (Charting By Exeption), adalah :

1. Data dasar didokumentasikan untuk setiap pasien dan disimpan sebagai catatanyang permanen.
2. Daftar diagnosis keperawatan ditulis ketika pasien pertama kali masuk Rumah Sakit dan menyediakan daftar isian untuk semua diagnosis keperawatan.
3. Ringkasan pulang pasien ditulis untuk setiap diagnosis.
4. SOAPIER digunakan sebagai catatan respon pasien terhadap intervensi yang akandiberikan kepada pasien .
5. Data diagnosis keperawatan dan rencana tindakan dapat dikembangkan.

4.2.5. Model Dokumentasi PIE (Problem-Intervention-Evaluation)

Model dokumentasi PIE (problem-intervention-evaluation) merupakan suatu pendekatan orientasi –proses pada dokumentasi keperawatan dengan penekanan pada masalah keperawatan, intervensi dan evaluasi keperawatan.

Karakteristik Model dokumentasi PIE (problem-intervention-evaluation) adalah:

1. Dimulai dari pengkajian ketika pertama kali pasien masuk ke Rumah sakit, diikuti dengan pelaksanaan pengkajian sistem tubuh pada setiap pergantian

dinas.

2. Data masalah dipergunakan untuk asuhan keperawatan dalam waktu yang lamadan juga untuk masalah yang kronis.
3. Intervensi yang dilaksanakan dan rutin, didokumentasi dalam flow sheet.
4. Catatan perkembangan digunakan untuk intervensi yang spesifik.
5. Masalah yang ditemukan pada pasien, dibuat dengan simbol “P (problem)”.
6. Intervensi terhadap penyelesaian masalah, biasanya dibuat dengan simbol “ I (intervention)”.
7. Keadaan pasien sebagai pengaruh dari intervensi, dibuat denga simbol “E (evaluation)”.
8. Setiap masalah yang diidentifikasi harus dievaluasi minimal 8 jam.

➤ **Keuntungan Model dokumentasi PIE (Problem-Intervention-Evaluation) adalah:**

1. Memungkinkan dalam penggunaan proses keperawatan.
2. Intervensi dan catatan perkembangan dapat dihubungkan.
3. Memungkinkan dalam pemberian asuhan keperawatan yang kontinue.
4. Perkembanganpasien selama dirawat dapat digambarkan.
5. Pendokumentasian yang otomatis dapat diadaptasikan.

➤ **Kerugian Model dokumentasi PIE (problem-intervention-evaluation) adalah :**

1. Tidak dapat dipergunakan untuk pendokumentasian semua disiplin ilmu.

Gambar 4 : Model Dokumentasi PIE (Problem-Intervention-Evaluation):

Tanggal	Jam	Pendokumentasian (Remarks)
		P# 1.....
.....	I# 1.....
.....	2.....
.....	E# S.....
.....	O.....
.....	A.....
		P.....

4.2.6. Model Dokumentasi POS/FOCUS (*Process-Oriented-System*)

Model dokumentasi POS (*Process-Oriented-System*) yang disebut juga dengan model dokumentasi fokus adalah suatu model dokumentasi yang berorientasi pada proses keperawatan mulai dari pengumpulan data pasien, diagnosis keperawatan (masalah yang muncul), penyebab masalah, atau definisi karakteristik yang dinyatakan sesuai dengan keadaan pasien.

Catatan perkembangan pada model dokumentasi Fokus ditulis dengan menggunakan format DAR, yaitu:

1. Datum (D), yaitu : data subjektif dan data objektif.
2. Action (A), yaitu: tindakan keperawatan yang segera atau yang akan dilakukan.
3. Response (R), yaitu respon pasien terhadap tindakan medis dan tindakan keperawatan yang telah diberikan kepada pasien.

➤ Keuntungan Model dokumentasi POS (*Process-Oriented-System*)

1. Model dokumentasi *Process-Oriented-System* ini lebih luas dan lebih positif.
2. Sifatnya fleksibel.
3. Catatan rencana asuhan keperawatan model dokumentasi *process-oriented system* ini memudahkan data untuk dikenali.
4. Waktu pendokumentasian lebih singkat.
5. Mudah dipergunakan dan dimengerti.

➤ Kerugian Model Dokumentasi *Process-Oriented-System* adalah:

1. Dapat membingungkan, khususnya antara intervensi yang belum dan yang sudah dilakukan.

Gambar 5 : Format Model Dokumentasi POS/FOCUS (*Process-Oriented-System*) adalah :

Tanggal/Waktu/ Tanda Tangan	Masalah	Catatan Keperawatan (DAR)
Tanggal : Tanda Tangan	1.	Datum : Action : Response :

4.2.7. Sistem Dokumentasi Core

Sistem dokumentasi core merupakan sistem dokumentasi pusat yang merupakan bagian terpenting dari sistem dokumentasi dalam proses keperawatan. Catatan perkembangan pada Model Dokumentasi Core, ditulis dengan menggunakan Format DAE, yaitu:

1. Datum (D), yaitu : data subjektif dan data objektif.
2. Action (A), yaitu: tindakan keperawatan yang segera atau yang akan dilakukan.
3. Evaluation (E) : evaluasi untuk melihat respon pasien terhadap tindakan medis dan tindakan keperawatan yang telah diberikan kepada pasien.

Komponen Sistem dokumentasi core adalah:

1. Pengkajian (data awal pasien).
2. Flow sheet.
3. Masalah keperawatan
4. Catatan keperawatan atau catatan perkembangan (DAE: datum, action, evaluation)
5. Ringkasan (informasi mengenai diagnosis, konseling, kebutuhan untuk follow up).

Gambar 6 : Format Sistem Dokumentasi Core adalah:

Tanggal/Waktu/ Tanda Tangan	Diagnosis Keperawatan	Catatan Perkembangan (DAE)
Tanggal : Tanda Tangan	1.....	Data : Action : Evaluation :

➤ **Keuntungan Sistem dokumentasi core adalah:**

1. Memfasilitasi dokumentasi untuk seluruh komponen proses keperawatan.
2. Format DAE membentuk suatu pemecahan masalah.
3. DAE mengembangkan dokumentasi yang lebih efisien.

➤ **Kerugian Sistem dokumentasi core adalah:**

1. Dibutuhkan pemantauan yang diteliti untuk jaminan mutu layanan keperawatan.
2. Pengembangan dari format membutuhkan banyak waktu.

BAB V

TEHNIK PENDOKUMENTASIAN ASUHAN KEPERAWATAN

5.1. Teknik Dokumentasi

Teknik dokumentasi keperawatan merupakan cara menggunakan dokumentasi keperawatan dalam penerapan proses keperawatan.

Ada tiga teknik dokumentasi yang sering digunakan:

a) SOR (Source Oriented Record)

Adalah tehnik dokumentasi yang dibuat oleh setiap anggota tim kesehatan. Dalam melaksanakan tindakan, mereka tidak tergantung dengan tim lainnya. Catatan ini cocok untuk pasien rawat inap.

b) Kardex

Teknik dokumentasi ini menggunakan serangkaian kartu dan membuat data penting tentang pasien dengan menggunakan ringkasan problem dan terapi pasien yang digunakan pada pasien rawat jalan.

c) POR (Problem Oriented Record)

POR merupakan teknik efektif untuk mendokumentasikan system pelayanan keperawatan yang berorientasi pada masalah pasien. Teknik ini dapat digunakan untuk mengaplikasikan pendekatan pemecahan masalah, mengarahkan ide pemikiran anggota tim mengenai problem pasien secara jelas.

Sistem POR ini mempunyai 4 komponen:

- a. Data dasar
- b. Daftar masalah
- c. Rencana awal
- d. Catatan perkembangan

5.2. Format Dokumentasi

Aziz Alimul (2001) mengemukakan ada lima bentuk format yang lazim digunakan:

a). Format naratif

Format naratif merupakan format yang dipakai untuk mencatat perkembangan pasien dari hari ke hari dalam bentuk narasi, yang mempunyai beberapa keuntungan dan kerugian.

➤ **Keuntungan :**

1. meningkatkan dokumentasi yang kronologis sehingga membantu mengintegrasikan kejadian pada pasien secara berurutan.
2. Memberikan kebebasan kepada perawat untuk memilih bagaimana informasi yang akan dicatat.
3. Formatnya sederhana dalam mendokumentasikan masalah pasien atau kejadian terhadap perubahan dari respon pasien.

➤ **Kerugian :**

1. memungkinkan terjadinya fragmentasi kata kata yang berlebihan,
2. kata yang tidak berarti, kadang kadang sulit mencari informasi kembali,
3. pesan mudah terlupakan,
4. pengulangan dibutuhkan dari setiap sumber,
5. membutuhkan waktu yang panjang,
6. urutan kronologis akan lebih sulit sebab hubungan informasi yang didokumentasikan pada tempat yang sama.

Pedoman dalam penulisan format naratif:

1. Gunakan batasan – batasan standar
2. Ikuti langkah langkah keperawatan
3. Tulis, revisi, dan pertahankan rencana perawatan
4. Buat suatu periode waktu tentang kapan perawat melakukan tindakan
5. Catat pernyataan evaluasi pada waktu khusus

b). Format SOAPIER

Format ini dapat digunakan pada catatan medic yang berorientasi pada masalah (Problem Oriented Medical Record) yang mencerminkan masalah yang diidentifikasi oleh semua anggota tim perawat.

Format SOAPIER terdiri dari:

S = Data Subjektif; Masalah yang dikemukakan dan dikeluhkan atau yang dirasakan sendiri oleh pasien

O = Data Objektif: Tanda-tanda klinik dan fakta yang berhubungan dengan diagnose keperawatan meliputi data fisiologis dan informasi dari

pemeriksaan. Data ini dapat diperoleh melalui wawancara, observasi, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan diagnostic laboratorium.

A= Pengkajian (Assesment): Analisis data subjektif dan objektif dalam menentukan masalah pasien.

P = Perencanaan: Pengembangan rencana segera atau untuk yang akan datang dari intervensi tindakan untuk mencapai status kesehatan optimal.

I = Intervensi; Tindakan yang dilakukan oleh perawat

E= Evaluasi; Merupakan analisis respon pasien terhadap intervensi yang diberikan

R = Revisi; Data pasien yang mengalami perubahan berdasarkan adanya respon pasien terhadap tindakan keperawatan merupakan acuan perawat dalam melakukan revisi atau modifikasi rencana asuhan keperawatan.

c).Format Fokus/DAR

Semua masalah pasien atau diagnose keperawatan di indentifikasi dalam catatan perawatan dan terlihat pada rencana keperawatan. Kolom FOKUS dapat berisi masalah pasien, diagnose keperawatan, dan kejadian penting. Tetapi, diagnosa keperawatan lebih ditekankan. Catatan perawatannya berisi Data (D) , Action = tindakan (A), dan Respons (R)/DAR.

d).Format DAE

Format DAE merupakan system dokumentasi inti dengan konstruksi data, tindakan, dan evaluasi dimana setiap diagnose keperawatan yang di identifikasi dalam catatan keperawatan, terikat pada rencana keperawatan atau daftar masalah. Setiap catatan perawat dimulai dengan suatu diagnose keperawatan selebihnya berhubungan dengan rencana keperawatan.

e).Catatan perkembangan ringkas

Dalam menuliskan catatan perkembangan diperlukan beberapa hal yang perlu diperhatikan antara lain :

- a. Adanya perubahan kondisi pasien
- b. Berkembangnya masalah baru

- c. Pemecahan masalah lama
- d. Respon pasien terhadap tindakan
- e. Kesiapan pasien terhadap tindakan
- f. Kesiapan pasien untuk belajar
- g. Perubahan rencana keperawatan
- h. Adanya abnormalitas atau kejadian yang tidak diharapkan

Petunjuk membuat catatan perkembangan :

- a. Memulai catatan dengan melihat diagnose keperawatan
- b. Masukkan seluruh pengkajian (objectif dan subjectif)
- c. Dokumentasikan masalah baru dan masalah sudah teratasi.
- d. Identifikasi tindakan yang diberikan berdasarkan perencanaan.
- e. Catat hasil dari implementasi berdasarkan tujuan dan hasil yang diharapkan.

Catatan perkembangan yang dibuat dapat menggunakan bentuk lembar alur (flow sheet) dan daftar check list. Dalam pelaksanaannya ada beberapa keuntungan dan kerugian.

Agar lembar alur dan daftar check list sesuai dengan standar maka harus memenuhi syarat sebagai berikut :

- a. Perhatikan dan ikuti petunjuk
- b. Lengkapi format dengan menggunakan kunci
- c. Gunakan tanda cek (√) atau (x) atau tanda (o) pada waktu mengidentifikasi bahwa parameter tidak diobservasi/diintervensi
- d. Jangan tinggalkan lembar format dalam keadaan kosong. Tulis (o) untuk mengidentifikasi bahwa parameter tidak diperlukan
- e. Tambahkan uraian secara detail jika diperlukan
- f. Pertahankan agar letak lembar alur tetap pada tempatnya
- g. Beri tanda tangan dan nama jelas
- h. Dokumentasikan waktu dan tanggal

Lembar alur dapat digunakan untuk mendokumentasikan:

- a. Aktifitas sehari-hari
- b. Tanda-tanda vital

- c. Keseimbangan cairan
- d. Pengkajian kulit
- e. Gangguan system tubuh
- f. Pemantauan prosedur keperawatan
- g. Pemberian obat-obatan

Namun, dalam pembuatannya tidak terdapat standar yang baku. Selain beberapa contoh format yang telah disebutkan di atas, maka secara umum dokumentasi Asuhan Keperawatan yang lazim digunakan perawat atau mahasiswa keperawatan adalah pendekatan proses keperawatan dengan memasukkan ke dalam Catatan Perawat yang biasa disingkat dengan istilah CP (lihat contoh)

Ada 6 bentuk Format Catatan Perawat (Nursing Note) antara lain:

- 1). CP 1A : dimana data yang telah dikaji melalui format pengkajian data dasar di kelompokkan menjadi data subjektif (DS) dan data objektif (DO) yang dikenal sebagai data focus.
- 2). CP 1 B : adalah format yang digunakan perawat untuk membuat analisa data dan mengidentifikasi etiologi dan masalah pasien.
- 3). CP 2 : adalah format catatan perawatan yang berisikan masalah/diagnose keperawatan, tanggal ditemukan masalah dan teratasinya masalah pasien
- 4). CP 3 : adalah format catatan perawat yang berisi tentang rencana keperawatan yang terdiri dari; hari dan tanggal/jam, diagnose keperawatan disertai data penunjang, tujuan yang akan dicapai, rencana tindakan dan rasionalisme.
- 5). CP 4 : adalah format catatan perawat yang berisi tentang tindakan perawat dan hasil yang diperoleh.
- 6). CP 5 : adalah format catatan perawat yang berisi tentang catatan perkembangan pasien yang terdiri dari hari, tanggal, nomor diagnose, jam/waktu, data SOAP (Subjektif, Objektif, Assessment, Planning).
- 7). CP 6 : adalah format catatan perawat yang berisi tentang resume akhir atau ringkasan pasien pulang.

Untuk melihat tingkat perkembangan pasien yang dirawat di rumah sakit (pasien rawat inap) maka digunakan “Sistem Pencatatan Medis” atau biasa disebut dengan “Rekam Medis Kesehatan (RMK)” yaitu merupakan keterangan tentang identitas hasil anamnesis, pemeriksaan dan catatan segala kegiatan para pelayan kesehatan atas pasien dari waktu ke waktu.

Dalam PERMENKES No.749a.Menkes/XXII/89 tentang RM yang disebut dengan Rekam Medis ialah : berkas yang berisikan catatan dan dokumentasi tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain kepada pasien pada sarana pelayanan kesehatan

5.3.Teknik Pencatatan Dokumentasi Asuhan Keperawatan

Dalam pendokumentasian ada 3 teknik, yaitu : Teknik Naratif dan Teknik Flow sheet dan checklist. Teknik tersebut dapat di jelaskan sebagai berikut:

5.3.1. Naratif

Bentuk naratif adalah merupakan pencatatan tradisional dan dapat bertahan paling lama serta merupakan sistem pencatatan yang fleksibel. Karena suatu catatan naratif dibentuk oleh sumber asal dari dokumentasi maka sering dirujuk sebagai dokumentasi berorientasi pada sumber.

Sumber atau asal dokumentasi dapat di peroleh dari siapa saja, atau dari petugas kesehatan yang bertanggungjawab untuk memberikan informasi. Setiap narasumber memberikan, hasil observasinya, menggambarkan aktifitas dan evaluasinya yang unik. Cara penulisan ini mengikuti dengan ketat urutan kejadian/kronologisnya. Biasanya kebijakan institusi menggariskan siapa yang mencatat/melaporkan apa, bagaimana sesuatu akan dicatat dan harus dicatat dimana.

Ada lembaga yang menetapkan bahwa setiap petugas kesehatan harus mencatat di formulir yang telah dirancang khusus, misalnya catatan dokter, catatan perawat atau fisioterapi atau petugas gizi. Ada juga institusi yang membuat rancangan format yang dapat dipakai untuk semua jenis petugas kesehatan dan semua catatan terintegrasi dalam suatu catatan.

Berhubung sifat terbukanya catatan naratif (orientasi pada sumber data) sehingga dapat digunakan pada setiap kondisi klinis. Tidak adanya struktur yang harus diakui memungkinkan perawat mendokumentasikan hasil observasinya yang relevan dengan kejadian secara kronologis.

Keuntungan dan kelemahan pedokumentasian secara naratif

➤ Keuntungan catatan naratif :

- Pencatatan secara kronologis memudahkan penafsiran secara berurutan dari kejadian dari asuhan/tindakan yang dilakukan
- Memberi kebebasan kepada perawat untuk mencatat menurut gaya yang disukainya
- Format menyederhanakan proses dalam mencatat masalah, kejadian perubahan, intervensi, reaksi pasien dan outcomes

➤ Kelemahan catatan naratif :

- Cenderung untuk menjadi kumpulan data yang terputus-putus, tumpang tindih dan sebenarnya catatannya kurang berarti
- Kadang-kadang sulit mencari informasi tanpa membaca seluruh catatan atau sebagian besar catatan tersebut
- Perlu meninjau catatan dari seluruh sumber untuk mengetahui gambaran klinis pasien secara menyeluruh
- Dapat membuang banyak waktu karena format yang polos menuntut pertimbangan hati-hati untuk menentukan informasi yang perlu dicatat setiap pasien
- Kronologis urutan peristiwa dapat mempersulit interpretasi karena informasi yang bersangkutan mungkin tidak tercatat pada tempat yang sama
- Mengikuti perkembangan pasien bisa menyita banyak waktu

5.3.2. Flowsheet (bentuk grafik)

Flowsheet memungkinkan perawat untuk mencatat hasil observasi atau pengukuran yang dilakukan secara berulang yang tidak perlu ditulis secara naratif, termasuk data klinik pasien tentang tanda-tanda vital (tekanan darah, nadi,

pernafasan, suhu), berat badan, jumlah masukan dan keluaran cairan dalam 24 jam dan pemberian obat.

Flow sheet yang selain untuk mencatat vital sign biasanya juga dipakai untuk catatan keseimbangan cairan dalam 24 jam, catatan pengobatan, catatan harian tentang asuhan keperawatan. Flow sheet merupakan cara tercepat dan paling efisien untuk mencatat informasi. Selain itu tenaga kesehatan akan dengan mudah mengetahui keadaan pasien hanya dengan melihat grafik yang terdapat pada flow sheet. Oleh karena itu flow sheet lebih sering digunakan di unit gawat darurat, terutama data fisiologis.

Lembar alur yang unik, berupa kesimpulan penemuan, termasuk flowsheet instruksi dokter/perawat, grafik, catatan pendidikan dan catatan pemulangan pasien. Rangkaian informasi dalam sistem pendekatan orientasi masalah. Catatan ini dirancang dengan format khusus pendokumentasian informasi mengenai setiap nomor dan judul masalah yang sudah terdaftar.

Flowsheet sendiri berisi hasil observasi dan tindakan tertentu. Beragam format mungkin digunakan dalam pencatatan walau demikian daftar masalah, flowsheet dan catatan perkembangan adalah syarat minimal untuk dokumentasi pasien yang adekuat/memadai.

5.3.3. Checklist

Suatu format pengkajian yang sudah dibuat dengan pertimbangan dari standar dokumentasi keperawatan sehingga memudahkan perawat untuk mengisi dokumentasi keperawatan, karena hanya tinggal mengisi item yang sesuai dengan keadaan pasien dengan mencentang. Jika harus mengisi angka itupun sangat ringkas misal pada data vital sign.

➤ **Keuntungan model flowsheet dan checklist :**

- Mudah dalam pengisian dan lebih cepat
- Alur sudah ada tinggal mengisikan dan tidak terputus-putus
- Mudah dalam mencari informasi per item pengkajian dan catatan lain

➤ **Kelemahan model ini adalah :**

- Tidak dapat menjabarkan pengkajian sesuai yang kita inginkan
- Harus mengikuti alur dalam pengisian flowsheet dan checklist.

BAB VI

MODEL DOKUMENTASI KEPERAWATAN

NANDA (NIC dan NOC)

6.1. Pendahuluan

Perkembangan Sistem Informasi Kesehatan yang kian hari kian meningkat secara tidak langsung berdampak pula pada perkembangan sistem dokumentasi keperawatan, mulai dari yang sederhana dengan pengelolaan manual hingga terkomputerisasi dengan jaringan dalam suatu Rumah sakit besar. Hal ini tentu saja membutuhkan suatu basis data yang lengkap, efektif dan efisien, dalam arti mampu menjangkau bagian yang paling detil sekalipun. Selain itu juga harus dapat digunakan atau dipahami oleh semua tenaga keperawatan dimanapun dan dari lulusan manapun juga.

Di beberapa negara maju sendiri saat ini sudah mulai mengembangkan basis data keperawatan dengan mengacu pada pola diagnosa keperawatan. Hal ini dimaksudkan agar dapat memudahkan dan menyeragamkan diagnosis keperawatan yang sesuai bagi perawat dalam menggambarkan berbagai masalah kesehatan khususnya keperawatan.

Setelah mendapatkan diagnosa sebuah penyakit, seorang perawat tentunya harus mengetahui intervensi atau rencana-rencana yang harus dilakukan pada pasien tersebut, seperti kebutuhan dasarnya sebagai manusia, ataupun yang lainnya. Dalam mendokumentasikan asuhan keperawatan pasien di sebuah rumah sakit, perawat harus menuliskannya dalam sebuah format intervensi keperawatan Nursing Intervention Classification (NIC) dan Nursing Outcomes Classification (NOC).

6.2. Tipe intervensi keperawatan

Menurut Bleich dan Fischbach, tipe intervensi dibagi menjadi dua komponen yaitu:

a. Intervensi perawatan terapeutik

Intervensi ini memberikan pengobatan secara langsung pada masalah yang dialami pasien, mencegah komplikasi, dan mempertahankan status kesehatan.

b. Intervensi keperawatan surveilens

Intervensi ini menyatakan tentang survei data dengan melihat kembali data umum dan membuktikan kebenaran data.

6.3. Intervensi NIC

NIC (Nursing Intervention Classification) adalah suatu daftar lis intervensi diagnosa keperawatan yang menyeluruh dan dikelompokkan berdasarkan label yang mengurai pada aktifitas yang dibagi menjadi 7 bagian dan 30 kelas. Sistem yang digunakan dalam berbagai diagnosa keperawatan dan mengatur pelayanan kesehatan. NIC digunakan perawat pada semua spesialis dan semua area keperawatan (McCloykey and Bulecheck, 1996).

Nursing Interventions Classification (NIC) diperkenalkan untuk pertama kali pada tahun 1987 dan menyusul Nursing Outcomes Classification (NOC) pada tahun 1991. Nursing Intervention Classification digunakan disemua area keperawatan dan spesialis. Intervensi keperawatan merupakan tindakan yang berdasarkan kondisi klinik dan pengetahuan yang dilakukan perawat untuk membantu pasien mencapai hasil yang diharapkan.

Perawat dapat memberikan alasan ilmiah yang terbaru mengapa tindakan itu yang diberikan. Alasan ilmiah dapat merupakan pengetahuan berdasarkan literature, hasil penelitian atau pengalaman praktik. Rencana tindakan berupa: tindakan konseling atau psikoterapiutik, pendidikan kesehatan, perawatan mandiri dan aktivitas hidup sehari-hari, terapi modalitas keperawatan, perawatan berkelanjutan (continuity care), tindakan kolaborasi (terapi somatic dan psikofarmaka).

➤ Bulecheck dan McCloykey (1996) menyatakan bahwa keuntungan NIC adalah sebagai berikut :

1. Membantu menunjukkan aksi perawat dalam sistem pelayanan kesehatan.
2. Menstandarisasi dan mendefinisikan dasar pengetahuan untuk kurikulum dan praktik keperawatan.
3. Memudahkan memilih intervensi keperawatan yang tepat.
4. Memudahkan komunikasi tentang perawat kepada perawat lain dan penyedia layanan kesehatan lain.

5. Memperbolehkan peneliti untuk menguji keefektifan dan biaya perawatan.
6. Memudahkan pengajaran pengambilan keputusan klinis bagi perawat baru.
7. Membantu tenaga administrasi dalam perencanaan staf dan peralatan yang dibutuhkan lebih efektif.
8. Memudahkan perkembangan dan penggunaan sistem informasi perawat.
9. Mengkomunikasikan kealamiahannya perawat kepada publik.

➤ Adapun kelebihan NIC adalah :

1. Komprehensif.
2. Berdasarkan riset.
3. Dikembangkan lebih didasarkan pada praktek yang ada.
4. Mempunyai kemudahan untuk menggunakan struktur organisasi (Domain, kelas, intervensi, aktivitas).
5. Bahasa jelas dan penuh arti klinik.
6. Dikembangkan oleh tim riset yang besar dan bermacam-macam tim.
7. Menjadi dasar pengujian.
8. Dapat diakses melalui beberapa publikasi
9. Dapat dihubungkan Diagnosa Keperawatan NANDA
10. Dapat dikembangkan bersama NOC.
11. Dapat diakui dan diterima secara rasional. (Bulechek dan McClokey, 1996).

6.4. Intervensi NOC

NOC (Nursing Outcome Classification) adalah proses memberitahukan status pasien setelah dilakukan intervensi keperawatan. Standar kriteria hasil dikembangkan untuk mengukur hasil dari tindakan keperawatan yang digunakan pada semua area keperawatan dan semua pasien (individu, keluarga, kelompok dan masyarakat). Nursing Outcome Classification mempunyai tujuh domain yaitu fungsi kesehatan, fisiologi kesehatan, kesehatan psikososial, pengetahuan dan perilaku kesehatan, persepsi kesehatan, kesehatan keluarga dan kesehatan masyarakat.

NOC (Nursing Outcome Classification) menggambarkan respon pasien terhadap tindakan keperawatan. NOC mengevaluasi hasil pelayanan keperawatan sebagai bagian dari pelayanan kesehatan. Standar kriteria hasil pasien sebagai

dasar untuk menjamin keperawatan sebagai partisipan penuh dalam evaluasi klinik bersama dengan disiplin ilmu kesehatan lain. Klasifikasi berisi 190 kriteria hasil yang diberi label, definisi dan indikator atau ukuran untuk menentukan kriteria hasil yang diterima (Johnson dan Mass, 1997).

➤ Manfaat NOC dalam keperawatan adalah sebagai berikut :

1. Memberikan label dan ukuran-ukuran untuk kriteria hasil yang komprehensif.
2. Sebagai hasil dari intervensi keperawatan.
3. Mendefinisikan kriteria hasil yang berfokus pada pasien dan dapat digunakan perawat-perawat dan disiplin ilmu lain.
4. Memberikan informasi kriteria hasil yang lebih spesifik dari status kesehatan yang umum.
5. Menggunakan skala untuk mengukur kriteria hasil dan memberikan informasi kuantitatif (Bulechek dan McClokey, 1996).

6.5. Daftar Diagnose NANDA , Intervensi NIC dan NOC

Diagnosa Keperawatan/ Masalah Kolaborasi	Rencana keperawatan	
	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
Bersihan Jalan Nafas tidak efektif berhubungan dengan: - Infeksi, disfungsi neuromuskular, hiperplasia dinding bronkus, alergi jalan nafas, asma, trauma - Obstruksi jalan nafas : spasme jalan nafas, sekresitertahan, banyaknya	NOC: <input type="checkbox"/> Respiratory status : Ventilation <input type="checkbox"/> Respiratory status : Airway patency <input type="checkbox"/> Aspiration Control Setelah dilakukan tindakan keperawatan selamapasien menunjukkan keefektifan jalan nafas dibuktikan dengan kriteria hasil : <input type="checkbox"/> Mendemonstrasikan batuk efektif dan	NIC <input type="checkbox"/> Pastikan kebutuhan oral / tracheal suctioning. <input type="checkbox"/> Berikan O2l/mnt, metode..... <input type="checkbox"/> Anjurkan pasien untuk istirahat dan napasdalam <input type="checkbox"/> Posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi <input type="checkbox"/> Lakukan

<p>mukus, adanya jalan nafasbuatan, sekresi bronkus,adanya eksudat di alveolus, adanya benda asing di jalannafas.</p> <p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dispneu <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Penurunan suara nafas - Orthopneu - Cyanosis - Kelainan suara nafas (rales, wheezing) - Kesulitan berbicara - Batuk, tidak efektif atautidak ada - Produksi sputum - Gelisah - Perubahan frekuensi dan irama nafas 	<p>suara nafas yang bersih, tidak ada sianosis dan dyspneu (mampu mengeluarkan sputum, bernafas dengan mudah, tidak ada pursed lips)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Menunjukkan jalan nafas yang paten (pasien tidak merasa tercekik, irama nafas, frekuensi pernafasan dalam rentang normal, tidak ada suara nafasabnormal) <input type="checkbox"/> Mampu mengidentifikasi dan mencegah faktor yang penyebab. <input type="checkbox"/> Saturasi O2 dalam batas normal <input type="checkbox"/> Foto thorak dalam batas normal 	<p>fisioterapi dada jika perlu</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Keluarkan sekret dengan batuk atausuction <input type="checkbox"/> Auskultasi suara nafas, catat adanya suaratambahan <input type="checkbox"/> Berikan bronkodilator : - - - <input type="checkbox"/> Monitor status hemodinamik <input type="checkbox"/> Berikan pelembab udara Kassa basah NaClLembab <input type="checkbox"/> Berikan antibiotik : <input type="checkbox"/> Atur intake untuk cairan mengoptimalkankeseimbangan. <input type="checkbox"/> Monitor respirasi dan status O2
--	--	--

		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pertahankan hidrasi yang adekuat untuk mengencerkan sekret <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Jelaskan pada pasien dan keluarga tentang penggunaan peralatan : O2, Suction, Inhalasi
Pola Nafas tidak efektif Berhubungan dengan : - Hiperventilasi - Penurunan energi/kelelahan - Perusakan/pelemahan muskulo-skeletal - Kelelahan otot pernafasan - Hipoventilasi sindrom - Nyeri - Kecemasan - Disfungsi Neuromuskuler - Obesitas - Injuri tulang belakang DS: - Dyspnea - Nafas pendek DO: - Penurunan tekanan	NOC: <input type="checkbox"/> Respiratory status : Ventilation <input type="checkbox"/> Respiratory status : Airway patency <input type="checkbox"/> Vital sign Status Setelah dilakukan tindakan keperawatan selamapasien menunjukkan keefektifan pola nafas, dibuktikan dengan kriteria hasil: <input type="checkbox"/> Mendemonstrasikan batuk efektif dan suara nafas yang bersih, tidak ada sianosis dan dyspneu (mampu mengeluarkan sputum, mampu bernafas dg mudah, tidak ada pursed lips) <input type="checkbox"/> Menunjukkan jalan nafas	NIC: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pasang mayo bila perlu <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Lakukan fisioterapi dada jika perlu <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Keluarkan sekret dengan batuk atau suction <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Auskultasi suara nafas, catat adanya suara tambahan <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Berikan bronkodilator : -..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Berikan pelembab udara Kassa basah NaCl Lembab <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Atur intake untuk

<p>inspirasi/ekspirasi</p> <p>Penurunan pertukaran udara per menit</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menggunakan otot pernafasan tambahan - Orthopnea - Pernafasan pursed-lip - Tahap ekspirasi berlangsung sangat lama - Penurunan kapasitas vital - Respirasi: < 11 – 24 x /mnt 	<p>yang paten (pasien tidak merasa tercekik, irama nafas, frekuensi pernafasan dalam rentang normal, tidak ada suara nafas abnormal)</p> <p><input type="checkbox"/> Tanda Tanda vital dalam rentang normal (tekanan darah, nadi, pernafasan)</p>	<p>cairan mengoptimalkan keseimbangan.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Monitor respirasi dan status O2 <input type="checkbox"/> Bersihkan mulut, hidung dan secret Trakea <input type="checkbox"/> Pertahankan jalan nafas yang paten <input type="checkbox"/> Observasi adanya tanda tanda hipovekilasi <input type="checkbox"/> Monitor adanya kecemasan pasien terhadap oksigenasi <input type="checkbox"/> Monitor vital sign <input type="checkbox"/> Informasikan pada pasien dan keluarga tentang tehnik relaksasi untuk memperbaiki pola nafas. <input type="checkbox"/> Ajarkan bagaimana batuk efektif <input type="checkbox"/> Monitor pola nafas
<p>Gangguan Pertukaran gas</p> <p>Berhubungan dengan :</p> <ul style="list-style-type: none"> • ketidakseimbangan perfusi • ventilasi 	<p>NOC:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Respiratory Status : Gas exchange <input type="checkbox"/> Keseimbangan asam Basa, Elektrolit <input type="checkbox"/> Respiratory Status : 	<p>NIC :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pasang mayo bila

<ul style="list-style-type: none"> • perubahan membran kapiler-alveolar <p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • sakit kepala ketika bangun • Dyspnoe • Gangguan penglihatan <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Penurunan CO2 • Takikardi • Hiperkapnia • Keletihan • Iritabilitas • Hypoxia • kebingungan • sianosis • warna kulit abnormal (pucat, kehitaman) • Hipoksemia • hiperkarbia • AGD abnormal • pH arteri abnormal • èfrekuensi dan kedalaman nafas abnormal 	<p>ventilation</p> <p><input type="checkbox"/> Vital Sign Status</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama</p> <p>Gangguan pertukaran pasien teratasi dengan kriteria hasil:</p> <p><input type="checkbox"/> Mendemonstrasikan peningkatan ventilasi dan oksigenasi yang adekuat</p> <p><input type="checkbox"/> Memelihara kebersihan paru paru dan bebas dari tanda tanda distress pernafasan</p> <p><input type="checkbox"/> Mendemonstrasikan batuk efektif dan suara nafas yang bersih, tidak ada sianosis dan dyspneu (mampu mengeluarkan sputum, mampu bernafas dengan mudah, tidak ada pursed lips)</p> <p><input type="checkbox"/> Tanda tanda vital dalam rentang normal</p> <p><input type="checkbox"/> AGD dalam batas normal</p> <p><input type="checkbox"/> Status neurologis dalam batas normal</p>	<p>perlu</p> <p><input type="checkbox"/> Lakukan fisioterapi dada jika perlu</p> <p><input type="checkbox"/> Keluarkan sekret dengan batuk atau suction</p> <p><input type="checkbox"/> Auskultasi suara nafas, catat adanya suara tambahan</p> <p><input type="checkbox"/> Berikan bronkodilator ;</p> <p>-.....</p> <p>-.....</p> <p><input type="checkbox"/> Berikan pelembab udara</p> <p><input type="checkbox"/> Atur intake untuk cairan mengoptimalkan keseimbangan.</p> <p><input type="checkbox"/> Monitor respirasi dan status O2</p> <p><input type="checkbox"/> Catat pergerakan dada, asimetri, penggunaan otot tambahan, retraksi otot supraclavicular dan intercostal</p> <p><input type="checkbox"/> Monitor suara nafas, seperti dengkur</p> <p><input type="checkbox"/> Monitor pola nafas</p>
--	--	---

		<p>: bradipena, takipenia, kusmaul, hiperventilasi, cheyne stokes,biot</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Auskultasi suara nafas, catat areapenurunan / tidak adanya ventilasi dansuara tambahan</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Monitor TTV, AGD, elektrolit dan ststusmental</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Observasi sianosis khususnya membranmukosa</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Jelaskan pada pasien dan keluargatentang persiapan tindakan dan tujuanpenggunaan alat tambahan (O2, Suction,Inhalasi)</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Auskultasi bunyi jantung, jumlah, iramadan denyut jantung</p>
<p>Kurang Pengetahuan</p> <p>Berhubungan dengan : keterbatasan kognitif, interpretasi terhadap informasi yang salah, kurangnya keinginan</p>	<p>NOC:</p> <p><input type="checkbox"/> Kowlwdge : disease process</p> <p><input type="checkbox"/> Knowledge : health Behavior</p> <p>Setelah dilakukan tindakan</p>	<p>NIC :</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Kaji tingkat pengetahuan pasien dankeluarga</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Jelaskan patofisiologi dari</p>

<p>untuk mencari informasi, tidak mengetahui sumber-sumber informasi.</p> <p>DS: Menyatakan secara verbal adanya masalah</p> <p>DO: ketidakakuratan mengikuti instruksi, perilaku tidak sesuai</p>	<p>keperawatan selama</p> <p>pasien menunjukkan pengetahuan tentang proses penyakit dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Pasien dan keluarga menyatakan pemahaman tentang penyakit, kondisi, prognosis dan program pengobatan <input type="checkbox"/> Pasien dan keluarga mampu melaksanakan prosedur yang dijelaskan secara benar <input type="checkbox"/> Pasien dan keluarga mampu menjelaskan kembali apa yang dijelaskan perawat/tim kesehatan lainnya 	<p>penyakit dan bagaimana hal ini berhubungan dengan anatomi dan fisiologi, dengan cara yang tepat.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Gambarkan tanda dan gejala yang bias muncul pada penyakit, dengan cara yang tepat <input type="checkbox"/> Gambarkan proses penyakit, dengan cara yang tepat <input type="checkbox"/> Identifikasi kemungkinan penyebab, dengan cara yang tepat <input type="checkbox"/> Sediakan informasi pada pasien tentang kondisi, dengan cara yang tepat <input type="checkbox"/> Sediakan bagi keluarga informasi tentang kemajuan pasien dengan cara yang tepat <input type="checkbox"/> Diskusikan pilihan terapi atau penanganan <input type="checkbox"/> Dukung pasien untuk
--	--	---

		mengeksplorasi atau mendapatkan second opinion dengan cara yang tepat atau diindikasikan <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Eksplorasi kemungkinan sumber atau dukungan, dengan cara yang tepat
<p>Risiko Aspirasi</p> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Peningkatan tekanan dalam lambung - elevasi tubuh bagian atas - penurunan tingkat kesadaran - peningkatan residu lambung - menurunnya fungsi sfingter esofagus - gangguan menelan - NGT - Penekanan reflek batuk dan gangguan reflek - Penurunan motilitas gastrointestinal 	<p>NOC :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Respiratory Status : Ventilation <input type="checkbox"/> Aspiration control <input type="checkbox"/> Swallowing Status <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama.... pasien tidak mengalami aspirasi dengan kriteria:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Pasien dapat bernafas dengan mudah, tidak irama, frekuensi pernafasan normal <input type="checkbox"/> Pasien mampu menelan, mengunyah tanpa terjadi aspirasi, dan mampu melakukan oral hygiene <input type="checkbox"/> Jalan nafas paten, mudah bernafas, tidak merasa tercekik dan tidak ada 	<p>NIC:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Monitor tingkat kesadaran, reflek batuk dan kemampuan menelan <input type="checkbox"/> Monitor status paru <input type="checkbox"/> Pelihara jalan nafas <input type="checkbox"/> Lakukan suction jika diperlukan <input type="checkbox"/> Cek nasogastrik sebelum makan <input type="checkbox"/> Hindari makan kalau residu masih banyak <input type="checkbox"/> Potong makanan kecil kecil <input type="checkbox"/> Haluskan obat sebelum pemberian <input type="checkbox"/> Naikkan kepala 30-45 derajat setelah makan

	suara nafas abnormal	
<p>Hipertermia</p> <p>Berhubungan dengan :</p> <ul style="list-style-type: none"> - penyakit/ trauma - peningkatan metabolisme - aktivitas yang berlebih - dehidrasi <p>DO/DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> kenaikan suhu tubuh diatas rentang normal <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> serangan atau konvulsi (kejang) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> kulit kemerahan <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> penambahan RR <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> takikardi <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Kulit teraba panas/ hangat 	<p>NOC:</p> <p>Thermoregulasi</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama.....pasien menunjukkan :</p> <p>Suhu tubuh dalam batas normal dengan kreiteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Suhu 36 – 37C <input type="checkbox"/> Nadi danRR dalam rentangnormal <input type="checkbox"/> Tidak ada perubahan warna kulit dan tidak ada pusing, 	<p>NIC :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Monitor suhu sesering mungkin <input type="checkbox"/> Monitor warna dan suhu kulit <input type="checkbox"/> Monitor tekanan darah, nadi dan RR <input type="checkbox"/> Monitor penurunan tingkat kesadaran <input type="checkbox"/> Monitor WBC, Hb, dan Hct <input type="checkbox"/> Monitor intake dan output <input type="checkbox"/> Berikan anti piretik: <input type="checkbox"/> Kelola Antibiotik:..... <input type="checkbox"/> Selimuti pasien <input type="checkbox"/> Berikan cairan intravena <input type="checkbox"/> Kompres pasien pada lipat paha danaksila <input type="checkbox"/> Tingkatkan sirkulasi udara <input type="checkbox"/> Tingkatkan intake cairan dan nutrisi <input type="checkbox"/> Monitor TD, nadi, suhu, dan RR <input type="checkbox"/> Catat adanya

		<p>fluktuasi tekanandarah</p> <p><input type="checkbox"/> Monitor hidrasi seperti turgor kulit,kelembaban membran mukosa)</p>
<p>Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh</p> <p>Berhubungan dengan : Ketidakmampuan untuk memasukkan atau mencerna nutrisi oleh karena faktor biologis, psikologis atau ekonomi.</p> <p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nyeri abdomen - Muntah - Kejang perut - Rasa penuh tiba-tiba setelah makan <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diare - Rontok rambut yang berlebih - Kurang nafsu makan - Bising usus berlebih - Konjungtiva pucat 	<p>NOC:</p> <p>a. Nutritional status: Adequacy of nutrient</p> <p>b. Nutritional Status : food and Fluid Intake</p> <p>c. Weight Control</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama...nutrisi kurang teratasi dengan indikator:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Albumin serum <input type="checkbox"/> Pre albumin serum <input type="checkbox"/> Hematokrit <input type="checkbox"/> Hemoglobin <input type="checkbox"/> Total iron binding capacity <input type="checkbox"/> Jumlah limfosit 	<p><input type="checkbox"/>Kaji adanya alergi makanan</p> <p><input type="checkbox"/>Kolaborasi dengan ahli gizi untukmenentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien</p> <p><input type="checkbox"/>Yakinkan diet yang dimakan mengandungtinggi serat untuk mencegah konstipasi</p> <p><input type="checkbox"/>Ajarkan pasien bagaimana membuatcatatan makanan harian.</p> <p><input type="checkbox"/>Monitor adanya penurunan BB dan guladarah</p> <p><input type="checkbox"/>Monitor lingkungan selama makan</p> <p><input type="checkbox"/>Jadwalkan pengobatan dan tindakan tidakselama jam makan</p> <p><input type="checkbox"/>Monitor turgor kulit</p>

<p>- Denyut nadi lemah</p>		<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Monitor kekeringan, rambut kusam, totalprotein, Hb dan kadar Ht <input type="checkbox"/> Monitor mual dan muntah <input type="checkbox"/> Monitor pucat, kemerahan, dan kekeringanjaringan konjungtiva <input type="checkbox"/> Monitor intake nutrisi <input type="checkbox"/> Informasikan pada pasien dan keluargatentang manfaat nutrisi <input type="checkbox"/> Kolaborasi dengan dokter tentangkebutuhan suplemen makanan sepertiNGT/ TPN sehingga intake cairan yang adekuat dapat dipertahankan. <input type="checkbox"/> Atur posisi semi fowler atau fowler tinggiselama makan <input type="checkbox"/> Kelola pemberan anti emetik:..... <input type="checkbox"/> Anjurkan banyak minum
----------------------------	--	--

		<input type="checkbox"/> Pertahankan terapi IV line <input type="checkbox"/> Catat adanya edema, hiperemik, hipertoni papila lidah dan cavitas oval
Defisit Volume Cairan Berhubungan dengan: - Kehilangan volume cairan secara aktif - Kegagalan mekanisme pengaturan DS : - Haus DO: - Penurunan turgor kulit/lidah -Membran mukosa/kulit kering - Peningkatan denyut nadi, penurunan tekanan darah, penurunan volume/tekanan nadi - Pengisian vena menurun - Perubahan status mental - Konsentrasi urine meningkat	NOC: <input type="checkbox"/> Fluid balance <input type="checkbox"/> Hydration <input type="checkbox"/> Nutritional Status : Food and Fluid Intake Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama..... defisit volume cairan teratasi dengan kriteria hasil: <input type="checkbox"/> Mempertahankan urine output sesuai dengan usia dan BB, BJ urine normal, <input type="checkbox"/> Tekanan darah, nadi, suhu tubuh dalam batas normal <input type="checkbox"/> Tidak ada tanda tanda dehidrasi, Elastisitas turgor kulit baik, membran mukosa lembab, tidak ada rasa haus yang berlebihan <input type="checkbox"/> Orientasi terhadap waktu dan tempat baik <input type="checkbox"/> Jumlah dan	NIC : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pertahankan catatan intake dan output yang akurat <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Monitor status hidrasi (kelembaban membran mukosa, nadi adekuat, tekanan darah ortostatik), jikadiperlukan <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Monitor hasil lab yang sesuai dengan retensi cairan (BUN , Hmt ,osmolalitas urin, albumin, totalprotein) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Monitor vital sign setiap 15menit – 1jam <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Kolaborasi pemberian cairan IV <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Monitor status nutrisi <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Berikan cairan oral <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Berikan penggantian nasogatrik

<ul style="list-style-type: none"> - Temperatur tubuh meningkat - Kehilangan berat badan secara tiba-tiba - Penurunan urine output - HMT meningkat - Kelemahan 	<p>irama pernapasan dalam batas normal</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Elektrolit, Hb, Hmt dalam batas normal <input type="checkbox"/> pH urin dalam batas normal <input type="checkbox"/> Intake oral dan intravena adekuat 	<p>sesuai output (50 – 100cc/jam)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> Dorong keluarga untuk membantupasien makan <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> Kolaborasi dokter jika tanda cairan berlebih muncul meburuk <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> Atur kemungkinan tranfusi <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> Persiapan untuk tranfusi <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> Pasang kateter jika perlu <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> Monitor intake dan urin output setiap 8 jam
<p>Kelebihan Volume Cairan</p> <p>Berhubungan dengan :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mekanisme pengaturan melemah - Asupan cairan berlebihan <p>DO/DS :</p> <p>Berat badan meningkat pada waktu yang singkat</p> <p>Asupan berlebihan</p>	<p>NOC :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Electrolit and acid base balance <input type="checkbox"/> Fluid balance <input type="checkbox"/> Hydration <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama</p> <p>Kelebihan volume cairan teratasi dengan kriteria:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Terbebas dari edema, efusi, 	<p>NIC :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> Pertahankan catatan intake dan output yang akurat <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> Pasang urin kateter jika diperlukan <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> Monitor hasil lab yang sesuai dengan retensi cairan (BUN , Hmt , osmolalitas urin) <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> Monitor vital sign <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> Monitor indikasi

<p>dibanding output</p> <p>Distensi vena jugularis</p> <p>Perubahan pada pola nafas, dyspnoe/sesak nafas,</p> <p>orthopnoe, suara nafas abnormal (Rales atau crackles),</p> <p>, pleural effusion</p> <p>Oliguria, azotemia</p> <p>Perubahan status mental, kegelisahan, kecemasan</p>	<p>anaskara</p> <p><input type="checkbox"/> Bunyi nafas bersih, tidak ada dyspneu/ortopneu</p> <p><input type="checkbox"/> Terbebas dari distensi vena jugularis,</p> <p><input type="checkbox"/> Memelihara tekanan vena sentral, tekanan kapiler paru, output jantung dan vital sign DBN</p> <p><input type="checkbox"/> Terbebas dari kelelahan, kecemasan atau bingung</p>	<p>retensi / kelebihan cairan (crackles, CVP , edema, distensi vena leher, asites)</p> <p><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/>Kaji lokasi dan luas edema</p> <p><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/>Monitor masukan makanan / cairan</p> <p><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/>Monitor status nutrisi</p> <p><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/>Berikan diuretik sesuai interuksi</p> <p><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/>Kolaborasi pemberian obat:</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/>Monitor berat badan</p> <p><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/>Monitor elektrolit</p> <p><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/>Monitor tanda dan gejala dari Odema</p>
<p>Risiko infeksi</p> <p>Faktor-faktor risiko :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prosedur Infasif - Kerusakan jaringan dan peningkatan paparan lingkungan - Malnutrisi - Peningkatan paparan lingkungan patogen - Imonusupresi - Tidak adekuat 	<p>NOC :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Immune Status <input type="checkbox"/> Knowledge : Infection control <input type="checkbox"/> Risk control <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama..... pasien tidak mengalami infeksi dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Pasien bebas dari tanda dan gejala infeksi 	<p>NIC :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/>Pertahankan teknik aseptif <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/>Batasi pengunjung bila perlu <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/>Cuci tangan setiap sebelum dan sesudah tindakan keperawatan <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/>Gunakan baju, sarung tangan sebagai alat pelindung <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/>Ganti letak IV

<p>pertahanan sekunder (penurunan Hb, Leukopenia, penekanan respon inflamasi)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Penyakit kronik - Imunosupresi - Malnutrisi - Pertahan primer tidak adekuat (kerusakan kulit, trauma jaringan, gangguan peristaltik) 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi <input type="checkbox"/> Jumlah leukosit dalam batas normal <input type="checkbox"/> Menunjukkan perilaku hidup sehat <input type="checkbox"/> Status imun, gastrointestinal, genitourinaria dalam batas normal 	<p>perifer dan dressing sesuai dengan petunjuk umum</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> Gunakan kateter intermiten untuk menurunkan infeksi kandung kencing <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> Tingkatkan intake nutrisi <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> Berikan terapi antibiotik:..... <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> Monitor tanda dan gejala infeksi sistemik dan lokal <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> Pertahankan teknik isolasi k/p <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> Inspeksi kulit dan membran mukosa terhadap kemerahan, panas, drainase <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> Monitor adanya luka <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> Dorong masukan cairan <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> Dorong istirahat <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> Ajarkan pasien dan keluarga tanda dan
---	--	---

		<p>gejala infeksi</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Kaji suhu badan pada pasien neutropenia setiap 4 jam</p>
<p>Intoleransi aktivitas</p> <p>Berhubungan dengan :</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tirah Baring atau imobilisasi</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Kelemahan menyeluruh</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ketidakseimbangan antara suplei oksigen dengan kebutuhan</p> <p>Gaya hidup yang dipertahankan.</p> <p>DS:</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Melaporkan secara verbal adanya kelelahan atau kelemahan.</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Adanya dyspneu atau ketidaknyamanan saat beraktivitas.</p> <p>DO :</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Respon abnormal dari tekanan darah atau nadi terhadap aktifitas</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Perubahan ECG : aritmia, iskemia</p>	<p>NOC :</p> <p><input type="checkbox"/> Self Care : ADLs</p> <p><input type="checkbox"/> Toleransi aktivitas</p> <p><input type="checkbox"/> Konservasi energi</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama</p> <p>Pasien bertoleransi terhadap aktivitas dengan Kriteria</p> <p>Hasil :</p> <p><input type="checkbox"/> Berpartishifta si dalam aktivitas fisik tanpa disertai peningkatan tekanan darah, nadi dan RR</p> <p><input type="checkbox"/> Mampu melakukan aktivitas sehari hari (ADLs) secaramandiri</p> <p><input type="checkbox"/> Keseimbangan aktivitas dan istirahat</p>	<p>NIC :</p> <p><input type="checkbox"/> Observasi adanya pembatasan pasien dalam melakukan aktivitas</p> <p><input type="checkbox"/> Kaji adanya faktor yang menyebabkan kelelahan</p> <p><input type="checkbox"/> Monitor nutrisi dan sumber energi yang adekuat</p> <p><input type="checkbox"/> Monitor pasien akan adanya kelelahan fisik dan emosi secara berlebihan</p> <p><input type="checkbox"/> Monitor respon kardiovaskuler terhadap aktivitas (takikardi, disritmia, sesak nafas, diaporesis, pucat, perubahan hemodinamik)</p> <p><input type="checkbox"/> Monitor pola tidur dan lamanya</p>

		<p>tidur/istirahat pasien</p> <p><input type="checkbox"/> Kolaborasikan dengan Tenaga Rehabilitasi Medik dalam merencanakan program terapi yang tepat.</p> <p><input type="checkbox"/> Bantu pasien untuk mengidentifikasi aktivitas yang dapat dilakukan</p> <p><input type="checkbox"/> Bantu untuk memilih aktivitas konsisten yang sesuai dengan kemampuan fisik, psikologi dan sosial</p> <p><input type="checkbox"/> Bantu untuk mengidentifikasi dan mendapatkan sumber yang diperlukan untuk aktivitas yang diinginkan</p> <p><input type="checkbox"/> Bantu untuk mendapatkan alat bantuan aktivitas seperti kursi roda, krek</p> <p><input type="checkbox"/> Bantu untuk mengidentifikasi aktivitas yang disukai</p>
--	--	--

		<input type="checkbox"/> Bantu pasien untuk membuat jadwal latihan diwaktu luang <input type="checkbox"/> Bantu pasien/keluarga untuk mengidentifikasi kekurangan dalam beraktivitas <input type="checkbox"/> Sediakan penguatan positif bagi yang aktif beraktivitas <input type="checkbox"/> Bantu pasien untuk mengembangkan motivasi diri dan penguatan <input type="checkbox"/> Monitor respon fisik, emosi, sosial dan spiritual
Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan : Eksternal : - Hipertermia atau hipotermia - Substansi kimia - Kelembaban - Faktor mekanik (misalnya : alat yang dapat menimbulkan luka, tekanan, restraint)	NOC : Tissue Integrity : Skin and Mucous Membranes Wound Healing : primer dan sekunder Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama..... kerusakan integritas kulit pasien teratasi dengan kriteria hasil: <input type="checkbox"/> Integritas kulit yang baik bisa dipertahankan (sensasi, el	NIC : Pressure Management <input type="checkbox"/> Anjurkan pasien untuk menggunakan pakaian yang longgar <input type="checkbox"/> Hindari kerutan pada tempat tidur <input type="checkbox"/> Jaga kebersihan kulit agar tetap bersih dan kering <input type="checkbox"/> Mobilisasi pasien (ubah posisi

<ul style="list-style-type: none"> - Immobilitas fisik - Radiasi - Usia yang ekstrim - Kelembaban kulit - Obat-obatan <p>Internal :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perubahan status metabolik - Tonjolan tulang - Defisit imunologi - Berhubungan dengan dengan perkembangan - Perubahan sensasi - Perubahan status nutrisi (obesitas, kekurusan) - Perubahan status cairan - Perubahan pigmentasi - Perubahan sirkulasi - Perubahan turgor (elastisitas kulit) <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gangguan pada bagian tubuh - Kerusakan lapisan kulit(dermis) - Gangguan permukaan kulit (epidermis) 	<p>astisitas,temperatur, hidrasi,pigmentasi)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Tidak adaluka/lesi pada kulit <input type="checkbox"/> Perfusijaringan baik <input type="checkbox"/> Menunjukkan pemahaman dalamproses perbaikan kulit dan mencegahterjadinya sedera berulang <input type="checkbox"/> Mampu melindungi kulit danmempertahankan kelembaban kulit dan perawatan alami <input type="checkbox"/> Menunjukkan terjadinya proses penyembuhan luka 	<p>pasien)setiap dua jam sekali</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/>Monitor kulit akan adanya kemerahan <input type="checkbox"/>Oleskan lotion atau minyak/baby oil padaderah yang tertekan <input type="checkbox"/>Monitor aktivitas dan mobilisasi pasien <input type="checkbox"/>Monitor status nutrisi pasien <input type="checkbox"/>Memandikan pasien dengan sabun dan airhangat <input type="checkbox"/> Kaji lingkungan dan peralatan yangmenyebabkan tekanan <input type="checkbox"/>Observasi luka : lokasi, dimensi,kedalaman luka, karakteristik,warna cairan, granulasi, jaringan nekrotik, tandatandainfeksi lokal, formasi traktus <input type="checkbox"/> Ajarkan pada keluarga tentang luka danperawatan luka <input type="checkbox"/> Kolaborasi ahli gizi
---	--	---

		pemberian diet TKTP, vitamin <input type="checkbox"/> Cegah kontaminasi feses dan urin <input type="checkbox"/> Lakukan tehnik perawatan luka dengan steril <input type="checkbox"/> Berikan posisi yang mengurangi tekanan pada luka
Kecemasan berhubungan dengan Faktor keturunan, Krisis situasional, Stress, perubahan status kesehatan, ancaman kematian, perubahan konsep diri, kurang pengetahuan dan hospitalisasi DO/DS: - Insomnia - Kontak mata kurang - Kurang istirahat - Berfokus pada diri sendiri - Iritabilitas - Takut	NOC : - Kontrol kecemasan - Koping Setelah dilakukan asuhan selamapasien kecemasan teratasi dgn kriteria hasil: <input type="checkbox"/> Pasien mampu mengidentifikasi dan mengungkapkan gejala cemas <input type="checkbox"/> Mengidentifikasi, mengungkapkan dan menunjukkan tehnik untuk mengontrol cemas <input type="checkbox"/> Vital sign dalam batas normal <input type="checkbox"/> Postur tubuh, ekspresi wajah, bahasa tubuh dan tingkat aktivitas menunjukkan	NIC : Anxiety Reduction (penurunan kecemasan) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Gunakan pendekatan yang menenangkan <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nyatakan dengan jelas harapan terhadap perilaku pasien <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Jelaskan semua prosedur dan apa yang dirasakan selama prosedur <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Temani pasien untuk memberikan keamanan dan mengurangi takut <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Berikan informasi faktual mengenai diagnosis, tindakan prognosis

<ul style="list-style-type: none"> - Nyeri perut - Penurunan TD dan denyutnadi - Diare, mual, kelelahan - Gangguan tidur - Gemetar - Anoreksia, mulut kering - Peningkatan TD, denyutnadi, RR - Kesulitan bernafas - Bingung - Bloking dalam pembicaraan - Sulit berkonsentrasi 	<p>berkurangnya kecemasan</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Libatkan keluarga untuk mendampingi pasien <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Instruksikan pada pasien untuk menggunakan tehnik relaksasi <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dengarkan dengan penuh perhatian <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Identifikasi tingkat kecemasan <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Bantu pasien mengenal situasi yang menimbulkan kecemasan <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dorong pasien untuk mengungkapkan perasaan, ketakutan, persepsi <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Kelola pemberian obat anti cemas:.....
<p>Takut berhubungan dengan efek terhadap gaya hidup, kebutuhan injeksi secaramandiri, komplikasi DM, ditandaidengan DS : Peningkatan ketegangan, panik, penurunan</p>	<p>NOC :Anxiety control Fear control Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama.....takut pasien teratasi dengan kriteria hasil : - Memiliki informasi untuk mengurangi</p>	<p>NIC: Coping Enhancement Jelaskan pada pasien tentang proses penyakit Jelaskan semua tes dan pengobatan padapatient dan keluarga</p>

<p>kepercayaan diri, cemas DO : Penurunan produktivitas, kemampuan belajar, kemampuan menyelesaikan masalah, mengidentifikasi obyek ketakutan, peningkatan kewaspadaan, anoreksia, mulut kering, diare, mual, pucat, muntah, perubahan tanda-tandavital</p>	<p>takut - Menggunakan tehnik relaksasi - Mempertahankan hubungan sosial dan fungsi peran - Mengontrol respon takut</p>	<p>Sediakan reinforcement positif ketika pasien melakukan perilaku untuk mengurangi takut Sediakan perawatan yang berkesinambungan Kurangi stimulasi lingkungan yang dapat menyebabkan misinterpretasi Dorong mengungkapkan secara verbal perasaan, persepsi dan rasa takutnya Perkenalkan dengan orang yang mengalami penyakit yang sama Dorong pasien untuk mempraktekan tehnikrelaksasi</p>
<p>Penurunan curah jantung b/d gangguan irama jantung, stroke volume, pre load danafterload, kontraktilitasjantung. DO/DS:</p>	<p>NOC : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cardiac Pump effectiveness <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Circulation Status <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Vital Sign Status <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tissue perfusion: perifer Setelah dilakukan asuhan selama.....penurunan</p>	<p>NIC : <input type="checkbox"/> Evaluasi adanya nyeri dada <input type="checkbox"/> Catat adanya disritmia jantung <input type="checkbox"/> Catat adanya tanda dan gejala penurunan cardiac</p>

<ul style="list-style-type: none"> - Aritmia, takikardia, bradikardia - Palpitasi, oedem - Kelelahan -Peningkatan/ penurunan JVP - Distensi vena jugularis - Kulit dingin dan lembab - Penurunan denyut nadiperifer - Oliguria, kapilari refill lambat - Nafas pendek/ sesak nafas - Perubahan warna kulit - Batuk, bunyi jantung S3/S4 - Kecemasan 	<p>kardiak output pasien teratasi dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Tanda Vital dalam rentang normal(Tekanan darah, Nadi,respirasi) <input type="checkbox"/> Dapat mentoleransi aktivitas, tidak adakelelahan <input type="checkbox"/> Tidak ada edema paru, perifer, dan tidak adaasites <input type="checkbox"/> Tidak ada penurunan kesadaran <input type="checkbox"/> AGD dalam batasnormal <input type="checkbox"/> Tidak ada distensi vena leher <input type="checkbox"/> Warna kulit normal 	<p>putput</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Monitor status pernafasan yang menandakan gagal jantung <input type="checkbox"/> Monitor balance cairan <input type="checkbox"/> Monitor respon pasien terhadap efekpengobatan antiaritmia <input type="checkbox"/> Atur periode latihan dan istirahat untukmenghindari kelelahan <input type="checkbox"/> Monitor toleransi aktivitas pasien <input type="checkbox"/> Monitor adanya dyspneu, fatigue, tekipeu dan ortopneu <input type="checkbox"/> Anjurkan untuk menurunkan stress <input type="checkbox"/> Monitor TD, nadi, suhu, dan RR <input type="checkbox"/> Monitor VS saat pasien berbaring, duduk,atau berdiri <input type="checkbox"/> Auskultasi TD pada kedua lengan danbandingkan <input type="checkbox"/> Monitor TD, nadi, RR, sebelum,
---	--	--

		<p>selama,dan setelah aktivitas</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Monitor jumlah, bunyi dan irama jantung <input type="checkbox"/> Monitor frekuensi dan irama pernapasan <input type="checkbox"/> Monitor pola pernapasan abnormal <input type="checkbox"/> Monitor suhu, warna, dan kelembabankulit <input type="checkbox"/> Monitor sianosis perifer <input type="checkbox"/> Monitor adanya cushing triad (tekanannadi yang melebar, bradikardi,peningkatan sistolik) <input type="checkbox"/> Identifikasi penyebab dari perubahanvital sign <input type="checkbox"/> Jelaskan pada pasien tujuan dari pemberian oksigen <input type="checkbox"/> Sediakan informasi untuk mengurangistress <input type="checkbox"/> Kelola pemberian obat anti aritmia, inotropik,
--	--	--

		nitrogliserin dan vasodilator untuk mempertahankan kontraktilitas jantung <input type="checkbox"/> Kelola pemberian antikoagulan untuk mencegah trombus perifer <input type="checkbox"/> Minimalkan stress lingkungan
Perfusi jaringan kardiopulmonal tidak efektif b/d gangguan afinitas Hb oksigen, penurunan konsentrasi Hb, Hipervolemia, Hipoventilasi, gangguan transport O ₂ , gangguan aliran arteri dan vena DS: - Nyeri dada - Sesak nafas DO - AGD abnormal - Aritmia - Bronko spasme - Kapilare refill > 3 dtk - Retraksi dada - Penggunaan otot-otot	NOC : <input type="checkbox"/> Cardiac pump Effectiveness <input type="checkbox"/> Circulation status <input type="checkbox"/> Tissue Prefusion : cardiac, periferal <input type="checkbox"/> Vital Sign Statusl Setelah dilakukan asuhan selama..... ketidakefektifan perfusi jaringan kardiopulmonal teratasi dengan kriteria hasil: <input type="checkbox"/> Tekanan systole dan diastole dalam rentang yang diharapkan <input type="checkbox"/> CVP dalam batas normal <input type="checkbox"/> Nadiperifer kuat dan simetris <input type="checkbox"/> Tidak ada oedem perifer dan	NIC : <input type="checkbox"/> Monitor nyeri dada (durasi, intensitas dan faktor-faktor preshiftitasi) <input type="checkbox"/> Observasi perubahan ECG <input type="checkbox"/> Auskultasi suara jantung dan paru <input type="checkbox"/> Monitor irama dan jumlah denyut jantung <input type="checkbox"/> Monitor angka PT, PTT dan AT <input type="checkbox"/> Monitor elektrolit (potassium dan magnesium) <input type="checkbox"/> Monitor status cairan <input type="checkbox"/> Evaluasi oedem perifer dan denyut nadi <input type="checkbox"/> Monitor

<p>tambahan</p>	<p>asites</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Denyutjantung, AGD, ejeksi fraksi dalam batasnormal <input type="checkbox"/> Bunyi jantung abnormal tidak ada <input type="checkbox"/> Nyeri dada tidak ada <input type="checkbox"/> Kelelahan yang ekstrim tidak ada <input type="checkbox"/> Tidak ada ortostatik hipertensi 	<p>peningkatan kelelahan dan kecemasan</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Instruksikan pada pasien untuk tidak mengejan selama BAB <input type="checkbox"/> Jelaskan pembatasan intake kafein, sodium, kolesterol dan lemak <input type="checkbox"/> Kelola pemberian obat-obat: analgesik, anti koagulan, nitroglicerine, vasodilat or dan diuretik. <input type="checkbox"/> Tingkatkan istirahat (batasi pengunjung, kontrol stimulasi lingkungan)
<p>Perfusi jaringan cerebral tidak efektif b/d gangguan afinitas Hb oksigen, penurunan konsentrasi Hb, Hipervolemia, Hipoventilasi, gangguan transport O₂, gangguan aliran arteri</p>	<p>NOC :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Circulation status <input type="checkbox"/> Neurologic status <input type="checkbox"/> Tissue Prefusion :cerebral <p>Setelah dilakukan asuhan selama..... ketidakefektifan perfusi jaringan cerebral teratasi dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Tekanan systole dan 	<p>NIC :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Monitor TTV <input type="checkbox"/> Monitor AGD, ukuran pupil, ketajaman, kesimetrisan dan reaksi <input type="checkbox"/> Monitor adanya diplopia, pandangankabur, nyeri kepala

<p>danvena</p> <p>DO</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gangguan status mental - Perubahan perilaku - Perubahan respon motorik - Perubahan reaksi pupil - Kesulitan menelan - Kelemahan atau paralisis ekstremitas - Abnormalitas bicara 	<p>diastole</p> <p>dalam rentang yang diharapkan</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Tidak ada ortostatik hipertensi <input type="checkbox"/> Komunikasi jelas <input type="checkbox"/> Menunjukkan konsentrasi dan orientasi <input type="checkbox"/> Pupil seimbang dan reaktif <input type="checkbox"/> Bebas dari aktivitas kejang <input type="checkbox"/> Tidak mengalami 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Monitor level kebingungan dan orientasi <input type="checkbox"/> Monitor tonus otot pergerakan <input type="checkbox"/> Monitor tekanan intrakranial dan respon nerologis <input type="checkbox"/> Catat perubahan pasien dalam merespon stimulus <input type="checkbox"/> Monitor status cairan <input type="checkbox"/> Pertahankan parameter hemodinamik <input type="checkbox"/> Tinggikan kepala 0-45o tergantung pada kondisi pasien dan order medis.
<p>Perfusi jaringan gastrointestinal tidak efektif b/d gangguan afinitas</p> <p>Hb oksigen, penurunan konsentrasi Hb, Hipervolemia, Hipoventilasi, gangguan transport O₂, gangguan aliran</p>	<p>NOC :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Bowl Elimination <input type="checkbox"/> Circulation status <input type="checkbox"/> Electrolite and AcidBase Balance <input type="checkbox"/> Fluid Balance <input type="checkbox"/> Hidration <input type="checkbox"/> Tissue perfusion:abdominal organs <p>Setelah dilakukan asuhan selama.....</p>	<p>NIC :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Monitor TTV <input type="checkbox"/> Monitor elektrolit <input type="checkbox"/> Monitor irama jantung <input type="checkbox"/> Catat intake dan output secara akurat <input type="checkbox"/> Kaji tanda-tanda gangguan keseimbangan cairan

<p>arteri dan vena</p> <p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nyeri - perut - Mual <p>DO</p> <ul style="list-style-type: none"> - Distensi abdominal - Bising usus turun/ tidak ada 	<p>ketidakefektifan perfusi jaringan gastrointestinal teratasi dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Jumlah, warna, konsistensi dan bau feses dalam batas normal <input type="checkbox"/> Tidak ada nyeri perut <input type="checkbox"/> Bising usus normal <input type="checkbox"/> Tekanan systole dan diastole dalam rentang normal <input type="checkbox"/> Distensi vena leher tidak ada <input type="checkbox"/> Gangguan mental, orientasi pengetahuan dan kekuatan otot normal <input type="checkbox"/> Na, K, Cl, Ca, Mg dan Biknat dalam batas normal <input type="checkbox"/> Tidak ada bunyi nafas tambahan <input type="checkbox"/> Intake output seimbang <input type="checkbox"/> Tidak ada oedem perifer dan asites <input type="checkbox"/> Tidak ada rasa haus yang abnormal <input type="checkbox"/> Membran mukosa lembab <input type="checkbox"/> Hematokrit dalam batas Normal 	<p>dan elektrolit (membran mukosa kering, sianosis, jaundice)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Kelola pemberian suplemen elektrolit sesuai order <input type="checkbox"/> Kolaborasi dengan ahli gizi jumlah kalori dan jumlah zat gizi yang dibutuhkan <input type="checkbox"/> Pasang NGT jika perlu <input type="checkbox"/> Monitor output gaster
---	--	--

<p>Perfusi jaringan renal tidak efektif b/d gangguan afinitas Hb oksigen, penurunan konsentrasi Hb, Hipervolemia, Hipuventilasi, gangguan transport O₂, gangguan aliran arteri dan vena DO</p> <ul style="list-style-type: none"> - Peningkatan rasio ureum kreatinin - Hematuria - Oliguria/ anuria - Warna kulit pucat - Pulsasi arterial tidak teraba 	<p>NOC :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Circulation status <input type="checkbox"/> Electrolite and Acid Base Balance <input type="checkbox"/> Fluid Balance <input type="checkbox"/> Hidration <input type="checkbox"/> Tissue Prefusion : renal <input type="checkbox"/> Urinari elimination <p>Setelah dilakukan asuhan selama..... ketidakefektifan perfusi jaringan renal teratasi dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Tekanan systole dan diastole dalam batas normal <input type="checkbox"/> Tidakada gangguan mental, orientasi kognitif dankekuatan otot <input type="checkbox"/> Na, K,Cl, Ca, Mg, BUN, Creatdan Biknat dalambatas normal <input type="checkbox"/> Tidakada distensi vena leher <input type="checkbox"/> Tidakada bunyi paru tambahan <input type="checkbox"/> Intakeoutput seimbang <input type="checkbox"/> Tidakada oedem perifer dan asites <input type="checkbox"/> Tidakada rasa haus yang 	<p>NIC :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Observasi status hidrasi (kelembaban membran mukosa, TD ortostatik, dan keadekuatan dindingnadi) <input type="checkbox"/> Monitor HMT, Ureum, albumin, totalprotein, serum osmolalitas dan urin <input type="checkbox"/> Observasi tanda-tanda cairanberlebih/retensi (CVP meningkat,oedem, distensi vena leher dan asites) <input type="checkbox"/> Pertahankan intake dan outputsecara akurat <input type="checkbox"/> Monitor TTV <p>Pasien Hemodialisis:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Observasi terhadap dehidrasi, kramotot dan aktivitas kejang <input type="checkbox"/> Observasi reaksi tranfusi <input type="checkbox"/> Monitor TD <input type="checkbox"/> Monitor BUN, Creat, HMT danelektrolit
---	--	---

	<p>abnormal</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Membran mukosa lembab <input type="checkbox"/> Hematokrit dbn <input type="checkbox"/> Warna dan bau urin dalam batas normal 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Timbang BB sebelum dan sesudah prosedur <input type="checkbox"/> Kaji status mental <input type="checkbox"/> Monitor CTPasien Peritoneal Dialisis: <input type="checkbox"/> Kaji temperatur, TD, denyut perifer, RR dan BB <input type="checkbox"/> Kaji BUN, Creat pH, HMT, elektrolit selama prosedur <input type="checkbox"/> Monitor adanya respiratory distress <input type="checkbox"/> Monitor banyaknya dan penampakan cairan <input type="checkbox"/> Monitor tanda-tanda infeksi
<p>Defisit perawatan diri</p> <p>Berhubungan dengan : penurunan atau kurangnya motivasi, hambatan lingkungan, kerusakan muskuloskeletal, kerusakan neuromuskular, nyeri, kerusakan persepsi/ kognitif,</p>	<p>NOC :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Self care : Activity of Daily Living (ADLs) <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama Defisit perawatan diri teratas dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Pasien terbebas dari bau badan <input type="checkbox"/> Menyatakan 	<p>NIC :</p> <p>Self Care assistane : ADLs</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Monitor kemampuan pasien untuk perawatan diri yang mandiri. <input type="checkbox"/> Monitor kebutuhan pasien untuk alat bantu untuk

<p>kecemasan, kelemahan dan kelelahan. DO : ketidakmampuan untuk mandi, ketidakmampuan untuk berpakaian, ketidakmampuan untuk makan, ketidakmampuan untuk toileting</p>	<p>kenyamanan terhadap kemampuan untuk melakukan ADLs <input type="checkbox"/> Dapat melakukan ADLS dengan bantuan</p>	<p>kebersihan diri, berpakaian, berhias, toileting dan makan. <input type="checkbox"/> Sediakan bantuan sampai pasien mampu secara utuh untuk melakukan self-care. <input type="checkbox"/> Dorong pasien untuk melakukan aktivitas sehari-hari yang normal sesuai kemampuan yang dimiliki. <input type="checkbox"/> Dorong untuk melakukan secara mandiri, tapi beri bantuan ketika pasien tidak mampu melakukannya. <input type="checkbox"/> Ajarkan pasien/keluarga untuk mendorong kemandirian, untuk memberikan bantuan hanya jika pasien tidak mampu untuk melakukannya. <input type="checkbox"/> Berikan aktivitas rutin sehari-hari sesuai kemampuan.</p>
---	--	---

		<input type="checkbox"/> Pertimbangkan usia pasien jika mendorong pelaksanaan aktivitas sehari-hari.
Risiko gangguan integritas kulit Faktor-faktor risiko: Eksternal : - Hipertermia atau hipotermia - Substansi kimia - Kelembaban udara - Faktor mekanik (misalnya : alat yang dapat menimbulkan luka, tekanan, restraint) - Imobilitas fisik - Radiasi - Usia yang ekstrim - Kelembaban kulit - Obat-obatan - Ekskresi dan sekresi Internal : - Perubahan status metabolik - Tulang menonjol - Defisit imunologi - Berhubungan dengan perkembangan - Perubahan sensasi	NOC : - Tissue Integrity : Skin and Mucous Membranes - Status Nutrisi - Tissue Perfusion:perifer - Dialysis Access Integrity Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama.... Gangguan integritas kulit tidak terjadi dengan kriteria hasil: <input type="checkbox"/> Integritas kulit yang baik bisa dipertahankan <input type="checkbox"/> Melaporkan adanya gangguan sensasi atau nyeri pada daerah kulit yang mengalami gangguan <input type="checkbox"/> Menunjukkan pemahaman dalam proses perbaikan kulit dan mencegah terjadinya sedera berulang <input type="checkbox"/> Mampu melindungi kulit dan mempertahankan kelembaban kulit dan perawatan alami <input type="checkbox"/> Status nutrisi adekuat <input type="checkbox"/> Sensasi dan warna kulit	NIC : Pressure Management <input type="checkbox"/> Anjurkan pasien untuk menggunakan pakaian yang longgar <input type="checkbox"/> Hindari kerutan pada tempat tidur <input type="checkbox"/> Jaga kebersihan kulit agar tetap bersih dan kering <input type="checkbox"/> Mobilisasi pasien (ubah posisi pasien) setiap dua jam sekali <input type="checkbox"/> Monitor kulit akan adanya kemerahan <input type="checkbox"/> Oleskan lotion atau minyak/baby oil pada daerah yang tertekan <input type="checkbox"/> Monitor aktivitas dan mobilisasi pasien <input type="checkbox"/> Monitor status nutrisi pasien <input type="checkbox"/> Memandikan pasien dengan sabun dan air hangat <input type="checkbox"/> Gunakan

<p>- Perubahan statusnutrisi (obesitas,kekurusan)</p> <p>- Perubahan pigmentasi</p> <p>- Perubahan sirkulasi</p> <p>- Perubahan turgor (elastisitas kulit)</p> <p>- Psikogenik</p>	<p>Normal</p>	<p>pengkajian risiko untuk memonitor faktor risiko pasien (BradenScale, Skala Norton)</p> <p><input type="checkbox"/> Inspeksi kulit terutama pada tulang-tulang yang menonjol dan titik-titik tekanan ketika merubah posisi pasien.</p> <p><input type="checkbox"/> Jaga kebersihan alat tenun</p> <p><input type="checkbox"/> Kolaborasi dengan ahli gizi untuk pemberian tinggi protein, mineral dan vitamin</p> <p><input type="checkbox"/> Monitor serum albumin dan transferin</p>
<p>Ketidakseimbangan nutrisi lebih dari kebutuhan tubuh</p> <p>Berhubungan dengan : Intake yang berlebihan terhadap kebutuhan metabolisme tubuh</p> <p>DS :</p> <p>- Laporan adanya sedikit</p>	<p>NOC :</p> <p><input type="checkbox"/> Nutritional Status : food and Fluid Intake</p> <p><input type="checkbox"/> Nutritional Status : nutrient Intake</p> <p><input type="checkbox"/> Weightcontrol</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama</p>	<p>NIC :</p> <p>Weight Management</p> <p><input type="checkbox"/> Diskusikan bersama pasien mengenai hubungan antara intake makanan, latihan, peningkatan BB dan penurunan BB</p> <p><input type="checkbox"/> Diskusikan bersama</p>

<p>aktivitas atau tidak ada aktivitas</p> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lipatan kulit tricep > 25mm untuk wanita dan > 15 mm untuk pria - BB 20 % di atas ideal untuk tinggi dan kerangka tubuh ideal - Makan dengan responseksternal (misalnya : situasi sosial, sepanjanghari) - Dilaporkan atau diobservasi adanya disfungsi pola makan (misal : memasangkan makanan dengan aktivitas yang lain) - Konsentrasi intake makanan pada menjelang malam 	<p>Ketidak seimbangan nutrisi lebih teratasi dengankriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Mengertifactor yang meningkatkan beratbadan <input type="checkbox"/> Mengidentfifikasi tingkah laku dibawah kontrol pasien <input type="checkbox"/> Memodifikasi diet dalam waktu yang lamauntuk mengontrol berat badan <input type="checkbox"/> Penurunan berat badan 1-2 pounds/mgg <input type="checkbox"/> Menggunakan energy untuk aktivitas sehari hari 	<p>pasien menganikondisi medis yang dapat mempengaruhiBB</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Diskusikan bersama pasien mengenaikebiasaan, gaya hidup dan factorherediter yang dapat mempengaruhi BB <input type="checkbox"/> Diskusikan bersama pasien mengenaiirisiko yang berhubungan dengan BBberlebih dan penurunan BB <input type="checkbox"/> Dorong pasien untuk merubah kebiasaanmakan <input type="checkbox"/> Perkirakan BB badan ideal pasien <p>Nutrition Management</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Kaji adanya alergi makanan <p>Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisiyang dibutuhkan pasien.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Anjurkan pasien untuk meningkatkanintake
--	---	--

		<p>Fe</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Anjurkan pasien untuk meningkatkan protein dan vitamin C <input type="checkbox"/> Berikan substansi gula <input type="checkbox"/> Yakinkan diet yang dimakan mengandung tinggi serat untuk mencegah konstipasi <input type="checkbox"/> Berikan makanan yang terpilih (sudah dikonsultasikan dengan ahli gizi) <input type="checkbox"/> Ajarkan pasien bagaimana membuat catatan makanan harian. <input type="checkbox"/> Monitor jumlah nutrisi dan kandungan kalori <input type="checkbox"/> Berikan informasi tentang kebutuhan nutrisi <input type="checkbox"/> Kaji kemampuan pasien untuk mendapatkan nutrisi yang dibutuhkan <p>Weight reduction</p>
--	--	---

		<p>Assistance</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Fasilitasi keinginan pasien untuk menurunkan BB <input type="checkbox"/> Perkirakan bersama pasien mengenai penurunan BB <input type="checkbox"/> Tentukan tujuan penurunan BB <input type="checkbox"/> Beri pujian/reward saat pasien berhasil mencapai tujuan <input type="checkbox"/> Ajarkan pemilihan makanan
<p>Nyeri akut berhubungan dengan: Agen injuri (biologi, kimia, fisik, psikologis), kerusakan jaringan</p> <p>DS: - Laporan secara verbal</p> <p>DO: - Posisi untuk menahan nyeri - Tingkah laku berhati-hati - Gangguan tidur (mata</p>	<p>NOC :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Pain Level, <input type="checkbox"/> pain control, <input type="checkbox"/> comfort level <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama</p> <p>Pasien tidak mengalami nyeri, dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan tehnik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Melaporkan bahwa 	<p>NIC :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presifitasasi <input type="checkbox"/> Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan <input type="checkbox"/> Bantu pasien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan <input type="checkbox"/> Kontrol lingkungan

<p>sayu, tampak capek, sulit atau gerakan kacau, menyeringai) - Terfokus pada diri sendiri - Fokus menyempit (penurunan persepsi waktu, kerusakan proses berpikir, penurunan interaksi dengan orang dan lingkungan) - Tingkah laku distraksi, contoh : jalan-jalan, menemui orang lain dan/atau aktivitas, aktivitas berulang-ulang) - Respon autonom (seperti diaphoresis, perubahan tekanan darah, perubahan nafas, nadi dan dilatasi pupil) - Perubahan autonomic dalam tonus otot (mungkin dalam rentang dari</p>	<p>nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/>Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri) <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/>Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/>Tanda vital dalam rentang normal <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/>Tidak mengalami gangguan tidur</p>	<p>yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan <input type="checkbox"/> Kurangi faktor preshiftasi nyeri <input type="checkbox"/> Kaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi <input type="checkbox"/> Ajarkan tentang teknik non farmakologi: napas dalam, relaksasi, distraksi, kompres hangat/ dingin <input type="checkbox"/> Berikan analgetik untuk mengurangi nyeri: <input type="checkbox"/> Tingkatkan istirahat <input type="checkbox"/> Berikan informasi tentang nyeri seperti penyebab nyeri, berapa lama nyeri akan berkurang dan antishiftasi ketidaknyamanan dari prosedur <input type="checkbox"/> Monitor vital sign sebelum dan sesudah pemberian</p>
---	---	--

<p>lemahke kaku) - Tingkah laku ekspresif (contoh : gelisah, merintih, menangis, waspada, iritabel, nafas panjang/berkeluh kesah) - Perubahan dalam nafsu makan dan minum</p>		<p>analgesik pertama kali</p>
<p>Nyeri Kronis berhubungan dengan ketidakmampuan fisik-psikososial kronis (metastase kanker, injuri neurologis, artritis) DS: - Kelelahan - Takut untuk injuri ulang DO: - Atropi otot - Gangguan aktifitas - Anoreksia - Perubahan pola tidur - Respon simpatis (suhu dingin, perubahan posisi</p>	<p>NOC: <input type="checkbox"/> Comfort level <input type="checkbox"/> Pain control <input type="checkbox"/> Pain level Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama nyeri kronis pasien berkurang dengan kriteria hasil: <input type="checkbox"/> Tidak ada gangguan tidur <input type="checkbox"/> Tidak ada gangguan konsentrasi <input type="checkbox"/> Tidak ada gangguan hubungan interpersonal <input type="checkbox"/> Tidak ada ekspresimenahan nyeri danungkapan secara verbal <input type="checkbox"/> Tidak ada tegangan otot</p>	<p>NIC : Pain Manajemen - Monitor kepuasan pasien terhadap manajemen nyeri - Tingkatkan istirahat dan tidur yang adekuat - Kelola anti analgetik - Jelaskan pada pasien penyebab nyeri - Lakukan tehnik nonfarmakologis (relaksasi, masase punggung)</p>

tubuh , hipersensitif, perubahan berat badan)		
<p>Gangguan mobilitas fisik</p> <p>Berhubungan dengan :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gangguan metabolisme sel - Keterlambatan perkembangan - Pengobatan - Kurang support lingkungan - Keterbatasan ketahanan kardiovaskuler - Kehilangan integritas struktur tulang - Terapi pembatasan gerak - Kurang pengetahuan tentang kegunaan pergerakan fisik - Indeks massa tubuh diatas 75 tahun percentil sesuai dengan usia - Kerusakan persepsi sensori - Tidak nyaman, nyeri - Kerusakan muskuloskeletal dan neuromuskuler - Intoleransi 	<p>NOC :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Joint Movement : Active <input type="checkbox"/> Mobility Level <input type="checkbox"/> Self care : ADLs <input type="checkbox"/> Transferperformance <p>Setelah dilakukan tindakan Keperawatanselama....gangguan mobilitas fisik teratasidengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Pasien meningkat dalam aktivitas fisik <input type="checkbox"/> Mengerti tujuan dari peningkatan mobilitas <input type="checkbox"/> Memverbalisasikan perasaan dalammeningkatkan kekuatan dankemampuan berpindah <input type="checkbox"/> Memperagakanpenggunaan alat Bantuuntuk mobilisasi(walker) 	<p>NIC :</p> <p>Exercise therapy : ambulation</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Monitoring vital sign sebelum/sesudah latihan dan lihat respon pasien saat latihan <input type="checkbox"/> Konsultasikan dengan terapi fisik tentang rencana ambulasi sesuai dengan kebutuhan <input type="checkbox"/> Bantu pasien untuk menggunakan tongkat saat berjalan dan cegah terhadap cedera <input type="checkbox"/> Ajarkan pasien atau tenaga kesehatan lain tentang teknik ambulasi <input type="checkbox"/> Kaji kemampuan pasien dalam mobilisasi <input type="checkbox"/> Latih pasien dalam pemenuhan kebutuhan ADLs secara mandiri sesuai kemampuan

<p>aktivitas/penurunan kekuatan dan stamina</p> <ul style="list-style-type: none"> - Depresi mood atau cemas - Kerusakan kognitif - Penurunan kekuatan otot, <p>kontrol dan atau masa</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keengganan untuk memulai gerak - Gaya hidup yang menetap, tidak digunakan, deconditioning - Malnutrisi selektif atau umum <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Penurunan waktu reaksi - Kesulitan merubah posisi - Perubahan gerakan (penurunan untuk berjalan, kecepatan, kesulitan memulai langkah pendek) - Keterbatasan motorik kasar dan halus - Keterbatasan ROM 		<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Dampingi dan Bantu pasien saat mobilisasi dan bantu penuh kebutuhanADLs ps. <input type="checkbox"/> Berikan alat Bantu jika pasien memerlukan. <input type="checkbox"/> Ajarkan pasien bagaimana merubahposisi dan berikan bantuan jikadiperlukan
---	--	---

<ul style="list-style-type: none"> - Gerakan disertai nafas pendek atau tremor - Ketidak stabilan posisi selama melakukan ADL - Gerakan sangat lambat dan tidak terkoordinasi 		
<p>Risiko trauma</p> <p>Faktor-faktor risiko</p> <p>Internal:</p> <p>Kelemahan, penglihatan menurun, penurunan sensasi taktil, penurunan koordinasi otot, tangan-mata, kurangnya edukasi keamanan, keterbelakangan mental</p> <p>Eksternal:</p> <p>Lingkungan</p>	<p>NOC :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Knowledge : Personal Safety <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Safety Behavior : Fall Prevention <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Safety Behavior : Fall occurrence <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Safety Behavior : Physical Injury <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tissue Integrity: Skin and Mucous Membran <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama....pasien tidak mengalami trauma dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien terbebas dari trauma fisik 	<p>NIC :</p> <p>Environmental Management safety</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sediakan lingkungan yang aman untuk pasien <input type="checkbox"/> Identifikasi kebutuhan keamanan pasien,sesuai dengan kondisi fisik dan fungsikognitif pasien dan riwayat penyakitterdahulu pasien <input type="checkbox"/> Menghindarkan lingkungan yang berbahaya (misalnya memindahkan perabotan) <input type="checkbox"/> Memasang side rail tempat tidur <input type="checkbox"/> Menyediakan tempat tidur yang nyamandan bersih

		<input type="checkbox"/> Menempatkan saklar lampu ditempat yang mudah dijangkau pasien. <input type="checkbox"/> Membatasi pengunjung <input type="checkbox"/> Memberikan penerangan yang cukup <input type="checkbox"/> Menganjurkan keluarga untuk menemani pasien. <input type="checkbox"/> Mengontrol lingkungan dari kebisingan <input type="checkbox"/> Memindahkan barang-barang yang dapat membahayakan <input type="checkbox"/> Berikan penjelasan pada pasien dan keluarga atau pengunjung adanya perubahan status kesehatan dan penyebab penyakit.
Risiko Injury Faktor-faktor risiko : Eksternal - Fisik (contoh : rancangan struktur dan arahan masyarakat, bangunan	NOC : Risk Kontrol Immune status Safety Behavior Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama.... Pasien tidak mengalami	NIC : Environment Management (Manajemen lingkungan) <input type="checkbox"/> Sediakan lingkungan yang aman untuk pasien

<p>dan atau perlengkapan; mode transpor atau cara perpindahan; Manusia atau penyedia pelayanan)</p> <p>- Biologikal (contoh : tingkat imunitasi dalam masyarakat, mikroorganisme)</p> <p>- Kimia (obat-obatan:agen farmasi, alkohol, kafein, nikotin, bahan pengawet, kosmetik; nutrien: vitamin, jenis makanan; racun; polutan)</p> <p>Internal</p> <p>- Psikologik (orientasi afektif)</p> <p>- Mal nutrisi</p> <p>- Bentuk darah abnormal, contoh : leukositosis/ leukopenia</p> <p>- Perubahan faktor</p>	<p>injury dengan kriterian hasil:</p> <p><input type="checkbox"/> Pasien terbebas daricedera</p> <p><input type="checkbox"/> Pasien mampumenjelaskan cara/metodeuntukmencegah injury/cedera</p> <p><input type="checkbox"/> Pasien mampumenjelaskan factor risikodarilingkungan/perilakupersonal</p> <p><input type="checkbox"/> Mampumemodifikasigayahidupuntukmencegah injury</p> <p><input type="checkbox"/> Menggunakan fasilitas kesehatan yang ada</p> <p><input type="checkbox"/> Mampu mengenali perubahan status kesehatan</p>	<p><input type="checkbox"/> Identifikasi kebutuhan keamanan pasien,sesuai dengan kondisi fisik dan fungsikognitif pasien dan riwayat penyakitterdahulu pasien</p> <p><input type="checkbox"/> Menghindarkan lingkungan yang berbahaya (misalnya memindahkan perabotan)</p> <p><input type="checkbox"/> Memasang side rail tempat tidur</p> <p><input type="checkbox"/> Menyediakan tempat tidur yang nyamandan bersih</p> <p><input type="checkbox"/> Menempatkan saklar lampu ditempatyang mudah dijangkau pasien.</p> <p><input type="checkbox"/> Membatasi pengunjung</p> <p><input type="checkbox"/> Memberikan penerangan yang cukup</p> <p><input type="checkbox"/> Menganjurkan keluarga untuk menemanipasien.</p> <p><input type="checkbox"/> Mengontrol lingkungan dari</p>
--	---	--

<p>pembekuan,</p> <ul style="list-style-type: none"> - Trombositopeni - Sickle cell - Thalassemia, - Penurunan Hb, - Imun-autoimun tidak berfungsi. - Biokimia, fungsi regulasi (contoh : tidak berfungsinya sensoris) - Disfungsi gabungan - Disfungsi efektor - Hipoksia jaringan - Perkembangan usia (fisiologik, psikososial) - Fisik (contoh : kerusakan kulit/tidak utuh, berhubungan dengan mobilitas) 		<p>kebisingan</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Memindahkan barang-barang yang dapat membahayakan <input type="checkbox"/> Berikan penjelasan pada pasien dan keluarga atau pengunjung adanya perubahan status kesehatan dan penyebab penyakit.
<p>Mual berhubungan dengan:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pengobatan: iritasi gaster, distensi gaster, obat kemoterapi, toksin - Biofisika: gangguan biokimia (KAD, Uremia), nyeri jantung, tumor 	<p>NOC:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Comfort level <input type="checkbox"/> Hidrasi <input type="checkbox"/> Nutritional Status <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama mual pasien teratasi dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Melaporkan bebas dari mual 	<p>NIC :</p> <p>Fluid Management</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pencatatan intake output secara akurat - Monitor status nutrisi - Monitor status hidrasi (Kelembaban membran mukosa, vital sign adekuat)

<p>intra abdominal, penyakit oesofagus / pankreas.</p> <p>- Situasional: faktor psikologis seperti nyeri, takut, cemas.</p> <p>DS:</p> <p>- Hipersalivasi</p> <p>- Peningkatan reflek menelan</p> <p>- Menyatakan mual / sakit perut</p>	<p><input type="checkbox"/> Mengidentifikasi hal-hal yang mengurangi mual</p> <p><input type="checkbox"/> Nutrisi adekuat</p> <p><input type="checkbox"/> Status hidrasi: hidrasikulit membran mukosabaik, tidak ada rasahaus yang abnormal, panas, urin output normal, TD, HCT normal</p>	<p>- Anjurkan untuk makan pelan-pelan</p> <p>- Jelaskan untuk menggunakan napas dalam untuk menekan reflek mual</p> <p>- Batasi minum 1 jam sebelum, 1 jamesudah dan selama makan</p> <p>- Instruksikan untuk menghindari baumakanan yang menyengat</p> <p>- Berikan terapi IV kalau perlu</p> <p>- Kelola pemberian anti emetik.....</p>
<p>Diare berhubungan dengan</p> <p>- psikologis: stress dan cemas tinggi</p> <p>- Situasional: efek dari medikasi, kontaminasi, penyalahgunaan laksatif, penyalahgunaan alkohol, radiasi, toksin, makanan per NGT</p> <p>- Fisiologis: proses infeksi, inflamasi,</p>	<p>NOC:</p> <p><input type="checkbox"/> Bowl Elimination</p> <p><input type="checkbox"/> Fluid Balance</p> <p><input type="checkbox"/> Hidration</p> <p><input type="checkbox"/> Electrolit and Acid Base Balance</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama diare pasien teratasi dengan kriteria hasil:</p> <p><input type="checkbox"/> Tidak ada diare</p> <p><input type="checkbox"/> Feses tidak ada darah dan mukus</p> <p><input type="checkbox"/> Nyeri perut tidak ada</p>	<p>NIC :</p> <p>Diare Management</p> <p>- Kelola pemeriksaan kultur sensitivitas feses</p> <p>- Evaluasi pengobatan yang berefek samping gastrointestinal</p> <p>- Evaluasi jenis intake makanan</p> <p>- Monitor kulit sekitar perianal terhadapnya iritasi</p>

<p>iritasi, malabsorpsi, parasit</p> <p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nyeri perut - Urgensi - Kejang perut <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lebih dari 3 x BAB perhari - Bising usus hiperaktif 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Pola BAB normal <input type="checkbox"/> Elektrolit normal <input type="checkbox"/> Asam basa normal <input type="checkbox"/> Hidrasi baik (membran mukosa lembab, tidak panas, vital sign normal, hematokrit dan urin output dalam batasan normal) 	<p>dan ulserasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ajarkan pada keluarga penggunaan obat anti diare - Instruksikan pada pasien dan keluarga untuk mencatat warna, volume, frekuensi dan konsistensi feses - Ajarkan pada pasien teknik pengurangan stress jika perlu - Kolaborasi jika tanda dan gejala diare menetap - Monitor hasil Lab (elektrolit dan leukosit) - Monitor turgor kulit, mukosa oral sebagai indikator dehidrasi - Konsultasi dengan ahli gizi untuk diet yang tepat
<p>Konstipasi berhubungan dengan</p> <p>o Fungsi: kelemahan</p>	<p>NOC:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Bowl Elimination <input type="checkbox"/> Hidration <p>Setelah dilakukan</p>	<p>NIC :</p> <p>Manajemen konstipasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi faktor-faktor yang

<p>ototabdominal, Aktivitas fisik tidak mencukupi</p> <ul style="list-style-type: none"> o Perilaku defekasi tidak teratur o Perubahan lingkungan o Toileting tidak adekuat: posisi defekasi, privasi o Psikologis: depresi, stress emosi, gangguan mental o Farmakologi: antasid, antikolinergis, antikonvulsan, antidepresan, kalsium karbonat, diuretik, besi, overdosis laksatif, NSAID, opiat, sedatif. o Mekanis: ketidakseimbangan elektrolit, hemoroid, gangguan neurologis, obesitas, obstruksi pasca bedah, abses rektum, tumor o Fisiologis: perubahan pola 	<p>tindakan keperawatan selama konstipasi pasien teratasi dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Pola BAB dalam batas normal <input type="checkbox"/> Feses lunak <input type="checkbox"/> Cairan dan serat adekuat <input type="checkbox"/> Aktivitas adekuat <input type="checkbox"/> Hidrasi adekuat 	<p>menyebabkan konstipasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor tanda-tanda ruptur bowel/peritonitis - Jelaskan penyebab dan rasionalisasi tindakan pada pasien - Konsultasikan dengan dokter tentang peningkatan dan penurunan bising usus - Kolaborasi jika ada tanda dan gejala konstipasi yang menetap - Jelaskan pada pasien manfaat diet (cairan dan serat) terhadap eliminasi - Jelaskan pada pasien konsekuensi menggunakan laxative dalam waktu yang lama - Kolaborasi dengan ahli gizi diet tinggi serat dan cairan - Dorong peningkatan aktivitas yang
---	---	--

<p>makan dan jenis makanan, penurunan motilitas gastrointestinal, dehidrasi, intake serat dan cairan kurang, perilaku makan yang buruk</p> <p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nyeri perut - Ketegangan perut - Anoreksia - Perasaan tekanan pada rektum - Nyeri kepala - Peningkatan tekanan abdominal - Mual - Defekasi dengan nyeri <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Feses dengan darah segar - Perubahan pola BAB - Feses berwarna gelap - Penurunan frekuensi BAB - Penurunan volume feses - Distensi abdomen - Feses keras - Bising usus 		<p>optimal</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sediakan privacy dan keamanan selama BAB
--	--	---

<p>hipo/hiperaktif</p> <ul style="list-style-type: none"> - Teraba massa abdomen atau rektal - Perkusi tumpul - Sering flatus - Muntah 		
<p>Gangguan pola tidur berhubungan dengan:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Psikologis : usia tua, kecemasan, agen biokimia, suhu tubuh, pola aktivitas, depresi, kelelahan, takut, kesendirian. - Lingkungan : kelembaban, kurangnya privacy/kontrol tidur, pencahayaan, medikasi (depresan, stimulan),kebisingan. Fisiologis : Demam, mual, posisi, urgensi urin. DS: - Bangun lebih awal/lebih lambat 	<p>NOC:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Anxiety Control <input type="checkbox"/> Comfort Level <input type="checkbox"/> Pain Level <input type="checkbox"/> Rest : Extent and Pattern <input type="checkbox"/> Sleep : Extent ang Pattern <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama gangguan pola tidur pasien teratasi dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Jumlah jam tidurdalam batas normal <input type="checkbox"/> Pola tidur,kualitasdalam batas normal <input type="checkbox"/> Perasaan freshsesudahtidur/istirahat <input type="checkbox"/> Mampumengidentifikasi halhal Yangmeningkatkan tidur 	<p>NIC :</p> <p>Sleep Enhancement</p> <ul style="list-style-type: none"> - Determinasi efek-efek medikasi terhadap pola tidur - Jelaskan pentingnya tidur yang adekuat - Fasilitasi untuk mempertahankan aktivitas sebelum tidur (membaca) - Ciptakan lingkungan yang nyaman - Kolaborasi pemberian obat tidur

<p>- Secara verbal menyatakan tidak fresh sesudah tidur</p> <p>DO :</p> <p>- Penurunan kemampuan fungsi</p> <p>- Penurunan proporsi tidur REM</p> <p>- Penurunan proporsi pada tahap 3 dan 4 tidur.</p> <p>- Peningkatan proporsi pada tahap 1 tidur</p> <p>- Jumlah tidur kurang dari normal sesuai usia</p>		
<p>Retensi urin berhubungan dengan: Tekanan uretra tinggi, blockage, hambatan reflek, spingter kuat</p> <p>DS:</p> <p>- Disuria</p> <p>- Bladder terasa penuh</p> <p>DO :</p> <p>- Distensi bladder</p> <p>- Terdapat urine residu</p> <p>- Inkontinensia tipe luapan</p> <p>- Urin output</p>	<p>NOC:</p> <p><input type="checkbox"/> Urinary elimination</p> <p><input type="checkbox"/> Urinary Continence</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama retensi urin pasien teratasi dengan kriteria hasil:</p> <p><input type="checkbox"/> Kandung kemih kosong secara penuh</p> <p><input type="checkbox"/> Tidak ada residu urine >100-200 cc</p> <p><input type="checkbox"/> Intake cairan dalam rentang normal</p> <p><input type="checkbox"/> Bebas dari ISK</p> <p><input type="checkbox"/> Tidak ada spasme bladder</p>	<p>NIC :</p> <p>Urinary Retention Care</p> <p>- Monitor intake dan output</p> <p>- Monitor penggunaan obat antikolinergik</p> <p>- Monitor derajat distensi bladder</p> <p>- Instruksikan pada pasien dan keluarga untuk mencatat output urine</p> <p>- Sediakan privacy untuk eliminasi</p>

sedikit/tidak ada	<input type="checkbox"/> Balance cairan Seimbang	<ul style="list-style-type: none"> - Stimulasi reflek bladder dengan kompres dingin pada abdomen. - Kateterisasi jika perlu - Monitor tanda dan gejala ISK (panas, hematuria, perubahan bau dan konsistensi urine)
<p>Kerusakan integritas jaringan berhubungan dengan: Gangguan sirkulasi, iritasi kimia (ekskresi dan sekresi tubuh, medikasi), defisit cairan, kerusakan mobilitas fisik, keterbatasan pengetahuan, faktor mekanik (tekanan, gesekan), kurangnya nutrisi, radiasi, faktor suhu (suhu yang ekstrim) DO : - Kerusakan jaringan (membran mukosa,</p>	<p>NOC: <input type="checkbox"/> Tissue integrity : skin and mucous membranes <input type="checkbox"/> Wound healing : primary and secondary intention Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama kerusakan integritas jaringan pasien teratasi dengan kriteria hasil: <input type="checkbox"/> Perfusi jaringan normal <input type="checkbox"/> Tidak ada tanda-tanda infeksi <input type="checkbox"/> Ketebalan dan tekstur jaringan normal <input type="checkbox"/> Menunjukkan pemahaman dalam proses perbaikan kulit dan mencegah terjadinya cedera</p>	<p>NIC : Pressure ulcer prevention Wound care <ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan pasien untuk menggunakan pakaian yang longgar - Jaga kulit agar tetap bersih dan kering - Mobilisasi pasien (ubah posisi pasien) setiap dua jam sekali - Monitor kulit akan adanya kemerahan - Oleskan lotion atau minyak/baby oil pada daerah yang tertekan - Monitor aktivitas dan mobilisasi pasien - Monitor status nutrisi </p>

integumen, subkutan)	berulang <input type="checkbox"/> Menunjukkan terjadinya proses penyembuhan luka	pasien - Memandikan pasien dengan sabun dan air hangat - Kaji lingkungan dan peralatan yang menyebabkan tekanan - Observasi luka : lokasi, dimensi, kedalaman luka, karakteristik, warna cairan, granulasi, jaringan nekrotik, tanda-tanda infeksi lokal, formasi traktus - Ajarkan pada keluarga tentang luka dan perawatan luka - Kolaborasi ahli gizi pemberian diet TKTP, vitamin - Cegah kontaminasi feses dan urin - Lakukan tehnik perawatan luka dengan steril - Berikan posisi yang mengurangi tekanan pada luka - Hindari kerutan pada tempat tidur
----------------------	---	--

<p>Gangguan body image berhubungan dengan: Biofisika (penyakit kronis), kognitif/persepsi (nyeri kronis), kultural/spiritual, penyakit, krisis situasional, trauma/injury, pengobatan (pembedahan, kemoterapi, radiasi)</p> <p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Depersonalisasi bagian tubuh - Perasaan negatif tentang tubuh - Secara verbal menyatakan perubahan gaya hidup <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perubahan aktual struktur dan fungsi tubuh - Kehilangan bagian tubuh - Bagian tubuh tidak berfungsi 	<p>NOC:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Body image <input type="checkbox"/> Self esteem <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama gangguan body image pasien teratasi dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Body image positif <input type="checkbox"/> Mampumengidentifikasi kekuatan personal <input type="checkbox"/> Mendiskripsikan secara faktual perubahan fungsi tubuh <input type="checkbox"/> Mempertahankan interaksi sosial 	<p>NIC :</p> <p>Body image enhancement</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kaji secara verbal dan nonverbal respon pasien terhadap tubuhnya - Monitor frekuensi mengkritik dirinya - Jelaskan tentang pengobatan, perawatan, kemajuan dan prognosis penyakit - Dorong pasien mengungkapkan perasaannya - Identifikasi arti pengurangan melalui pemakaian alat bantu - Fasilitasi kontak dengan individu lain dalam kelompok kecil
<p>Manajemen regimen</p>	<p>NOC:</p>	<p>NIC :</p>

<p>terapeutik tidak efektif</p> <p>berhubungan dengan: Konflik dalam memutuskan terapi, konflik keluarga, keterbatasan pengetahuan, kehilangan kekuatan, defisit support sosial</p> <p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pilihan tidak efektif terhadap tujuan pengobatan/program pencegahan - Pernyataan keluarga dan pasien tidak mendukung regimen pengobatan/perawatan, - Pernyataan keluarga dan pasien tidak mendukung/ tidak mengurangi faktor risiko perkembangan penyakit atau skuelle <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Percepatan gejala-gejala 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Compliance Behavior <input type="checkbox"/> Knowledge : treatment regimen <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama manajemen regimen terapeutik tidak efektif pasien teratasi dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Mengembangkan dan mengikuti regimen terapeutik <input type="checkbox"/> Mampu mencegah perilaku yang berisiko <input type="checkbox"/> Menyadari dan mencatat tandatanda perubahan status kesehatan 	<p>Self Modification assistance</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kaji pengetahuan pasien tentang penyakit, komplikasi dan pengobatan - Interview pasien dan keluarga untuk mendeterminasi masalah yang berhubungan dengan regimen pengobatan terhadap gaya hidup - Hargai alasan pasien - Hargai pengetahuan pasien - Hargai lingkungan fisik dan sosial pasien - Sediakan informasi tentang penyakit, komplikasi dan pengobatan yang direkomendasikan - Dukung motivasi pasien untuk melanjutkan pengobatan yang berkesinambungan
---	---	---

Penyakit		
<p>Kelelahan</p> <p>berhubungan dengan</p> <ul style="list-style-type: none"> - psikologis: kecemasan, gaya hidup yang membosankan, depresi, stress - Lingkungan: kelembaban, cahaya, kebisingan, suhu - Situasi: Kejadian hidup yang negatif, - Psikologis: Anemia, status penyakit, malnutrisi, kondisi fisik yang buruk, gangguan tidur. <p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gangguan konsentrasi - Tidak tertarik pada lingkungan - Meningkatnya komplain fisik - Kelelahan - Secara verbal menyatakan kurang energi <p>DO:</p>	<p>NOC:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Activity Tolerance <input type="checkbox"/> Energy Conservation <input type="checkbox"/> Nutritional Status: Energy <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama kelelahan pasien teratasi dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Kemampuan aktivitas adekuat <input type="checkbox"/> Mempertahankan nutrisi adekuat <input type="checkbox"/> Keseimbangan aktivitas dan istirahat <input type="checkbox"/> Menggunakan tehnik energi konservasi <input type="checkbox"/> Mempertahankan interaksi sosial <input type="checkbox"/> Mengidentifikasi faktor-faktor fisik dan psikologis yang menyebabkan kelelahan <input type="checkbox"/> Mempertahankan kemampuan untuk konsentrasi 	<p>NIC :</p> <p>Energy Management</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor respon kardiorespirasi terhadap aktivitas (takikardi, disritmia, dispneu, diaphoresis, pucat, tekanan hemodinamik dan jumlah respirasi) - Monitor dan catat pola dan jumlah tidur pasien - Monitor lokasi ketidaknyamanan atau nyeri selama bergerak dan aktivitas - Monitor intake nutrisi - Monitor pemberian dan efek samping obat depresi - Instruksikan pada pasien untuk mencatat tanda-tanda dan gejala kelelahan - Ajarkan tehnik dan manajemen aktivitas untuk mencegah

<p>- Penurunan kemampuan</p> <p>- Ketidakmampuan mempertahankan rutinitas</p> <p>- Ketidakmampuan mendapatkan energi sesudah tidur</p> <p>- Kurang energi</p> <p>- Ketidakmampuan untuk mempertahankan aktivitas fisik</p>		<p>kelelahan</p> <p>- Jelaskan pada pasien hubungan kelelahan dengan proses penyakit</p> <p>- Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan intake makanan tinggi energi</p> <p>- Dorong pasien dan keluarga mengekspresikan perasaannya</p> <p>- Catat aktivitas yang dapat meningkatkan kelelahan</p> <p>- Anjurkan pasien melakukan yang meningkatkan relaksasi (membaca, mendengarkan musik)</p> <p>- Tingkatkan pembatasan bedrest dan aktivitas</p> <p>- Batasi stimulasi lingkungan untuk memfasilitasi relaksasi</p>
--	--	--

BAB VII

SISTEM DOKUMENTASI MANUAL DAN ELEKTRONIK

7.1 Pendahuluan

Keperawatan adalah suatu bentuk pelayanan profesional yang merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan yang didasarkan pada ilmu dan kiat keperawatan, berbentuk pelayanan bio-psiko-sosial-spiritual yang komprehensif serta ditujukan kepada individu, keluarga dan masyarakat baik sakit maupun sehat secara berkualitas (Kozier, 1995). Tenaga perawat sebagai salah satu tenaga yang mempunyai kontribusi besar bagi pelayanan kesehatan, mempunyai peranan penting untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan. Dalam upaya meningkatkan mutu pelayanan kesehatan, seorang perawat harus mampu melaksanakan asuhan keperawatan sesuai standar, yaitu dari mulai pengkajian sampai dengan evaluasi dan yang sangat penting adalah disertai dengan sistem pendokumentasian yang baik.

Dokumentasi keperawatan adalah bagian yang penting dari dokumentasi klinis. Namun pada realitanya dilapangan, asuhan keperawatan yang dilakukan masih bersifat manual dan konvensional, belum disertai dengan sistem /perangkat teknologi yang memadai. Contohnya dalam hal pendokumentasian asuhan keperawatan masih manual, sehingga perawat mempunyai potensi yang besar terhadap proses terjadinya kelalaian dalam praktek.

Dengan adanya kemajuan teknologi informasi dan komunikasi, maka sangat dimungkinkan bagi perawat untuk memiliki sistem pendokumentasian asuhan yang lebih canggih dengan memanfaatkan perkembangan teknologi informasi. Pendokumentasian keperawatan dengan menggunakan komputer diharapkan akan membantu meningkatkan dokumentasi keperawatan yang berkualitas.

Dunia keperawatan di Indonesia terus berkembang, seiring dengan meningkatnya strata pendidikan keperawatan di Indonesia, disamping akses informasi yang sangat cepat di seluruh dunia. Hal itu membawa efek pada kemajuan yang cukup berarti di keperawatan, termasuk dalam dokumentasi proses keperawatan. Dari yang sebelumnya manual, bergeser kearah komputerisasi.

Bahkan dalam perkembangannya, komputer bukan hanya membantu dalam dokumentasi proses keperawatan, tapi pemanfaatannya sampai pada kepentingan manajemen rumah sakit, dimana aktifitas perawatan dapat termonitor dalam sebuah data base rumah sakit.

7.2. Dokumentasi Secara Manual

Pendokumentasian asuhan keperawatan yang berlaku di beberapa rumah sakit di Indonesia umumnya masih menggunakan pendokumentasian tertulis. Pendokumentasian tertulis ini sering membebani perawat karena perawat harus menuliskan dokumentasi pada form yang telah tersedia dan membutuhkan waktu banyak untuk mengisinya. Permasalahan lain yang sering muncul adalah biaya pencetakan form mahal sehingga sering form pendokumentasian tidak tersedia. Pendokumentasian secara tertulis dan manual juga mempunyai kelemahan yaitu sering hilang. Pendokumentasian yang berupa lembaran-lembaran kertas sering terselip. Pendokumentasian secara tertulis juga memerlukan tempat penyimpanan dan menyulitkan untuk pencarian kembali jika sewaktu-waktu pendokumentasian tersebut diperlukan. Dokumentasi yang hilang atau terselip di ruang penyimpanan akan merugikan perawat. Hal ini karena tidak dapat menjadi bukti legal jika terjadi suatu gugatan hukum, sehingga perawat berada pada posisi yang lemah dan rentan terhadap gugatan hukum.

Komponen model dokumentasi keperawatan:

1. Komunikasi

Kapan saja perawat melihat pencatatan kesehatan, perawat memberi dan menerima pendapat dan pemikiran. Untuk lebih efektif penyaluran ide tersebut, perawat memerlukan ketrampilan dalam menulis. Ketrampilan dokumentasi yang efektif memungkinkan perawat untuk mengkomunikasikan kepada tenaga kesehatan lainnya dan menjelaskan apa yang sudah, sedang, dan yang akan dikerjakan oleh perawat.

Bentuk komunikasi, ada 2 yaitu:

- 1) Komunikasi verbal, meliputi kata- kata yang diucapkan maupun yang ditulis. Kata- kata adalah media atau simbol yang digunakan untuk

mengekspresikan ide atau perasaan, menimbulkan respons emosional, atau menggambarkan objek, observasi, kenangan atau kesimpulan.

2) Komunikasi non verbal adalah transmisi pesan tanpa menggunakan kata-kata, dan merupakan salah satu cara yang terkuat bagi seseorang untuk mengirimkan pesan kepada orang lain.

Contoh efektifitas pola penulisan komunikasi:

a. Dapat digunakan ulang untuk keperluan yang bermanfaat

Sebagai contoh dengan menuliskan kalimat “ keadaan pasien tetap” tanpa menambahkan data pengkajian dan evaluasi untuk mendukung keadaan tersebut pada lembar observasi, rencana tindakan adalah tidak mempunyai arti.

b. Mengkomunikasikan kepadatenaga perawat lainnya dan tenaga kesehatan apa yang telah terjadi dan diharapkan terjadi.yang pencatatan waktu perubahan keadaan pasien, perkembangan atau sebaliknya tentang tujuan dan perencanaan perlu dituliskan pada format yang khusus

c. Manfaat dan data pasien yang akurat dapat dicatat

Pencatatan meliputi data subyektif dan obyektif sewaktu pasien masuk rumah sakit masalah, analisa rencana tindakan, implementasi, observasi, keperluan pemeriksaan.

d. Penulisan catatan menggambarkan sesuatu yang efektif

Ide –ide yang kreatif dalam penulisan akan sangat membantu dalam intervensi keperawatan. Maka catatan tersebut harus meliputi komponen:

1. Riwayat keperawatan (termasuk masalah- masalah yang berakibat pada saat sekarang ataupun yang akan datang)
2. Masalah aktual dan potensial
3. Perencanaan dan tujuan saat sekarang dan yang akan datang
4. Pemeriksaan, pengobatan, dan promosi kesehatan untuk membantu pasien mencapai tujuan yang telah ditetapkan
5. Evaluasi tujuan keperawatan, dan modifikasi rencana tindakan dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan.

2. Dokumentasi Proses Keperawatan

Dokumentasi adalah bagian integral proses, bukan sesuatu yang berbeda dari metode problem- solving. Dokumentasi proses keperawatan mencakup pengkajian, identifikasi masalah, perencanaan, tindakan. Perawat kemudian mengobservasi dan mengevaluasi respon pasien terhadap tindakan yang diberikan dan mengkomunikasikan informasi tersebut kepada tenaga kesehatan lainnya. Kekurangan dalam pendokumentasian proses keperawatan meliputi penggunaan terminologi pencatatan yang tidak standar yang tidak menunjukkan adanya suatu perbedaan tindakan keperawatan yang kompleks.

Contoh pendokumentasian proses keperawatan yang efektif:

- a. Penggunaan standar terminology (pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi)
- b. Data yang bermanfaat dan relevan dikumpulkan kemudian dicatat sesuai dengan prosedur dalam catatan yang permanen. Data tersebut meliputi observasikeadaan fisik atau emosional pasien,keputusan keperawatan,kegiatan keperawatanmisalnya melaksanakan perintah dokter atau kegiatan pembelajaran kepada pasien.
- c. Diagnosa keperawatan disusun berdasarkan klasifikasi dan analisa data yang akurat.
- d. Rencana tindakan keperawatan ditulis dan dicatat sebagai bagian dari catatan yang permanen
- e. Observasi dicatat secara akurat,lengkap,dan sesuai urutan waktu.
- f. Evaluasi dicatat secara urutan waktunya,meliputi selama dirawat, dirujuk ,pulang,ataupun perubahan keadaan pasien . Respon pasien terhadap tindakan intervensikeperawatn dan medis juga perlu dituliskan.
- g. Rencana tindakan keperawatan yang direvisi,berdasarkan hasil yang diharapkandari pasien.

Lingkup pencatatan pada proses keperawatan yang spesifik dapat disimpulkan sebagai berikut:

- 1) Pasien masuk rumah sakit
- 2) Kelengkapan riwayat keperawatan dan pemeriksaan-pemeriksaan

- 3) Diagnosa keperawatan
- 4) Rencana tindakan keperawatan
- 5) Pendidikan kepada pasien
- 6) Dokumentasi parameter monitoring dan intervensi keperawatan lainnya
- 7) Perkembangan terhadap hasil yang diharapkan
- 8) Evaluasi perencanaan
- 9) Justifikasi terhadap proses intervensi, jika diperlukan
- 10) Sistem rujukan
- 11) Pasien pulang

3. Standar dokumentasi

Perawat memerlukan suatu ketrampilan untuk dapat memenuhi standar yang sesuai. Standar dokumentasi adalah suatu pernyataan tentang kualitas. Dengan adanya standar dokumentasi memberikan informasi bahwa adanya suatu ukuran terhadap kualitas dokumentasi keperawatan.

- a. Kepatuhan terhadap aturan pendokumentasian yang ditetapkan oleh profesi atau pemerintah.
- b. Standar profesional keperawatan dituliskan kedalam catatan kesehatan.
- c. Peraturan tentang praktik keperawatan dapat dilihat pada catatan pelayanan kesehatan.
- d. Pedoman akreditasi harus diikuti penekanan yang khusus pada tentang kegiatan observasi dan evaluasi.

7.3 Dokumentasi Keperawatan Elektronik

Dunia keperawatan di Indonesia terus berkembang, seiring dengan meningkatnya strata pendidikan keperawatan di Indonesia dan akses informasi yang sangat cepat di seluruh dunia. Hal itu membawa dampak pada kemajuan proses keperawatan, termasuk dalam dokumentasi keperawatan. Dokumentasi keperawatan yang sebelumnya manual, bergeser ke arah komputerisasi. Komputerisasi bukan hanya membantu dalam dokumentasi keperawatan, tetapi digunakan juga untuk sistem informasi manajemen rumah sakit. Aktivitas asuhan keperawatan dapat termonitor dalam sebuah data base rumah sakit.

Perawat merupakan salah satu tenaga yang mempunyai kontribusi besar bagi pelayanan kesehatan. Perawat mempunyai peran penting dalam upaya peningkatan mutu pelayanan kesehatan. Perawat harus mampu melaksanakan asuhan keperawatan sesuai standar, yaitu mulai dari pengkajian sampai dengan evaluasi termasuk dokumentasinya. Dokumentasi Keperawatan merupakan hal penting yang dapat menunjang pelaksanaan mutu asuhan keperawatan (Kozier, E. 2007). Dokumentasi Keperawatan juga merupakan bukti akuntabilitas tentang apa yang telah dilakukan oleh seorang perawat kepada pasiennya. Pendokumentasian yang benar merupakan bukti secara profesional dan legal yang dapat dipertanggungjawabkan.

7.4. Dokumentasi Keperawatan Berbasis Tehnologi Komputer

Computerized nursing documentation adalah suatu kombinasi antara sistem komputer rumah sakit dengan dokumentasi Keperawatan yang diisi oleh staf perawat. Perawat dengan sistem yang terkomputerisasi ini, dapat melakukan akses ke laboratorium, radiologi, dan disiplin ilmu lain seperti ahli gizi, *fisioterapis*, *occupational therapies*. Dokumentasi Keperawatan yang terkomputerisasi dibuat dalam rangka memudahkan dan mempercepat pendokumentasian asuhan keperawatan yang dibuat. Pencatatan dan pelaporan menjadi lebih akurat, lebih lengkap, lebih menghemat waktu dan perawat akan lebih sering berada di samping pasien.

Menurut ANA (Vestal, Khaterine, 1995) sistem informasi keperawatan berkaitan dengan legalitas untuk memperoleh dan menggunakan data, informasi dan pengetahuan tentang standar dokumentasi, komunikasi, mendukung proses pengambilan keputusan, mengembangkan dan mendesiminasikan pengetahuan baru, meningkatkan kualitas, efektifitas dan efisiensi asuhan keperawatan dan memberdayakan pasien untuk memilih asuhan kesehatan yang diinginkan. Keandalan suatu sistem informasi pada suatu organisasi terletak pada keterkaitan antar komponen yang ada sehingga dapat dihasilkan dan dialirkan menjadi suatu informasi yang berguna, akurat, terpercaya, detail, cepat, relevan, untuk suatu organisasi.

7.5. Manfaat Dokumentasi keperawatan Berbasis Tehnologi Komputer

Suatu studi Dokumentasi Keperawatan Berbasis Tehnologi Komputer yang diselenggarakan di *University Medical Center Heidelberg* selama 18 bulan. Hasil dari studi menunjukkan adanya suatu peningkatan yang sangat baik dari sisi kuantitas dan kualitas dokumentasi. Aspek positif meliputi kelengkapan dari dokumentasi keperawatan, aspek yang formal dan peningkatan kualitas hubungan antar perawat. Aspek yang negatif adalah berkaitan dengan contents dari rencana keperawatan (Cornelia,et all ,2007).

Menurut Gurlay, L (2008) *Electronic Medical Record (EMR)* memiliki manfaat sebagai berikut yaitu :

1. Penghematan biaya dari penggunaan kertas untuk pencatatan.
2. Tidak perlu gudang yang besar dalam penyimpanan arshift.
3. Penyimpanan data (Record)pasien menjadi lebih lama.
4. EMR yang dirancang dengan baik akan mendukung otonomi yang dapat dipertanggungjawabkan.
5. Membantu dalam mencari informasi yang cepat sehingga dapat membantu dalam pengambilan keputusan yang cepat juga.
6. Meningkatkan produktivitas bekerja.
7. Mengurangi kesalahan dalam menginterpretasikan pencatatan.

Sedangkan menurut Holmas (2003, dalam Sitorus 2006) terdapat beberapa keuntungan utama dari Dokumentasi Keperawatan Berbasis Tehnologi Komputer yaitu :

1. Standarisasi, terdapat pelaporan data klinik sesuai standar yang mudah dan cepat diketahui.
2. Kualitas, meningkatkan kualitas informasi klinik dan sekaligus meningkatkan waktu perawat berfokus pada pemberian asuhan.
3. *Accessibility dan legibility*, mudah membaca dan mendapat informasi klinik tentang semua pasien dari suatu lokasi.

BAB VIII

ASPEK LEGAL PADA PENDOKUMENTASIAN

8.1. Petunjuk cara mendokumentasikan dengan benar.

Potter dan Perry (1989 cit Muzdlillah, dkk, 2001) memberikan panduan legal sebagai petunjuk cara mendokumentasikan dengan benar. Panduan legal menurut Potter dan Perry tersebut, antara lain:

1. Jangan menghapus menggunakan tipe-ex atau mencoret tulisan yang salah.
2. Jangan menulis komentar yang bersifat mengkritik pasien atau tenaga kesehatan lain.
3. Mengoreksi semua kesalahan sesegera mungkin karena kesalahan menulis dapat diikuti kesalahan tindakan.
4. Mencatat data hanya yang berupa fakta, catatan harus akurat dan dapat dipercaya.
5. Jangan membiarkan bagian kosong pada catatan perawat.
6. Semua catatan harus bisa dibaca dan ditulis dengan tinta.
7. Klarifikasi instruksi yang kurang jelas kemudian catat instruksi yang benar.
8. Menulis untuk diri perawat sendiri karena perawat bertanggung jawab atas informasi yang dituliskannya.
9. Menghindari penggunaan tulisan yang bersifat umum seperti “keadaan tidak berubah”.
10. Dokumentasi dimulai dengan waktu dan diakhiri dengan tanda tangan serta titel.

8.2. Teknik pencatatan

Teknik pencatatan agar sebuah dokumen pelayanan kesehatan memenuhi aspek hukum, menurut Iyer dan Camp (2005), antara lain:

1. Mendokumentasikan secara detail informasi penting yang bersifat klinis.
2. Menandatangani setiap kali menuliskan atau memasukkan data.
3. Tulisan harus jelas dan rapi.

4. Gunakan ejaan dan kata baku serta tata bahasa medis yang tepat dan umum.
5. Gunakan alat tulis yang terlihat jelas, seperti tinta.
6. Gunakan singkatan resmi dalam pendokumentasian.
7. Gunakan pencatatan dengan grafik untuk mencatat tanda vital
memudahkan pemantauan setiap saat dari perkembangan kesehatan pasien.
8. Catat nama pasien di setiap halaman
bertujuan untuk mencegah terselipnya halaman yang salah ke dalam catatan pasien.
9. Berhati-hati ketika mencatat status pasien dengan HIV/AIDS.
10. Hindari menerima instruksi verbal dari dokter melalui telepon kecuali dalam kondisi darurat.
11. Tanyakan apabila ditemukan instruksi yang tidak tepat.
12. Dokumentasi terhadap tindakan atau obat yang tidak diberikan.
13. Catat informasi secara lengkap tentang obat yang diberikan.
14. Catat keadaan alergi obat atau makanan.
15. Catat daerah atau tempat pemberian injeksi.
16. Catat hasil laboratorium yang abnormal.

8.3. Aspek legal secara hukum

Beberapa hal yang harus diperhatikan agar dokumentasi dapat diterapkan sebagai aspek legal secara hukum, antara lain:

1. Harus legal atau sah dan disahkan secara hukum
2. Kesalahan atau kerugian individu yang dapat diberikan ganti rugi menurut hukum.
3. Kelalaian atau kegagalan dalam menjalankan perawatan dengan baik dan wajar yang melampaui batas standar asuhan keperawatan.
4. Malpraktik, kelalaian profesi atau kegagalan mematuhi standar asuhan keperawatan.
5. Liabilitas keputusan hukum bahwa seseorang bertanggung jawab atau gugatan pada orang lain dan diwajibkan membayar ganti rugi.

8.4.Situasi pada tuntutan hukum.

Beberapa situasi yang dapat memberikan kecenderungan pada tuntutan hukum dalam dokumentasi keperawatan, yaitu:

- 1.Kesalahan administrasi pengobatan.
- 2.Kelemahan dalam supervisi diagnosis secara adekuat dan penggunaan alat.
- 3.Kelalaian dalam mengangkat atau mengecek benda asing setelah operasi.
- 4.Mengakibatkan pasien terluka.
- 5.Penghentian obat oleh perawat.
- 6.Tidak memperhatikan teknik aseptik.
- 7.Tidak mengikuti peraturan dan prosedur yang diharuskan.

8.5.Elemen kecerobohan

Empat elemen kecerobohan yang harus dibuktikan penuntut sebelum tindakan dapat dikenakan sanksi, antara lain:

- 1.Melalaikan tugas.
- 2.Tidak memenuhi standar praktik keperawatan.
- 3.Adanya hubungan sebab akibat yang menyebabkan terjadinya cedera.
- 4.Kerugian yang aktual

DAFTAR PUSTAKA

- Ali, Z. 2010. *Dasar-Dasar Dokumentasi Keperawatan*. EGC. Jakarta
- Depkes, R.I. 1997. *Instrumen Evaluasi Penerapan Standar Asuhan Keperawatan di Rumah Sakit*. Jakarta.
- Doenges, E & Burley. T.J. (1995) *Aplication of Nursing Process and Nrusing Diagnosis. Pennsylvania USA.*
- Eggland, E., Th, (1994) *Nursing Documentation; Charting, Recording, Reporting*, J.B. Lippincot Company.
- Fajar, Marhaeni. (2009). *Ilmu Komunikasi Teori dan Praktik*. Yogyakarta: Graha Ilmu
- Fiscbach,(1991) *Documentating Care : Communication, The Nursing Process and Documentation Standards*, F A Davis Company, Philadelphia,
- Gilles, Dee Ann,(1989), *Manajemen Keperawatan Suatu Pendekatan Sistem*, Edisi Kedua, (Alih Bahasa : Drs. Dika Sukmana dkk), W.B. Saunders Company, Philadelphia).
- Handayaningsih, Isti. (2009). *Dokumentasi Keperawatan "DAR"*. Jogyakarta: Mitra Cendikia Press.
- Hannah, K. J.et al. 2009. Standardizing Nursing Information in Canada for Inclusion in Electronic Health Record : C-HOBIC. *Journal of The American Medical Informatic Assotiation*
- Hidayat, A, A. 2002. *Pengantar Dokumentasi Proses Keperawatan*. EGC. Jakarta.
- Huda, Amin, dkk.(2015). *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagonosa Medis & Nanda Nic-Noc*, Edisi : 3. Jogjakarta : MediAction.
- Isti Hanyaningsih.2009. *Dokumentasi Keperawatan Panduan, Konsep dan Aplikasi*. Yogyakarta, Mtra Cendikia.
- Iyer, Patricia W. & Nancy H. Camp.(1995). *Nursing Documentation : A Nursing Process Approach*. Ed 2.St. Louis : Mosby-Year Book. Inc.
- Inggarputri.(2009). *Thesis: Evaluasi Penerapan SIMPUS berbasis komputer dengan metode PIECES di Puskesmas Wilayah Kabupaten Blora. Universitas Diponogoro, Semarang.*
- Keliat, B.A, dkk.2009.*Proses Keperawatan Kesehatan Jiwa*.Edisi 2.Jakarta:EGC.

- Kusumadewi, Sri. (2009). *Informasi Kesehatan*. Graha Ilmu, Yogyakarta.
- Kozier.2011. Buku Ajar Fundamental Keperawatan Konsep, Proses dan Praktik Edisi 7, Jakarta, EGC
- Kepmenkes RI. (2002). Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 511 tahun 2002 tentang Kebijakan dan Strategi Pengembangan Sistem Informasi Kesehatan Nasional (SIKNAS).
- Kemenkes RI. (2002). Rencana Strategis Kementerian Kesehatan RI Tahun 2009 – 2014.
- Kemenkes RI. (2004). Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 128 tahun 2004 tentang Kebijakan Dasar Pusat Kesehatan Masyarakat.
- Kepmenkes RI. (2009). Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 837 tahun 2007 tentang Pengembangan Jaringan Komputer Online Sistem Informasi Kesehatan Nasional.
- Kemenkes RI. (2009). UU nomor 36 tahun 2009 tentang kesehatan. <http://www.kemendes.or.id>
- Kristiina Häyrinena, J. L., Kaija Saranto. 2010. *Evaluation of electronic nursing documentation—Nursing process model and standardized terminologies as keys to visible and transparent nursing*
- Nursalam. (2001). Proses dan Dokumentasi Keperawatan Konsep dan Praktik. Jakarta: Salemba Medika
- Nursalam. 2009. Proses dan Dokumentasi Keperawatan Konsep dan Praktik. Salemba ,Medika. Jakarta.
- Olfah, Yustiana. [2013]. “ Dokumentasi Keperawatan Pada Berbagai Tatanan Pelayanan Kesehatan “, https://www.slideshare.net/pjj_kemendes/modul-3-dokumen-keperawatan-kb-1,diakses pada 18 September 2018.
- Potter, Patricia A., RN. MSN et al, (1993).*Fundamental of Nursing, Concept, Process & Practice, Third Edition*, Mosby Year Book, St. Louis.
- Potter & Perry. (2005). Buku Ajar Fundamental Keperawatan Konsep, Proses, dan Praktik Edisi 4. Jakarta: Buku Kedokteran EGC.
- Potter A. Patricia and Perry Anne Griffin. (2009). *Fundamentals of Nursing*, 7th Edition.America : Mosby Elsevier
- Robert G Murdick, dkk, (1991),*Sistem Informasi Untuk Manajemen Modern*, Jakarta : Erlangga,.

Sabarguna, Boy S; Safrizal, Heri. (2007). Master Plan System Informasi Kesehatan. KONSORSIUM Rumah Sakit Islam Jateng-DIY, Yogyakarta.

Serri Hutahaean.2010. Konsep dan Dokumentasi Proses Keperawatan. Jakarta: Trans Info Media

Smeltzer, Suzanne C. and Brenda G. Bare. (2001). Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah : Brunner Suddarth, Vol. 1. Jakarta : EGC

Trihono. (2005). *Arrimes Manajemen Puskesmas*. CV Sagung Seto, Jakarta.

Terry, George R., (1995), *Prinshift-prinshift Manajemen*, (Penerjemah J. Smith D.F.M.), Bumi Aksara, Jakarta.

Lampiran 1

KISI – KISI TES M.K: DOKUMENTASI KEPERAWATAN

PETUNJUK:

I. PILIHLAH SALAH SATU JAWABAN YANG PALING TEPAT DI BAWAH INI!

II. PILIHLAH :

- A. JIKA 1,2 DAN 3 BENAR**
- B. JIKA 1 DAN 3 BENAR**
- C. JIKA 2 DAN 4 BENAR**
- D. JIKA 4 SAJA BENAR**
- E. JIKA 1,2,3 DAN 4 BENAR**

1.Suatu dokumen atau catatan yang berisi data tentang keadaan pasien yang dilihat tidak saja dari tingkat kesakitan akan tetapi juga dilihat dari jenis, kualitas dan kuantitas dari layanan yang telah diberikan perawat dalam memenuhi kebutuhan pasien.

Ini pengertian dari:

- a. Dokumentasi keperawatan
- b. Diagnosa keperawatan
- c. Masalah keperawatan
- d. Profesi keperawatan
- e. proses keperawatan

2.Tujuan pendokumentasian keperawatan, a.l sebagai berikut

- a. Sebagai media untuk mendefinisikan fokus keperawatan bagi pasien dan kelompok.
- b. Untuk membedakan tanggung gugat perawat dengan anggota tim kesehatan lainnya.
- c. Sebagai sarana untuk melakukan evaluasi terhadap tindakan yang telah diberikan kepada pasien.

- d. Sebagai data yang dibutuhkan secara administratif dan legal formal.
- e. Semua benar.

3. Prinsip-prinsip dokumentasi keperawatan terdiri dari:

- a. Tersedia format untuk dokumentasi.
- b. Dokumentasi dilakukan oleh orang yang melakukan tindakan atau mengobservasi langsung.
- c. Dokumentasi dibuat segera setelah melakukan tindakan.
- d. Catatan dibuat kronologis. Penulisan singkatan dilakukan secara umum.
- e. Semua benar.

4. Manfaat dokumentasi keperawatan secara umum adalah:

- a. Mencegah pengabaian dan penanggulangan yang tidak perlu.
- b. Mempermudah komunikasi.
- c. Memberi fleksibilitas dalam memberi askep.
- d. Mendorong partisipasi pasien. Memberi kepuasan kepada perawat.
- e. Semua benar.

5. Manfaat dokumentasi askep dilihat dari beberapa aspek menurut Nursalam (2008),

- a. Kualitas pelayanan, komunikasi
- b. Aspek hukum
- c. Penelitian
- d. Pendidikan
- e. Semua benar

6. Model / format penerapan dokumentasi askep yang sering diterapkan di tempat praktik yaitu:

- a. SOR (Source – Oriented Record) : catatan yang berorientasi pada sumber,
- b. POR (Problem- Oriented Record) PROGRESS NOTES catatan yang berorientasi pada perkembangan/kemajuan pasien,
- c. CBE (Charting By Exception) dan Pocus (Process Oriented Sistem).

- d. PIE (Problems Intervention and Evaluation)
- e. Semua benar

7. Catatan berorientasi pada sumber terdiri dari beberapa komponen, yaitu:

- a. Lembar penerimaan berisi biodata.
- b. Lembar order dokter.
- c. Riwayat medik/penyakit.
- d. Catatan perawat.
- e. Semua benar

8. Beberapa acuan progress note yang dapat digunakan antara lain :

- 1. SOAP (Subyektif data, Obyektif data, Analisis/Assesment dan Plan)
- 2. SOAPIER (SOAP ditambah Intervensi, Evaluasi dan Revisi)
- 3. PIE (Problem – Intervensi – Evaluasi)
- 4. PES (Problem-Etiologi-Symptom)

9. Catatan perawat yang ditulis oleh perawat tiap 24 jam, meliputi berbagai informasi tentang :

- 1. Pengkajian
- 2. Tindakan keperawatan mandiri dan kolaboratif / instruksi dokter
- 3. Evaluasi keberhasilan tiap tindakan keperawatan
- 4. Tindakan yg dilakukan oleh dokter tetapi mempengaruhi tindakan keperawatan

10. Tujuan dari dokumentasi diagnosa keperawatan adalah:

- 1. Menyampaikan masalah pasien dalam istilah yang dapat dimengerti semua perawat.
- 2. Mengenali masalah-masalah utama pasien pada pengkajian.
- 3. Mengetahui perkembangan keperawatan
- 4. respon pasien terhadap perawat.

11. Diagnosa keperawatan dapat dibedakan menjadi beberapa kategori :

1. Aktual,
2. Resiko,
3. Kemungkinan,
4. Keperawatan wellness,

12. Petunjuk kriteria penulisan diagnosa keperawatan

1. Tulis masalah pasien/perubahan status kesehatan pasien.
2. Pastikan bahwa masalah pasien didahului adanya penyebab dan keduanya dihubungkan dengan kata “sehubungan dengan (related to)”
3. Definisi karakteristik. Jika diikuti dengan penyebab kemudian dihubungkan dengan kata “ditandai dengan (as manifested by)”.
4. Tulis istilah yang umum digunakan.

13. Pada tahap perencanaan perawat membuat rencana tindakan keperawatan untuk :

1. Memenuhi kebutuhan cairan pasien
2. mengatasi masalah kesehatan pasien
3. meningkatkan ADL pasien
4. meningkatkan kesehatan pasien.

14. Beberapa contoh dari Independent implementations adalah:

1. membantu dalam memenuhi activity daily living (ADL)
2. memberikan perawatan diri
3. mengatur posisi tidur
4. menciptakan lingkungan yang terapeutik

15. Ada beberapa komponen yang di evaluasi pada tahap evaluasi keperawatan yaitu:

1. Kognitif
2. Affektif,
3. Psikomotor
4. Psikosa

SELAMAT UJIAN

\$ SEMOGA BERHASIL \$\$\$\$\$\$\$\$\$\$\$\$\$\$\$\$\$\$

KUNCI JAWABAN

- 1. A**
- 2. E**
- 3. E**
- 4. E**
- 5. E**
- 6. E**
- 7. E**
- 8. A**
- 9. E**
- 10. A**
- 11. E**
- 12. E**
- 13. C**
- 14. E**
- 15. A**

Lampiran 2

FORMAT PENGAJIAN INDIVIDU

Nama Mahasiswa :
Tempat Praktek :
Tanggal :

I. Identitas diri pasien

N a m a :
Tempat/tgl.lahir :
U m u r :
Jenis kelamin :
A l a m a t :
Status perkawinan :
A g a m a :
S u k u :
Pendidikan :
Pekerjaan :
Lama bekerja :
Tgl. Masuk R.S. :
Tanggal pengkajian :
Sumber informasi :
Diagnosa Medik :
No.Register RS :
Keluarga terdekat yang dapat segera dihubungi :
(orang tua, suami, istri dll)
Pendidikan :
Pekerjaan :
A l a m a t :

II. Status Kesehatan saat ini

1. Alasan kunjungan :
2. Keluhan utama :
3. Lamanya keluhan :
4. Timbulnya keluhan : () bertahap
() mendadak
5. Upaya yang dilakukan untuk mengatasinya
Sendiri : orang lain:

III. Riwayat kesehatan yang lalu

1. Penyakit yang pernah dialami
 - a. Kecelakaan :
 - b. Pernah dirawat (penyakit/waktu) :
 - c. Operasi :
2. Alergi :
3. Imunisasi :
Tipe : Reaksi : Tindakan :
4. Kebiasaan : Merokok/kopi/obat/dll
5. Obat-obatan :
 - a. lamanya :
 - b. sendiri :
 - c. orang lain (resep) :
6. Pola Nutrisi :
 - a. Frekwensi makan :
 - b. Tinggi badan : Berat badan :
 - c. Jenis makanan :
 - d. Makanan yg disukai :
 - e. Makanan yg tdk disukai:
 - f. Makanan pantang :
 - g. Nafsu makan :
() Baik
() sedang, alasan: mual/muntah/sariawan
() kurang, alasan: mual/muntah/sariawan
 - h. Perubahan BB 6 bulan terakhir
() bertambah : kg
() tetap :
() berkurang : kg
7. Pola Eliminasi
 - a. Buang air besar
Frekwensi : penggunaan pencahar:
W a k t u : pagi/siang/sore/malam
W a r n a :
Konsistensi :
b. Buang air kecil
Frekwensi :
W a r n a :
B a u :
8. Pola tidur dan istirahat
 - a. Waktu tidur (jam) :
 - b. Lama tidur/hari :
 - c. Kesulitan tidur : () menjelang tidur
() sering/mudah terbangun
() merasa tidak puas setelah bangun tidur

9. Pola aktivitas dan latihan
- a. Kegiatan dalam pekerjaan :
 - b. Olah raga
 - jenis :
 - frekwensi :
 - c. Kegiatan diwaktu luang :
 - d. Kesulitan/keluhan dlm hal :
 - () pergerakan tubuh
 - () sesak nafas setelah beraktivitas
 - () mudah lelah

IV. **Riwayat keluarga**
Genogram : (3 keturunan)

V. **Riwayat lingkungan**
Kebersihan :
Polusi :

- VI. **Aspek Psikososial**
- 1. Persepsi diri
 - Hal yang amat dipikirkan saat ini :
 - Harapan setelah menjalani perawatan:
 - Perubahan yang dirasa setelah sakit :
 - Persepsi pasien tentang penyakitnya :
 - 2. Hubungan/komunikasi
 - a. Bicara
 - () jelas
 - () relevan
 - () mampu mengekspresikan
 - () mampu mengerti orang lain
 - b. Tempat tinggal
 - () sendiri
 - () dengan orang lain, yaitu

- c. Kehidupan keluarga
 - Adat istiadat yang dianut :
 - Pembuat keputusan dlm keluarga:
 - Keuangan: () memadai
() kurang
 - d. Kesulitan dalam keluarga
 - () hubungan orang tua
 - () hubungan dengan anak
 - () hubungan perkawinan
3. Kebiasaan seksual
- a. Gangguan dalam hubungan seksual :
 - b. Pemahaman tentang fungsi seksual :
4. Pertahanan koping
- a. Pengambilan keputusan
 - () sendiri
 - () bersama orang lain, yaitu:
 - b. yang disukai tentang diri sendiri :
 - c. yang dilakukan jika stres :
 - () pemecahan masalah
 - () makan
 - () tidur
 - () minum obat
 - () lain-lain, sebutkan :
5. Sistem nilai kepercayaan
- a. Siapa atau apa sumber kekuatan :
 - b. Apakah agama, Tuhan, kepercayaan penting untuk anda
 - () ya
 - () tidak
 - c. Kegiatan keagamaan yang dilakukan:
 - Macam : Frekwensi :
 - d. Kegiatan keagamaan yang lain dilakukan selama di RS.:

VII. Pengkajian Fisik

- Kepala : Bentuk :
- Keluhan : pusing/sakit kepala/..
- Kebersihan :
- Mata : Ukuran pupil : mm, isokor :

Reaksi terhadap cahaya :
 Konjungtiva :
 Sklera :
 Fungsi penglihatan
 • baik/kabur/tidak jelas
 • alat bantu
 • tanda-tanda radang

Hidung : Reaksi alergi :
 Cara mengatasinya:
 Pernah flu :
 Frekwensi :
 Perdarahan :

Mulut dan tenggorok : gigi :
 Kesulitan menelan :
 Pemeriksaan gigi :
 Kebersihan :

Pernafasan : Suara paru :
 Pola nafas :
 Batuk :
 Sputum :
 Nyeri :
 Batuk darah :

Sirkulasi: Nadi perifer : Tensi:
 Capillary refiling :
 Distensi vena jugularis:
 Suara jantung :
 Suara jantung tambahan:
 Nyeri :
 Palpitasi :
 Perubahan warna (kulit, kuku, bibir, dll)
 Clubbing :
 Rasa pusing :

Nutrisi : Jenis diet :
 (anamnese) Nafsu makan:
 Rasa mual :
 Muntah :
 Intake cairan:

Eliminasi: (BAB) Frekwensi :
 (anamnese) diare :
 Konstipasi :
 Laxantia :

(BAK) Frekwensi :
 kateter :
 hematuri :
 urine out put:

Reproduksi: Kehamilan :
 Perdarahan :
 Infeksi :

Neurologis: Tingkat kesadaran :
 Orientasi :
 Riwayat epilepsi/kejang/Parkinson :
 Kekuatan menggenggam :
 Kekuatan extremitas :

Muskuloskeletal: nyeri :
 kekakuan :
 latihan gerak :
 pembengkakan :
 fraktur :

Kulit : warna :
 integritas :
 lesi :
 turgor :

VIII. PEMERIKSAAN PENUNJANG

1. Pemeriksaan Darah tanggal :

Pemeriksaan	Hasil	Normal	Interpretasi

2. Pemeriksaan Foto/USG/Endoskopi/X-Ray tanggal :

3. Pemeriksaan lainnya tanggal :

RIWAYAT HIDUP



Eriyani ,lahir di Tanjung Balai: 30 Desember 1968.Tahun 1989-1992 kuliah di Akademi Keperawatan Yayasan Binalita Sudama Medan. Setelah tamat Kuliah dari Akper Binalita Sudama mengikuti Program Pelatihan Perawat ke luar negeri di RS Fatmawati Jakarta selama 4 bulan. Pada tahun 1994-1997 sekitar 3 tahun,mengawali karir sebagai perawat (Staff Nurse) di Kementrian Kesehatan Kuwait

(Ministry Of Health Kuwait) yaitu Rumah Sakit PusatKanker Kuwait (Kuwait Cancer Control Centre/KCCC Husain Makki Al-Juma Kuwait).Tahun 1998 sampai dengan sekarang sebagai Dosen Tetap di Yayasan Binalita Sudama Medan dan mengajar di STIKes Binalita Sudama Medan Program Studi D-III Keperawatan dan S-I Keperawatan serta Profesi Ners.Tahun 2017 sampai tahun 2019 menjadi Direktur di Akper Binalita Sudama.Tahun 2019 sampai sekarang menjadi Ketua Program Studi Profesi Ners di STIKes Binalita Sudama Medan.

ISBN 978-623-92851-3-5

