



BUKU PANDUAN PRAKTIK DOKUMENTASI KEPERAWATAN



PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN AKADEMI KEPERAWATAN FATMAWATI TAHUN AJARAN 2019/2020

Jalan Margasatwa (H.Beden No.25) Pondok Labu, Cilandak, Jakarta Selatan
Telp (021) 766 0607, Fax (021) 7591 3075
Website: www.akperfatmawati.ac.id
Email: akfat_ykf@yahoo.co.id



BUKU PANDUAN PRAKTIK DOKUMENTASI KEPERAWATAN



Penyusun:
Ns. Ayuda Nia Agustina, M.Kep, Sp.Kep.An

**PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN
AKADEMI KEPERAWATAN FATMAWATI
TAHUN AJARAN 2019/2020**

DAFTAR ISI

Kata Pengantar	3
A. Pendahuluan	4
B. Beban Kredit	4
C. Tujuan	4
1. Tujuan Umum	4
2. Tujuan Khusus	5
D. Ketentuan Akademik	5
E. Capaian Pembelajaran	5
F. Target Kompetensi	6
G. Metoda Pengajaran	9
H. Sasaran Praktik	9
I. Waktu dan LahanPraktik	9
J. Pembimbing Praktik	10
K. Strategi Pengajaran	10
L. Mekanisme Bimbingan	11
M. Tugas Mahasiswa	12
1. Individu	12
2. Kelompok	12
N. Evaluasi	12
O. Peraturan-Peraturan	13
P. Lampiran	

KATA PENGANTAR

Modul Praktik Dokumentasi Keperawatan ini diberikan kepada mahasiswa Program Studi D III Keperawatan Akademi Keperawatan Fatmawati semester III yang mengambil mata kuliah Dokumentasi Keperawatan. Tujuan dari pembuatan modul prakti ini adalah membangkitkan dan memotivasi keingintahuan mahasiswa mengenai pembelajaran dokumentasi keprawatan yang disajikan secara terintegrasi dengan berbagai bidang ilmu keperawatan mulai dari tingkat dasar sampai ketingkat lanjut melalui belajar mandiri. Modul praktik ini terdiri dari 3 bagian yang menunjukkan pencapaian kompetensi pada mata kuliah ini. Modul ini akan didiskusikan dan didemonstrasikan dalam kelompok kecil yang terdiri dari 5-6 orang dan secara individu. Proses penyelesaian masalahnya disini digunakan dengan mengikuti metode *active learning* mengikuti metode *Small Group Discussion and Lecturer*. Sebelum menggunakan modul ini, dosen dan mahasiswa harus sudah membaca tujuan dan sasaran pembelajaran yang harus dicapai mahasiswa, sehingga diharapkan diskusi lebih terarah untuk mencapai kompetensi minimal yang diharapkan.

Untuk itu peran dosen sangat penting dalam memberikan pengarahan agar mahasiswa tidak melenceng jauh dari tujuan sebenarnya yang ingin dicapai. Akhirnya kami berterima kasih kepada semua pihak yang telah membantu penyusunan dan pembuatan modul ini. Besar harapan kami modul ini dapat membantu mahasiswa untuk memecahkan masalah-masalah dalam dokumentasi keperawatan.

Jakarta, Agustus 2019

Penyusun

BAB 1

DOKUMENTASI ASUHAN KEPERAWATAN BERDASARKAN METODE PROSES KEPERAWATAN

A. DOKUMENTASI PENGKAJIAN

1. Tujuan

Setelah mempelajari dokumentasi pengkajian, diharapkan Anda mampu:

- a. Mengidentifikasi metode yang digunakan untuk pengkajian keperawatan
- b. Mengumpulkan data subjektif dan objektif sebagai bahan kajian asuhan keperawatan
- c. Menyajikan informasi klien yang digunakan sebagai bahan kajian asuhan keperawatan
- d. Memvalidasi dan mengorganisasi data pengkajian keperawatan
- e. Mendokumentasikan berbagai data secara utuh

2. Uraian Materi

a. Pengertian Dokumentasi Pengkajian Keperawatan

Ali (2009) menjelaskan tentang standar asuhan keperawatan dari Departemen Kesehatan RI dengan SK Dirjen Pelayanan Medik No. YM.00.03.2.6.7637 tentang pemberlakuan standar asuhan keperawatan di rumah sakit, yaitu pengkajian keperawatan adalah Tahapan pengumpulan data tentang status kesehatan klien secara sistematis, menyeluruh, akurat, singkat dan berkesinambungan. Data dapat diperoleh melalui anamnesa, observasi, dan pemeriksaan penunjang dan kemudian didokumentasikan.

b. Tujuan pengkajian

- 1) mengumpulkan, mengorganisasikan, dan mencatat data-data yang menjelaskan respon tubuh manusia yang diakibatkan oleh masalah kesehatan.
- 2) mengidentifikasi kebutuhan unik klien dan respon klien terhadap masalah/diagnosis keperawatan yang akan mempengaruhi layanan keperawatan yang akan diberikan.

- 3) mengonsolidasikan dan mengorganisasikan informasi yang diperoleh dari berbagai sumber ke dalam sumber yang bersifat umum sehingga pola kesehatan klien dapat dievaluasi dan masalahnya dapat teridentifikasi
- 4) menjamin adanya informasi dasar yang berguna yang memberikan referensi untuk mengukur perubahan kondisi klien.
- 5) mengidentifikasi karakteristik unik dari kondisi klien dan responnya yang mempengaruhi perencanaan keperawatan dan tindakan keperawatan
- 6) menyajikan data yang cukup bagi kebutuhan klien untuk tindakan keperawatan
- 7) Menjadi dasar bagi pencatatan rencana keperawatan yang efektif

c. Jenis Dokumentasi Pengkajian Keperawatan

1) Dokumentasi pada saat pengkajian awal (*Initial Assessment*)

Dokumentasi yang dibuat ketika klien pertama kali masuk rumah sakit. Data yang dikaji pada klien berupa data awal yang digunakan sebagai dasar dalam pemberian asuhan keperawatan. Data diawal menggunakan beberapa format tanya jawab, check list, dan kuisioner.

2) Dokumentasi pengkajian lanjutan (*Ongoing Assessment*)

Data pada dokumentasi ini merupakan pengembangan dasar yang dilakukan untuk melengkapi pengkajian awal dengan tujuan semua data menjadi lengkap sehingga mendukung informasi tentang permasalahan kesehatan klien. Hasil pengkajian ini dimasukkan dalam catatan perkembangan terintegrasi klien atau pada lembar data penunjang.

3) Dokumentasi pengkajian ulang (*Reassessment*)

Dokumentasi ini merupakan pencatatan terhadap hasil pengkajian yang didapat dari informasi selama evaluasi. Perawat mengevaluasi kemajuan data terhadap klien yang sudah ditentukan.

d. Jenis Data Pengkajian

Dalam pengkajian keperawatan terdapat jenis data yang dapat diperoleh, yaitu:

1) Data Subjektif

Data subjektif diperoleh dari hasil pengkajian terhadap klien dengan teknik wawancara, keluarga, konsultan, dan tenaga kesehatan lainnya serta riwayat keperawatan. Data ini berupa keluhan atau persepsi subjektif klien terhadap status kesehatannya.

2) Data Objektif

Informasi data objektif diperoleh dari hasil observasi, pemeriksaan fisik, hasil pemeriksaan penunjang dan hasil laboratorium. Fokus dari pengkajian data objektif berupa status kesehatan, pola koping, fungsi status respons klien terhadap terapi, risiko untuk masalah potensial, dukungan terhadap klien. Karakteristik data yang diperoleh dari hasil pengkajian seharusnya memiliki karakteristik yang lengkap, akurat, nyata dan relevan. Data yang lengkap mampu mengidentifikasi semua masalah keperawatan pada klien.

e. Metode Memperoleh Data

1) Wawancara

Wawancara merupakan metode pengumpulan data secara langsung antara perawat dan klien. Data wawancara adalah semua ungkapan klien, tenaga kesehatan, atau orang lain yang berkepentingan termasuk keluarga, teman, dan orang terdekat klien.

2) Observasi

Observasi merupakan metode pengumpulan data melalui pengamatan visual dengan menggunakan panca-indra. Kemampuan melakukan observasi merupakan keterampilan tingkat tinggi yang memerlukan banyak latihan. Unsur terpenting dalam observasi adalah mempertahankan objektivitas penilaian. Mencatat hasil observasi secara khusus tentang apa yang dilihat, dirasa, didengar, dicium, dan dikecap akan lebih akurat dibandingkan mencatat interpretasi seseorang tentang hal tersebut.

3) Pemeriksaan

Pemeriksaan adalah proses inspeksi tubuh dan sistem tubuh guna menentukan ada/tidaknya penyakit yang didasarkan pada hasil

pemeriksaan fisik dan laboratorium. Cara pendekatan sistematis yang dapat digunakan perawat dalam melakukan pemeriksaan fisik adalah pemeriksaan dari ujung rambut sampai ujung kaki (head to toe) dan pendekatan sistem tubuh (*review of system*). Pemeriksaan fisik dilakukan dengan menggunakan empat metode, yakni inspeksi, auskultasi, perkusi, dan palpasi.

Dibawah ini adalah contoh pengkajian yang mencakup metode wawancara, observasi dan pemeriksaan. Diharapkan anda memahami perbedaannya.

ASUHAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH

PENGKAJIAN

Tanggal Pengkajian :
 Tanggal Masuk :
 Ruang/Kelas :
 Nomor Register :
 Diagnosa Medis :

1. Identitas Klien

Nama Klien :
 Jenis kelamin :
 Usia :
 Status Perkawinan :
 Agama :
 Suku bangsa :
 Pendidikan :
 Bahasa yg digunakan :
 Pekerjaan :
 Alamat :
 Sumber biaya (Pribadi, Perusahaan, Lain-lain) :
 Sumber Informasi (Klien / Keluarga) :

2. Resume

(Ditulis sejak klien masuk rumah sakit sampai dengan sebelum pengkajian dilakukan meliputi : data fokus, masalah keperawatan, tindakan keperawatan mandiri serta kolaborasi dan evaluasi secara umum)

.....

.....

.....

3. Riwayat Keperawatan :

a. Riwayat kesehatan sekarang.

- 1) Keluhan utama :
- 2) Kronologis keluhan
 - a) Faktor pencetus :
 - b) Timbulnya keluhan : () Mendadak () Bertahap
 - c) Lamanya :
 - d) Upaya mengatasi :

b. Riwayat kesehatan masa lalu.

- 1) Riwayat Penyakit sebelumnya (termasuk kecelakaan) :
.....
.....

- 2) Riwayat Alergi (Obat, Makanan, Binatang, Lingkungan) :
.....

- 3) Riwayat pemakaian obat :
.....

c. Riwayat Kesehatan Keluarga (Genogram dan Keterangan tiga generasi dari klien)

d. Penyakit yang pernah diderita oleh anggota keluarga yang menjadi factor risiko
.....
.....

e. Riwayat Psikososial dan Spiritual.

- 1) Adakah orang terdekat dengan klien :
.....

- 2) Interaksi dalam keluarga :

- a) Pola Komunikasi :
- b) Pembuatan Keputusan :
- c) Kegiatan Kemasyarakatan :

- 3) Dampak penyakit klien terhadap keluarga :
.....

- 4) Masalah yang mempengaruhi klien :
.....

- 5) Mekanisme Koping terhadap stress

- () Pemecahan masalah () Tidur
- () Makan () Cari pertolongan
- () Minum obat () Lain-lain (Misal : marah, diam)

- 6) Persepsi klien terhadap penyakitnya
- a) Hal yang sangat dipikirkan saat ini :
.....
- b) Harapan setelah menjalani perawatan :
.....
- c) Perubahan yang dirasakan setelah jatuh sakit :
.....
- 7) Sistem nilai kepercayaan :
- a) Nilai-nilai yang bertentangan dengan kesehatan :
.....
- b) Aktivitas Agama/Kepercayaan yang dilakukan :
.....
- 8) Kondisi Lingkungan Rumah
(Lingkungan rumah yang mempengaruhi kesehatan saat ini) :
.....
- 9) Pola kebiasaan

HAL YANG DIKAJI	POLA KEBIASAAN	
	Sebelum Sakit / sebelum di RS	Di Rumah sakit
1. Pola Nutrisi a. Frekuensi makan : X / hari b. Nafsu makan : baik/tidak Alasan :(mual, muntah, sariawan) c. Porsi makanan yang dihabiskan d. Makanan yang tidak disukai e. Makanan yang membuat alergi f. Makanan pantangan g. Makanan diet h. Penggunaan obat-obatan sebelum makan i. Penggunaan alat bantu (NGT, dll)		
2. Pola Eliminasi a. B.a.k. : 1) Frekuensi : X / hari 2) Warna : 3) Keluhan : 4) Penggunaan alat bantu (kateter, dll) b. B.a.b : 1) Frekuensi : X / hari 2) Waktu : (Pagi / Siang / Malam / Tidak tentu)		

HAL YANG DIKAJI	POLA KEBIASAAN	
	Sebelum Sakit / sebelum di RS	Di Rumah sakit
3) Warna : 4) Konsistensi : 5) Keluhan : 6) Penggunaan Laxatif : 3. Pola Personal Hygiene a. Mandi 1) Frekuensi : X / hari 2) Waktu : Pagi/ Sore/ Malam b. Oral Hygiene 1) Frekuensi : X / hari 2) Waktu : Pagi / Siang/ Setelah makan c. Cuci rambut 1) Frekuensi : X / minggu 4. Pola Istirahat dan Tidur a. Lama tidur siang : Jam / hari b. Lama tidur malam : Jam / hari c. Kebiasaan sebelum tidur : 5. Pola Aktivitas dan Latihan. a. Waktu bekerja : Pagi/Siang/Malam b. Olah raga : () Ya () Tidak c. Jenis olah raga : d. Frekuensi olahraga : ... X / minggu e. Keluhan dalam beraktivitas (Pergerakan tubuh /mandi/ Mengenakan pakaian/ Sesak setelah beraktifitas dll) 6. Kebiasaan yang Mempengaruhi Kesehatan a. Merokok : Ya / Tidak 1) Frekuensi : 2) Jumlah : 3) Lama Pemakaian : b. Minuman keras / NABZA: Ya / Tidak 1) Frekuensi : 2) Jumlah : 3) Lama Pemakaian :		

4. Pengkajian Fisik :

a. Pemeriksaan Fisik Umum:

- 1) Berat badan :Kg (Sebelum Sakit :Kg)
- 2) Tinggi Badan :cm
- 3) Keadaan umum : () Ringan () Sedang () Berat
- 4) Pembesaran kelenjar getah bening : () Tidak

() Ya, Lokasi.....

b. Sistem Penglihatan :

- 1) Posisi mata : () Simetri () Asimetris
- 2) Kelopak mata : () Normal () Ptosis
- 3) Pergerakan bola mata : () Normal () Abnormal
- 4) Konjungtiva : () Merah muda () Anemis () Sangat Merah
- 5) Kornea : () Normal () Keruh/ berkabut
() Terdapat Perdarahan
- 6) Sklera : () Ikterik () Anikterik
- 7) Pupil : () Isokor () Anisokor
() Midriasis () Miosis
- 8) Otot-otot mata : () Tidak ada kelainan () Juling keluar
() Juling ke dalam () Berada di atas
- 9) Fungsi penglihatan : () Baik () Kabur
() Dua bentuk / diplopia
- 10) Tanda-tanda radang :
- 11) Pemakaian kaca mata : () Tidak () Ya, Jenis.....
- 12) Pemakaian lensa kontak :
- 13) Reaksi terhadap cahaya :

c. Sistem Pendengaran :

- 1) Daun telinga : () Normal () Tidak, Kanan/kiri.....
- 2) Karakteristik serumen (warna, konsistensi, bau) :
- 3) Kondisi telinga tengah: () Normal () Kemerahan
() Bengkak () Terdapat lesi
- 4) Cairan dari telinga : () Tidak () Ada,.....
() Darah, nanah dll.
- 5) Perasaan penuh di telinga : () Ya () Tidak
- 6) Tinitus : () Ya () Tidak
- 7) Fungsi pendengaran : () Normal () Kurang
() Tuli, kanan/kiri
- 8) Gangguan keseimbangan : () Tidak () Ya,.....
- 9) Pemakaian alat bantu : () Ya () Tidak

d. Sistem Wicara : () Normal () Tidak :.....

- () Aphasia () Aponia
() Dysarthria () Dysphasia () Anarthia

e. Sistem Pernafasan :

- 1) Jalan nafas : () Bersih () Ada sumbatan;
- 2) Pernafasan : () Tidak Sesak () Sesak :.....
- 3) Menggunakan otot bantu pernafasan : () Ya () Tidak
- 4) Frekuensi : x / menit
- 5) Irama : () Teratur () Tidak teratur
- 6) Jenis pernafasan :(Spontan, Kussmaul, Cheyne-Stokes, Biot, dll)

h. Sistem Syaraf Pusat

- 1) Keluhan sakit kepala :.....(vertigo/migrain, dll)
- 2) Tingkat kesadaran : () Compos mentis () Apatitis
() Somnolent () Soporokoma
- 3) Glasgow coma scale(GCS) E :, M :, V :
- 4) Tanda-tanda peningkatan TIK : () Tidak () Ya,.....:
() Muntah proyektil () Nyeri Kepala hebat
() Papil Edema
- 5) Gangguan Sistem persyarafan : () Kejang () Pelo
() Mulut mencong () Disorientasi () Polineuritis/ kesemutan
() Kelumpuhan ekstremitas (kanan / kiri / atas / bawah)
- 6) Pemeriksaan Reflek :
 - a) Reflek fisiologis : () Normal () Tidak
 - b) Reflek Patologis : () Tidak () Ya

i. Sistem Pencernaan

Keadaan mulut :

- 1) Gigi : () Caries () Tidak
- 2) Penggunaan gigi palsu : () Ya () Tidak
- 3) Stomatitis : () Ya () Tidak
- 4) Lidah kotor : () Ya () Tidak
- 5) Saliva : () Normal () Abnormal
- 6) Muntah : () Tidak () Ya,.....
 - a) Isi : () Makanan () Cairan () Darah
 - b) Warna : () Sesuai warna makanan () Kehijauan
() Cokelat () Kuning () Hitam
 - c) Frekuensi :X/ hari
 - d) Jumlah :ml
- 7) Nyeri daerah perut : () Ya,..... () Tidak
- 8) Skala Nyeri :
- 9) Lokasi dan Karakter nyeri :
() Seperti ditusuk-tusuk () Melilit-lilit
() Cramp () Panas/seperti terbakar
() Setempat () Menyebar () Berpindah-pindah
() Kanan atas () Kanan bawah () Kiri atas () Kiri bawah
- 10) Bising usus :x / menit.
- 11) Diare : () Tidak () Ya,.....
 - a) Lamanya : Frekuensi :x / hari.
 - b) Warna faeces : () Kuning () Putih seperti air cucian beras
() Cokelat () Hitam () Dempul
 - c) Konsistensi faeces : () Setengah padat () Cair () Berdarah
() Terdapat lendir () Tidak ada kelainan
- 12) Konstipasi : () Tidak () Ya,.....
lamanya : hari
- 13) Hepar : () Teraba () Tak teraba

14) Abdomen : () Lembek () Kembung
() Acites () Distensi

j. Sistem Endokrin

Pembesaran Kelenjar Tiroid : () Tidak () Ya,
() Exoptalmus () Tremor
() Diaporesis
Nafas berbau keton : () Ya () Tidak
() Poliuri () Polidipsi () Poliphagi
Luka Ganggren : () Tidak () Ya, Lokasi.....
Kondisi Luka.....

k. Sistem Urogenital

Balance Cairan : Intake.....ml; Output.....ml
Perubahan pola kemih : () Retensi () Urgency () Disuria
() Tidak lampias () Nocturia
() Inkontinensia () Anuria
B.a.k : Warna : () Kuning jernih () Kuning kental/coklat
() Merah () Putih
Distensi/ketegangan kandung kemih : () Ya () Tidak
Keluhan sakit pinggang : () Ya () Tidak
Skala nyeri :

l. Sistem Integumen

Turgor kulit : () Elastis () Tidak elastis
Temperatur kulit : () Hangat () Dingin
Warna kulit : () Pucat () Sianosis () Kemerahan
Keadaan kulit : () Baik () Lesi () Ulkus
() Luka, Lokasi.....
() Insisi operasi, Lokasi
Kondisi.....
() Gatal-gatal () Memar/lebam
() Kelainan Pigmen
() Luka bakar, Grade..... Prosentase.....
() Dekubitus, Lokasi.....
Kelainan Kulit : () Tidak () Ya, Jenis.....
Kondisi kulit daerah pemasangan Infus :
Keadaan rambut : - Tekstur : () Baik () Tidak () Alopesia
- Kebersihan : () Ya () Tidak,

m. Sistem Muskuloskeletal

Kesulitan dalam pergerakan : () Ya () Tidak
Sakit pada tulang, sendi, kulit : () Ya () Tidak
Fraktur : () Ya () Tidak
Lokasi :
Kondisi:.....
Kelainan bentuk tulang sendi : () Kontraktur () Bengkok

() Lain-lain, sebutkan :
 Kelaianan struktur tulang belakang: () Skoliasis () Lordosis
 () Kiposis

Keadaan Tonus otot : () Baik () Hipotoni
 () Hipertoni () Atoni

Kekuatan Otot :

...
...

Data Tambahan (Pemahaman tentang penyakit):

5. Data Penunjang (Pemeriksaan diagnostik yang menunjang masalah : Lab, Radiologi, Endoskopi dll)

6. Penatalaksanaan (Therapi / pengobatan termasuk diet)

Jakarta,

(yang mengkaji)

KUIS 1A

Jawablah pertanyaan dibawah ini pada tempat yang telah disediakan

1. Sebutkan 4 manfaat dokumentasi pengkajian ?

2. Jelaskan apa yang dimaksud pengkajian ulang (reassessment) ?

3. Sebutkan dan berikan contohnya 4 metode pengkajian pada pemeriksaan fisik?

4. Sebutkan contoh kegiatan pengkajian bentuk wawancara ?

5. Sebutkan perbedaan data subjektif dengan data objektif ?

LATIHAN KASUS

Bacalah kasus dibawah ini masing-masing, diskusikan di dalam kelompok kecil, kemudian salinlah narasi kasus tersebut kedalam format pengkajian yang telah dibahas.

Pengkajian keperawatan yang dilakukan pada tanggal 2 April 2019 pukul 13.00 WIB dan didapatkan data identitas klien. Klien bernama Tn.M yang tinggal di Klodaran Indah D.69 Rt.01/Rw.03, Kelurahan Klodran, Kecamatan Colomadu, Karanganyar. Usia 54 tahun, jenis kelamin laki-laki, bekerja di Balaikota Surakarta dengan tingkat pendidikan terakhir STM. Tn.M masuk RS. Panti Waluyo Surakarta pada tanggal 31 April 2019 melalui poli dengan diagnosa medis "Apendicitis Chronoc Dextra Acute". Selama dirumah sakit, penanggung jawab dari Tn.M yaitu Sdr. A yang merupakan anak dari Tn.M.

Berdasarkan pengkajian riwayat penyakit, Tn.M mengatakan nyeri perut yang dirasakan sudah berlangsung kurang lebih satu setengah (± 1,5) bulan yang lalu. Pernah memeriksakan ke Puskesmas dan dokter menyarankan agar klien dirujuk kerumah sakit karena klien terkena usus buntu, tetapi klien menolak untuk dirujuk. Tn.M hanya minum obat yang diberikan oleh Puskesmas. Apabila nyeri kambuh, Tn.M hanya istirahat dan dikeroki oleh istrinya.

Pada tanggal 31 Maret 2019, Tn.M datang ke Poli RS. Panti Waluyo Surakarta untuk memeriksakan keadaannya, kemudian dokter menyarankan untuk rawat inap dan segera memerlukan tindakan pembedahan apendiktomi. Pada pukul 13.00 WIB, dokter melakukan tindakan pembedahan apendiktomi kepada Tn.M dan selesai pada pukul

15.45 WIB, kemudian Tn.M dipindahkan ke ruang Bougenville RS. Panti Waluyo Surakarta. Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 2 April 2012 pukul 13.00 WIB, Tn.M mengeluh nyeri perut bagian kanan bawah atau yang habis dioperasi, nyeri perih dan seperti ditusuk-tusuk dengan skala nyeri 4 (rentang nyeri 0-10), dan nyeri yang dirasakan hilang timbul, klien tampak lemah dan meringis kesakitan. Di ruang Bougenville Tn.M terpasang infus RL 20 tetes per menit pada tangan sebelah kiri, terpasang drainage berisi darah 100cc pada abdomen kanan bawah, terdapat luka tertutup wundres, dan mendapat terapi injeksi ceftriaxone 1gram/12jam untuk mencegah terjadinya sepsis (antibiotik golongan sefalosporin), tricodazole 500 mg/8jam untuk mencegah terjadinya infeksi atau sepsis (antibiotik), ketorolac 3ml/8jam untuk mengurangi rasa nyeri (analgesik), dan kalnex 5ml/8jam untuk antiperdarahan. Tanda-tanda vital meliputi tekanan darah 120/90 mmHg, nadi 84 kali per menit, pernafasan 22 kali per menit, dan suhu 36,7°C.

Pada riwayat penyakit yang pernah dialami, Tn.M mengatakan tidak mempunyai penyakit yang spesifik, belum pernah mengalami kecelakaan, dirawat dirumah sakit, maupun menjalani operasi. Tn.M mengatakan alergi terhadap makanan laut, misal : bandeng, cumi-cumi, ayam, dan sejenisnya. Kebiasaan Tn.M yaitu merokok, setiap hari menghabiskan 6 batang rokok. Pada riwayat kesehatan keluarga, Tn.M mengatakan dalam keluarganya tidak ada yang memiliki penyakit keturunan maupun menular, seperti : Hipertensi, Diabetes Militus, Hepatitis, dan lain-lain. Tn.M merupakan anak kedua dari lima bersaudara, sedangkan istri Tn.M merupakan anak pertama dari enam bersaudara, Tn.M dan istrinya memiliki 3 orang anak.

Menurut Gordon, pola kesehatan fungsional terdiri dari 11 yang terdiri dari : pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan, pola nutrisi dan eliminasi, pola eliminasi, pola aktivitas dan latihan, pola istirahat tidur, pola kognitif dan perseptual, pola persepsi dan konsep diri, pola hubungan dan peran, pola seksualitas dan reproduksi, pola mekanisme coping, dan pola nilai dan keyakinan. Pada kasus ini, Tn.M mengalami masalah pada pola kognitif dan perseptual yaitu sebelum sakit Tn.M mengatakan tidak mengalami gangguan fungsi penglihatan, pendengaran, perasaan, dan pembau. Selama sakit Tn.M mengatakan tidak mengalami gangguan fungsi penglihatan, pendengaran, perasaan, dan pembau. Klien mengatakan nyeri perut pada bagian kanan bawah atau bagian yang habis dioperasi, kualitas nyeri perih dan seperti ditusuk-tusuk, skala nyeri 4 (0-10), nyeri dirasakan hilang timbul, klien tampak lemah dan meringis kesakitan. Pada pemeriksaan fisik, kesadaran Tn.M composmentis dengan nilai GCS 15

(E₄V₅M₆). Tekanan darah 120/90 mmHg, nadi 84 kali per menit, pernapasan 22 kali per menit, suhu 36,7°C.

Pada pemeriksaan abdomen, dilakukan dengan cara Inspeksi, Auskultasi, Perkusi, Palpasi (IAPP). Inspeksi meliputi warna kulit sawo matang, perut datar, turgor kulit cukup baik, terdapat luka post-operasi apendiktomi ±7cm yang tertutup wundres, tampak terpasang drainage berupa darah sebanyak 100 cc pada abdomen kanan bawah, dan warna kulit disekitar luka tidak tampak kemerahan. Auskultasi meliputi peristaltik usus 5 kali per menit. Suara perut saat diperkusi terdengar timpani. Pada saat palpasi, terdapat nyeri tekan pada bagian abdomen kanan bawah atau daerah post-operasi apendiktomi.

Pemeriksaan penunjang yang dilakukan Tn.M, meliputi pemeriksaan laboratorium, USG, dan rontgen. Hasil dari pemeriksaan laboratorium tanggal 31 April 2019 meliputi Hemoglobin 15,5 g/dl (nilai normal: 12,1-17,6); Hematokrit 43,1 % (35-45); Eritrosit 5,45 jt/mm³ (4,5-5,9); Leukosit 8.400/mm³ (4.400-11.300); Trombosit 305.000 u/L (150.000-450.000); Basofil 0,2% (0-2); Eosinofil 5,1 % (0-4); Neutrofil 61,0% (55-80); Limfosit 29,3 % (22-44); Monosit 4,0% (0-7); MCV 79 fl (80-96); MCH 28 pg (28-33); MCHC 36% (32-36); Masa Pendarahan/BT 02'05" menit (1-3); Masa Pembekuan/CT 06'15" menit (5-8); HbsAg kualitatis negative (negative); Ureum 18,5 mg/dl (10-50); Kreatinin 0,85 mg/dl (0,9-1-3); Glukosa darah sewaktu 97 mg/dl (60-140). Hasil pemeriksaan USG pada tanggal 30 April 2012 (dilakukan di Budi Sehat Diagnostic) dengan hasil hepar, vesica felea, pancreas, kedua renal, lien, vesica urinaria, maupun prostat dalam batas normal; menyongkong gambaran appendisititis. Hasil pemeriksaan rontgen dada pada tanggal 31 April 2012 yaitu: cor dalam batas normal, tak tampak infiltrate pada pulmo.

B. DOKUMENTASI DIAGNOSIS KEPERAWATAN

1. Tujuan

Setelah mempelajari dokumentasi diagnosis keperawatan, diharapkan Anda mampu:

- Menjelaskan perbedaan diagnosis keperawatan dan diagnosa medis.
- Menyebutkan tujuan dokumentasi diagnosis keperawatan keperawatan.
- Menjelaskan metode dokumentasi diagnosa keperawatan.
- Merumuskan diagnosis keperawatan
- Mendokumentasikan diagnosis keperawatan berdasarkan data yang disajikan

2. Uraian Materi

a. Pengertian Dokumentasi Diagnosis Keperawatan

Tri Prabowo (2017) menyatakan bahwa diagnosis keperawatan adalah sebuah pernyataan yang ringkas dan tegas. Dalam diagnosis keperawatan, digambarkan berbagai respon atau tanggapan klien terhadap berbagai masalah kesehatan yang ia hadapi. Dibawah ini adalah perbedaan diagnosis keperawatan dan diagnosis medis.

1.1 Tabel Perbedaan Diagnosis Medis dengan Diagnosis Keperawatan

Diagnosis Medis	Diagnosis Keperawatan
1. Fokus: Faktor-faktor pengobatan penyakit	1. Fokus: reaksi/respons klien terhadap tindakan keperawatan dan tindakan medis/lainnya.
2. Orientasi: keadaan patologis.	2. Orientasi: kebutuhan dasar individu.
3. Cenderung tetap, mulai sakit sampai sembuh	3. Berubah sesuai perubahan respons klien
4. Mengarah pada tindakan medis yang sebagian dilimpahkan kepada perawat.	4. Mengarah pada fungsi mandiri perawat dalam melaksanakan tindakan dan evaluasinya.

b. Tujuan dokumentasi diagnosis keperawatan adalah:

- Menyampaikan masalah klien dalam istilah yang dapat dimengerti semua perawat

2. Mengenali masalah-masalah utama klien pada pengkajian
3. Mengetahui perkembangan keperawatan
4. Masalah dimana adanya respons klien terhadap status kesehatan atau penyakit
5. Faktor-faktor yang menunjang atau menyebabkan suatu masalah (etiologi)
6. Kemampuan klien untuk mencegah atau menyelesaikan masalah

c. Metode Dokumentasi Diagnosa Keperawatan

Metode dokumentasi diagnosis keperawatan meliputi:

1. Tuliskan masalah/problem klien atau perubahan status kesehatan klien
2. Masalah yang dialami klien didahului adanya penyebab dan keduanya dihubungkan dengan kata "sehubungan dengan atau berhubungan dengan"
3. Setelah masalah (problem) dan penyebab (etiologi), kemudian diikuti dengan tanda dan gejala (symptom) yang dihubungkan dengan kata "ditandai dengan"
4. Tulis istilah atau kata-kata yang umum digunakan
5. Gunakan bahasa yang tidak memvonis

d. Langkah-langkah dalam Merumuskan Diagnosis Keperawatan

1. Kelompokkan Data dan Analisa data
 - a) Data Subjektif, Contoh: Klien mengeluhkan nyeri saat menelan karena ada tumor di leher, akibatnya BB turun lebih dari 10 kg dalam 12 bulan terakhir, karena nyeri menelan."
 - b) Data Objektif, Contoh: TB = 165 cm, BB = 45 kg
2. Interpretasi Data, Contoh: Gangguan pemenuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh.
3. Validasi Data, contoh: Perawat mengukur BB klien akibat tumor yang dideritanya. Semua data pengkajian yang teridentifikasi tidak normal atau berisiko tidak normal dituliskan di tabel data fokus seperti dibawah ini:

1.2 Tabel Data Fokus

Nama Klien : Usia : tahun
No. Rekam medis : Jenis kelamin : Perempuan/laki

Data Subyektif	Data Obyektif

e. Penyusunan Diagnosis Keperawatan

P = *Problem*, E = *Etiolog*, S = *Symptom*.

Contoh: Gangguan pemenuhan nutrisi: kurang dari kebutuhan tubuh **berhubungan dengan** intake yang tidak adekuat **ditandai dengan** klien mengatakan BB turun lebih dari 10 kg dalam 12 bulan terakhir, TB = 165 cm, BB = 45 kg. Dari contoh tersebut diketahui: Problemnya adalah: gangguan pemenuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh. Etiologinya adalah: *intake* yang tidak adekuat. Symptomnya adalah: klien mengatakan BB turun lebih dari 10 kg dalam 12 bulan, terakhir, klien mengeluh nyeri saat menelan, sehingga menghindari untuk tidak makan, TB = 170 cm, BB = 50 kg.

Setelah merumuskan diagnosis keperawatan, selanjutnya adalah memprioritaskan masalah. Prioritas masalah merupakan upaya perawat untuk mengidentifikasi respons klien terhadap masalah kesehatannya, baik aktual maupun potensial. Untuk menetapkan prioritas masalah seringkali digunakan hierarki kebutuhan dasar manusia. Prioritas diagnosis keperawatan dibedakan dengan diagnosis yang penting sebagai berikut:

- 1) Prioritas diagnosa merupakan diagnosa keperawatan, jika tidak diatasi saat ini akan berdampak buruk terhadap kondisi status fungsi kesehatan klien.

- Nama Klien : Usia : tahun
No. Rekam medis: Jenis kelamin: Perempuan/laki

1.4 Tabel Daftar Prioritas Masalah

Nama Klien : Usia : tahun
No. Rekam medis: Jenis kelamin: Perempuan/laki

f. Kategori diagnosis keperawatan

Diagnosis keperawatan yang umumnya digunakan yaitu diagnosis risiko, aktual, dan kesejahteraan.

- Modul Praktik Dokumentasi Keperawatan Semester III | 23

harus memenuhi kriteria mayor dan sebagian kriteria minor dari pedoman diagnosa NANDA. Misalnya: Hasil pengkajian diperoleh data klien mual, muntah, diare dan turgor jelek selama 3 hari. Diagnosa: Kekurangan volume cairan tubuh berhubungan dengan kehilangan cairan secara abnormal.

2. **Diagnosis keperawatan Risiko** menjelaskan masalah kesehatan yang nyata akan terjadi jika tidak dilakukan intervensi. Syarat menegakkan risiko diagnosis keperawatan adanya unsur PE (*problem and etiology*). Penggunaan istilah risiko tergantung dari tingkat keparahan/kerentanan terhadap masalah. Contoh diagnosis risiko: Risiko gangguan integritas kulit berhubungan dengan diare yang terus menerus.
3. **Diagnosis keperawatan Wellness** (sejahtera) adalah keputusan klinik tentang keadaan individu, keluarga, dan atau masyarakat dalam transisi dari tingkat sejahtera tertentu ke tingkat sejahtera yang lebih tinggi. Ada 2 kunci yang harus ada: 1) Sesuatu yang menyenangkan pada tingkat kesejahteraan yang lebih tinggi; 2) Adanya status dan fungsi yang efektif. Contoh diagnosis sejahtera yaitu: Kesiapan meningkatkan pemberian ASI, kesiapan meningkatkan tidur, kesiapan meningkatkan perawatan diri.

KUIS 1B

Jawablah pertanyaan dibawah ini pada tempat yang telah disediakan

1. Rumuskan diagnosis keperawatan untuk data berikut ini sesuai dengan langkah langkah yang telah dipelajari diatas : Ny. B 45 Tahun dirawat di ruang penyakit dalam. Hasil pengkajian didapatkan data: klien sesak napas, TD = 140/80 mmHg, frekuensi nadi = 90x/mnt, frekuensi nafas= 34x/mnt cepat dan dangkal, suara nafas wheezing dan menggunakan otot bantu pernafasan. Klien terlihat gelisah dan ketakutan. Ny. B mendapat terapi oksigen 2 liter/mnt

2. Tn. Y, usia 18 tahun dengan diagnosa medis dispepsia. Keadaan umum: lemah, akral hangat, konjungtiva anemis, CRT < 2 detik, tekanan darah 120/70 mmHg, frekuensi nadi 78 x/menit, frekuensi nafas 22 x/menit, suhu 36,7 0C. Mual (+), muntah (+) dan nafsu makan (-). Apakah diagnosis keperawatan yang tepat berdasarkan kondisi tersebut ?

3. Seorang perempuan berumur 50 th dirawat di RS hari ke 5 mengeluh lemas pada kaki kanan akibat stroke. Hasil pemeriksaan fisik TD 150/90 mmHg, frekuensi nadi 80 x/menit, frekuensi nafas 22 x/menit, suhu 38oC. kekuatan otot ekstremitas otot kanan 0. Apakah diagnosis keperawatan utama pada kasus tersebut?

-
-
4. Seorang laki-laki berumur 35 tahun dirawat di RS dengan diagnosis fraktur cruris sinistra karena kecelakaan lalu lintas. Klien saat ini post operasi hari ke 2 dan belum bisa bergerak. Selama di RS klien mengaku tidak mandi, tidak menggosok gigi. tercium wangi tak sedap dari mulut. Hasil pemeriksaan fisik TD 130/70 mmHg, frekuensi nadi 90 x/menit, frekuensi nafas 24x/menit. Apakah diagnosis keperawatan pada kasus tersebut?
-
-
-

5. Seorang perempuan berumur 40 tahun dirawat di RS dengan diagnosa gagal ginjal kronis dan sudah dilakukan hemodialisa. Klien mengeluh sesak dan lemas. Hasil pemeriksaan fisik TD 150/ 100 mmHg, frekuensi nadi 90x/menit, frekuensi nafas 26 x/menit, tampak edema kaki, dan kulit kering. Apakah diagnosis keperawatan pada kasus tersebut ?
-
-
-

LATIHAN KASUS

Untuk memperdalam pemahaman Anda mengenai materi praktikum di atas, kerjakanlah latihan berikut!

Cobalah Anda buat analisa data yang ada pada kasus di Topik A, kemudian buatlah diagnosa Aktual, Risiko, atau kesejahteraan di dalam format sesuai contoh. Tugas dikerjakan secara berkelompok kecil

C. DOKUMENTASI PERENCANAAN KEPERAWATAN

1. Tujuan

Setelah mempelajari dokumentasi diagnosis keperawatan, diharapkan Anda mampu:

- a. Menyebutkan tujuan dokumentasi diagnosis keperawatan keperawatan.
- b. Menjelaskan tahapan pembuatan perencanaan keperawatan.
- c. Merumuskan perencanaan keperawatan berdasarkan data yang disajikan
- d. Mendokumentasikan perencanaan keperawatan berdasarkan data yang disajikan

2. Uraian Materi

a. Pengertian Dokumentasi perencanaan Keperawatan

Tri prabowo (2017) mendefinisikan perencanaan keperawatan adalah kegiatan pencatatan atau penulisan mengenai berbagai kegiatan pencatatan.

b. Tujuan dokumentasi perencanaan keperawatan

Tujuan dokumentasi perencanaan keperawatan adalah :

- 1) Mengkomunikasikan secara tertulis berbagai langkah yang perlu dilakukan
- 2) Memberitahukan kepada anggota tim yang lain tentang urutan prioritas dari tindakan tersebut
- 3) mengabarkan kepada tim kesehatan lain tentang berbagai rencana tindakan pemecahan masalah yang dihadapi oleh klien, serta pada akhirnya bagaimana berbagai tindakan itu dinilai atau dievaluasi

c. Tahapan pembuatan perencanaan keperawatan

- 1) Menentukan Tujuan dan Kriteria Hasil
- 2) Menentukan Rencana Tindakan
- 3) Dokumentasi

Tahap 1: Menentukan Tujuan dan Kriteria Hasil (*outcome*).

Membuat tujuan berarti membuat standar atau ukuran yang digunakan untuk melakukan evaluasi terhadap perkembangan klien dan keterampilan dalam merawat klien. Tujuan keperawatan yang baik adalah pernyataan yang menjelaskan suatu tindakan yang dapat diukur berdasarkan kemampuan dan kewenangan perawat. Kriteria hasil diagnosis keperawatan mewakili status kesehatan klien yang dapat dicapai atau dipertahankan melalui rencana tindakan keperawatan yang mandiri, sehingga dapat membedakan antara diagnosa keperawatan dan masalah kolaboratif. Hasil dari diagnosis keperawatan tidak dapat membantu mengevaluasi efektivitas intervensi keperawatan jika tindakan medis juga diperlukan.

a. Tujuan Perawatan berdasarkan SMART yaitu:

S: *Spesific* (tidak memberikan makna ganda)

M: *Measurable* (dapat diukur, dilihat, didengar, diraba, dirasakan ataupun dibantu)

A: *Achievable* (secara realistis dapat dicapai)

R: *Reasonable* (dapat dipertanggung jawabkan secara ilmiah)

T: *Time* (punya batasan waktu yang sesuai dengan kondisi klien).

Contoh: Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 1 x 24 jam, gangguan rasa nyaman: nyeri dapat teratasi.

Karakteristik kriteria hasil yang perlu mendapatkan perhatian adalah: Berhubungan dengan tujuan perawatan yang telah ditetapkan, dapat dicapai, spesifik, nyata dan dapat diukur, menuliskan kata positif, menentukan waktu, menggunakan kata kerja, hindari penggunaan kata-kata 'normal, baik', tetapi dituliskan hasil batas ukuran yang ditetapkan atau sesuai. Contoh: *capillary refill* kurang dari 2 detik, suhu tubuh 36,5-37,5 °C

Tahap 2: Rencana Tindakan Keperawatan (*nursing order*)

Rencana tindakan yang akan diberikan pada klien ditulis secara spesifik, jelas dan dapat di ukur. Rencana tindakan dibuat berdasarkan kondisi klien. tujuan, kriteria hasil dimasukkan ke dalam format yang dibawah ini.

1.4 Tabel Perencanaan Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional	Paraf dan nama jelas

KUIS 1C

Jawablah pertanyaan dibawah ini pada tempat yang telah disediakan

1. Buatlah tujuan dan kriteria hasil dari diagnosis keperawatan intoleransi aktivitas ?

2. Buatlah tujuan dan kriteria hasil dari diagnosis keperawatan hambatan mobilitas fisik ?

3. Buatlah tujuan dan kriteria hasil dari diagnosis keperawatan kesiapan merawat bayi baru lahir?

4. Buatlah tujuan dan kriteria hasil dari diagnosis keperawatan risiko infeksi area pembedahan?

5. Buatlah tujuan dan kriteria hasil dari diagnosis keperawatan kerusakan integritas kulit ?

LATIHAN KASUS

Untuk memperdalam pemahaman Anda mengenai materi praktikum di atas, kerjakanlah latihan berikut!

Berdasarkan latihan merumuskan diagnosa yang sudah Anda buat pada Topik B, pilihlah salah satu diagnosanya kemudian susunlah perencanaan tindakan keperawatan yang memenuhi kriteria SMART.

D. DOKUMENTASI IMPLEMENTASI DAN EVALUASI KEPERAWATAN

1. Tujuan

Setelah mempelajari dokumentasi implementasi dan evaluasi keperawatan, diharapkan Anda mampu:

- a. Mengidentifikasi format atau lembar yang digunakan untuk implementasi dan evaluasi keperawatan
- b. Mendokumentasikan tanggal/jam dan nomor diagnosa pada format implementasi dan evaluasi keperawatan
- c. Mendokumentasikan tindakan dan hasil/respon klien yang telah dilakukan sesuai dengan rencana keperawatan
- d. Mendokumentasikan hasil evaluasi keperawatan dalam bentuk SOAP dalam 24 jam
- e. Mendokumentasikan paraf dan nama jelas pada format implementasi dan evaluasi keperawatan

2. Uraian Materi

a. Pengertian Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Proses pelaksanaan implementasi harus berpusat kepada kebutuhan klien, faktor-faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan keperawatan, strategi implementasi keperawatan, dan kegiatan komunikasi.

b. Jenis Implementasi Keperawatan

Dalam pelaksanaannya terdapat tiga jenis implementasi keperawatan, yaitu:

- 1) *Implementasi independen*. implementasi independen adalah implementasi yang dikerjakan untuk membantu klien dalam mengatasi masalahnya sesuai dengan kebutuhan. Implementasi independen juga hanya melakukan prosedur keperawatan. misalnya: membantu memenuhi kebutuhan dasar sehari-hari seperti: memandikan,

membantu buang air besar, mengganti posisi, melatih berjalan, memberikan dorongan motivasi, mengeksplor perasaan.

- 2) *Implementasi kolaborasi*. Implementasi kolaborasi merupakan tindakan keperawatan atas dasar kerjasama sesama tim keperawatan atau dengan tim kesehatan lainnya, seperti dokter. Contohnya dalam hal pemberian obat oral, obat injeksi, infus, kateter urin, *naso gastric tube* (NGT), dan lain-lain
- 3) Implementasi dependen. Implementasi dependen merupakan tindakan keperawatan atas dasar rujukan dari profesi lain, seperti ahli gizi, *physiotherapies*, psikolog dan sebagainya, misalnya dalam hal: pemberian nutrisi pada klien sesuai dengan diit yang telah dibuat oleh ahli gizi, latihan fisik (mobilisasi fisik) sesuai dengan anjuran dari bagian fisioterapi.

c. Prinsip Dokumentasi Implementasi Keperawatan

Saat akan mendokumentasikan tindakan yang telah dikerjakan terdapat beberapa hal yang perlu diperhatikan, yaitu:

- 1) Tuliskan hari, tanggal dan jam pelaksanaan tindakan
- 2) Tuliskan diagnosis keperawatan yang diatasi
- 3) Tuliskan tindakan yang dikerjakan, perhatikan keluhan dan pernyataan dari klien
- 4) Tuliskan respon subjektif dan objektif klien setelah dilakukan tindakan.

1.5 Tabel Implementasi Asuhan Keperawatan

Nama Klien: _____ Usia : _____ tahun
No. Rekam medis : _____ Jenis kelamin : Perempuan/laki

Hari, tanggal dan jam	Diagnosa Keperawatan	Implementasi	Respon (Respon subyektif dan respon obyektif)	Paraf dan nama jelas

d. Dokumentasi Evaluasi Keperawatan

Dokumentasi pada tahap evaluasi adalah membandingkan secara sistematis dan terencana tentang kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan dengan kenyataan yang ada pada klien. Dokumentasi evaluasi asuhan keperawatan dilakukan secara berkelanjutan dengan melibatkan klien dan tenaga kesehatan lainnya. Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari rangkaian proses keperawatan yang berguna apakah tujuan dari tindakan keperawatan yang telah dilakukan tercapai atau perlu pendekatan lain.

e. Metode Evaluasi

Metode yang digunakan dalam evaluasi antara lain:

- 1) Observasi langsung adalah mengamati secara langsung perubahan yang terjadi dalam keluarga
- 2) Wawancara keluarga, yang berkaitan dengan perubahan sikap, apakah telah menjalankan anjuran yang diberikan perawat
- 3) Memeriksa laporan, dapat dilihat dari rencana asuhan keperawatan yang dibuat dan tindakan yang dilaksanakan sesuai dengan rencana
- 4) Latihan stimulasi, berguna dalam menentukan perkembangan kesanggupan melaksanakan asuhan keperawatan. Implementasi yang telah dilakukan didokumentasikan kedalam format tabel dibawah ini:

Nama Pasien :

Usia : tahun

No. Rekam medis :

Jenis kelamin : Perempuan/laki

Diagnosa Keperawatan	Hari, tanggal dan jam	EVALUASI SOAP	Nama dan paraf

LATIHAN KASUS

Untuk memperdalam pemahaman Anda mengenai materi praktikum di atas, kerjakanlah latihan berikut seacara berkelompok !

Berdasarkan latihan merumuskan rencana keperawatan yang sudah Anda buat pada Topik C, dokumentasikanlah tindakan keperawatan yang Anda telah lakukan sesuai dengan prinsip implementasi.

Petunjuk Jawaban Latihan: Dokumentasikan semua tindakan yang telah dilakukan sesuai dengan rencana dengan mengubah kata perintah menjadi kata kerja. masukkan ke kolom implementasi dan respon.

BAB 2

DOKUMENTASI KEPERAWATAN PADA TATANAN PELAYANAN KESEHATAN DI KLINIK

A. DOKUMENTASI KEPERAWATAN PADA KEPERAWATAN AKUT

1. Tujuan

Setelah mempelajari dokumentasi keperawatan pada keperawatan akut, diharapkan Anda mampu:

- a. Mengidentifikasi format atau lembar dokumentasi keperawatan di perawatan akut.

2. Uraian Teori

Keperawatan akut adalah keperawatan yang bersifat sementara/ keperawatan jangka pendek yang dilakukan di instalasi gawat darurat. Dokumentasi keperawatan akut merupakan dokumentasi yang dilaksanakan pada perawatan akut. Hal-hal yang harus didokumentasikan antara lain: Riwayat terjadinya penyakit, masalah yang terjadi selama masa akut, respon terhadap pengobatan atau tindakan yang dilakukan. Dokumentasi digariskan sesuai dengan persyaratan birokrasi seperti peraturan pemerintah pusat dan pemerintah daerah serta kebijakan institusi. Kebijakan tersebut mencakup: singkatan yang digunakan, jenis formulir, kerahasiaan, aspek legal dan etik. Adapun komponen dokumentasi dari keperawatan akut yaitu:

a. Pengkajian

Dokumentasi dimulai dari pengkajian masuk, data primer dikumpulkan dari pasien dan keluarga, alasan utama atau keluhan utama saat pasien masuk rumah sakit, informasi aktual ketika pasien baru masuk, pengkajian harus dilengkapi oleh perawat yang sama ketika pasien masuk, ringkasan pengkajian dibuat setiap pergantian jaga.

b. Diagnosis Keperawatan

Diagnosa keperawatan difokuskan kepada hal-hal yang merupakan alasan utama perawatan pasien yang terkini dan bisa diselesaikan selama perkiraan lamanya perawatan.

c. Rencana keperawatan

Rencana keperawatan dibuat untuk setiap diagnosa keperawatan, pasien dan keluarga dilibatkan dalam perencanaan, rencana terdiri dari diagnosa keperawatan, apa saja yang akan dilakukan, cara melakukan, dampak intervensi, dan kapan dievaluasi.

d. Implementasi

Setelah rencana keperawatan sudah dilengkapi maka dapat dipakai sebagai panduan untuk melakukan implementasi.

e. Evaluasi

Laporan tertulis tentang hasil (kemajuan pasien terhadap tujuan), format dibuat agar dapat menghemat waktu dan memberikan kesempatan penilaian cepat tentang kondisi pasien terkini, catatan perkembangan dibuat secara beruntun dari waktu ke waktu mengikuti kemajuan pasien.

Dibawah ini merupakan contoh pengkajian di ruang gawat darurat yang digunakan oleh Akper Fatmawati.

Nama pasien/usia :/..... tahun

Tanggal :

Diagnosa medik :

Jam masuk :

Dokter :

Jam keluar :

Alamat :

No.RM :

Keluhan masuk:

Riwayat penyakit:

1. Riwayat penyakit keluarga:

2. Riwayat penyakit dahulu:

3. Riwayat penyakit sekarang:

Triage Gawat Darurat/Gawat/Darurat/Tidak Gawat Tidak Darurat

Penilaian awal tingkat kesadaran :

Pengkajian *check list* Survei primer (primary survey) dan resusitasi

A. Circulation (sirkulasi)

Suhu	:	TD	:	
HR	:	Nadi	:	<input type="checkbox"/> Lemah <input type="checkbox"/> Kuat <input type="checkbox"/> Tidak teraba
Turgor kulit	:	<input type="checkbox"/> Baik	<input type="checkbox"/> Sedang	<input type="checkbox"/> Buruk
Mata Cekung	:	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak	

- ☐ Sianosis ☐ Capillary refill < 3 detik ☐ Ekstermitas dingin
☐ Mual ☐ Muntah ☐ Nyeri kepala
☐ Pendarahan : cc, melalui
☐ Nyeri dada menjalar ke

B. Airway (jalan nafas)

Sumbatan

- ☐ Benda Asing ☐ Sputum ☐ Lidah Jatuh ☐ Cairan ☐ Tidak Ada

C. Breathing (Pernafasan)

Inspeksi :

- Frekuensi nafas: ☐ Teratur ☐ tidak teratur
 Batuk : ☐ Produktif ☐ non produktif
 Nafas : ☐ Sesak ☐ Retraksi dada ☐ Apnoe

Auskultasi :

- Suara nafas : ☐ Wheezing ☐ Ronchi ☐ Rales
 Perkusi : ☐ Pekak ☐ Sonor ☐ Timpani ☐ Redup
 Palpasi : ☐ Vokal fremitus ☐ Nyeri

D. Disability (defisit neurologis)

GCS: E:.....M:.....V:.....

Eye:

- 4: Membuka mata dengan spontan 3: Membuka mata terhadap suara
 2: Membuka mata terhadap nyeri 1: Tidak ada respon

Verbal:

- 5: Orientasi baik
 4: Berbicara bingung
 3: Berbicara tidak jelas (hanya kata-kata yang keluar)
 2: Meringis/mengerang
 1: Tidak ada respon

Motorik:

- 6: Bergerak mengikuti perintah
 5: Bergerak terhadap nyeri dan dapat melokalisir nyeri
 4: Fleksi normal (menarik anggota yang dirangsang)

3: Fleksi abnormal
2: Ekstensi abnormal
1: tidak ada respon

Pupil : ☐ Isokor ☐ Anisokor
ReflekCahaya :

E. Exposure/kontrol lingkungan:

Pemeriksaan secara *head to toe*:

Luka/jejas pada daerah (lakukan *log roll*)

F. Folley Catheter/Kateter urine:

Pemasangan kateter

Urine yang keluar : cc

Warna :

G. Gastric tube:

Pemasangan NGT

Cairan lambung yang keluar : cc

Warna :

H. Heart monitoring/monitoring EKG:

I. Foto Rontgen:

J. Pemeriksaan Laboratorium

Darah rutin :
Serum elektrolit :
Lever fungsi test :
AGD :
Lain-lain :

K. Suvey Sekunder :

1. Anamnesis

- a. A/alergi :
- b. M/Medikasi/obat-obatan:.....
- c. P/penyakit sebelumnya yang diderita:.....
- d. L/ last meal/terakhir makan jam berapa:
- e. E: events/hal-hal yang bersangkutan dengan sebab cidera:
- f. TTV: TD:.....Nadi:.....Suhu:.....RR:.....

L. Going To

☐ UPI ☐ Rawat Inap ☐ Meninggal ☐ Pulang ☐ Rujuk RS lain

Jakarta,

(.....)

B. DOKUMENTASI KEPERAWATAN ANAK

1. Tujuan

Setelah mempelajari dokumentasi keperawatan pada keperawatan anak, diharapkan Anda mampu:

- a. Mengidentifikasi format atau lembar dokumentasi keperawatan di perawatan anak.

2. Uraian Teori

Perawat harus memahami bentuk komunikasi non verbal seperti tangisan, posisi tubuh, dan kontak mata bayi-anak. Ketidakmampuan bayi untuk berkomunikasi berarti perawat harus mengantisipasi kebutuhan anak. Untuk merencanakan asuhan keperawatan anak, riwayat keperawatan harus terlebih dahulu. Alat pengkajian pediatrik berisi riwayat kesehatan, pengkajian fisik dan psikososial serta bagian yang berkaitan dengan rutinitas harian, diet, perkembangan motorik dan sensorik serta kebutuhan penyuluhan dan pemulangan. Informasi yang harus didokumentasikan dalam riwayat kesehatan pediatrik meliputi alasan utama mencari pelayanan kesehatan, hospitalisasi sebelumnya, riwayat dan tingkat perkembangan, kemungkinan adanya kelalaian dan penganiayaan, riwayat kelahiran, riwayat diet dan imunisasi.

Sebelum berlatih mendokumentasikan tahapan pengkajian dokumentasi keperawatan pada anak (pediatrik) saudara harus mengetahui format pengkajian perawatan pada anak (pediatrik). saudara mempelajari tentang tahapan pengkajian perawatan pada anak yang terdiri dari identitas pasien, tanggal masuk rawat, tanggal pengkajian, dokter yang merawat, perawat primer, cara masuk (IRJ, Unit emergensi, Dokter pribadi), Pengkajian : data biografi, resume, riwayat kesehatan masa lalu, riwayat kesehatan keluarga, riwayat kesehatan lingkungan, riwayat kesehatan sekarang, pengkajian fisik, pemeriksaan penunjang, penatalaksanaan (therapy atau pengobatan termasuk diit yang menunjang masalah). Berikut contoh format pengkajian keperawatan anak :

TanggalDirawat :

TanggalPengkajian :

ASUHAN KEPERAWATAN NEONATUS

1. Data Demografi :

Namaanak : _____

Jenis kelamin : _____laki-laki_____perempuan _____ ambivalen

Tanggal lahir (umur) : _____ (.....hari)_____

Diagnosa medis : _____

Data Orang Tua :

Namalbu :	NamaBapak :
Umur :	Umur :
Agama :	Agama :
Sukubangsa :	Sukubangsa :
Pendidikan :	Pendidikan :
Pekerjaan :	Pekerjaan :
Alamat :	Alamat :

2. Resume :

3. RiwayatPersalinan :

Usia kehamilan :minggu

Apgar : menit 1, menit 5

BB Lahir : gram, PB cm, LK.....cm, LD.....cm

Komplikasi persalinan: ☐ Tidak ada ☐ Mekonium ☐ Lain-lain

4. Riwayat Maternal :

Umur : tahun Gravidita : Para : Abortus:

Cara persalinan : ☐ Spontan ☐ Tindakan,

Komplikasi kehamilan :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Tidakada | <input type="checkbox"/> Preklamsia |
| <input type="checkbox"/> Plasenta previa | <input type="checkbox"/> Diduga sepsis |
| <input type="checkbox"/> Abrusio plasenta | <input type="checkbox"/> <i>Pre term/ post term</i> |
| <input type="checkbox"/> Lain-lain | |

5. Pengkajian Fisik Neonatus :

Instruksi : Beri tanda (√) pada istilah yang tepat untuk data-data di bawah ini.
Gambarakan semua temuan abnormal secara objektif, gunakan kolom komentar bila perlu.

a. Refleks (cek jika ada dan normal)

- | | | | |
|-------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Moro | <input type="checkbox"/> Menggenggam | <input type="checkbox"/> Mengisap | <input type="checkbox"/> Menelan |
|-------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|

b. Tonus / aktifitas

- | | | | |
|--|---------------------------------|-------------------------------------|---|
| 1) <input type="checkbox"/> Aktif | <input type="checkbox"/> Tenang | <input type="checkbox"/> Letargi | <input type="checkbox"/> Kejang |
| 2) <input type="checkbox"/> Menangis keras | <input type="checkbox"/> Lemah | <input type="checkbox"/> Melengking | <input type="checkbox"/> Sulit menangis |

c. Kepala / leher

- | | | | |
|------------------------|--|--|----------------------------------|
| 1) Fontanel anterior : | <input type="checkbox"/> Lunak | <input type="checkbox"/> Tegas | <input type="checkbox"/> Datar. |
| | <input type="checkbox"/> Menonjol | <input type="checkbox"/> Cekung | |
| 2) Sutura Sagitalis : | <input type="checkbox"/> Tepat | <input type="checkbox"/> Terpisah | <input type="checkbox"/> Menjauh |
| 3) Gambaran wajah : | <input type="checkbox"/> Simetris | <input type="checkbox"/> Asimetris | |
| 4) Molding : | <input type="checkbox"/> Caput succedaneum | <input type="checkbox"/> Cephalohematoma | |

d. Mata :

- | | |
|---------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Bersih | <input type="checkbox"/> Sekresi |
|---------------------------------|----------------------------------|

e. THT :

- | | | |
|-----------------------|------------------------------------|--|
| 1) Telinga : | <input type="checkbox"/> Normal. | <input type="checkbox"/> Abnormal |
| 2) Hidung bilateral : | <input type="checkbox"/> Obstruksi | <input type="checkbox"/> Cuping hidung |
| 3) Palatum : | <input type="checkbox"/> Normal | <input type="checkbox"/> Abnormal |

f. Abdomen :

- | | | | |
|-----------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|
| 1) <input type="checkbox"/> Lunak | <input type="checkbox"/> Tegas | <input type="checkbox"/> Datar | <input type="checkbox"/> Kembung |
| 2) Lingkar perut | cm | | |

g. Thoraks :

- | | |
|-----------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Simetris | <input type="checkbox"/> Asimetris. |
|-----------------------------------|-------------------------------------|

Retraksi derajat : ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3

Klavikula : ☐ normal ☐ Abnormal

h. Paru-paru

- ☐ Suara nafas sama kanan kiri ☐ tidak sama
☐ Bunyi nafas terdengar disemua lapangan paru ☐ tidak terdengar
☐ terdengar namun menurun
☐ Suara nafas bersih ☐ rhonchi ☐ rales ☐ sekresi
☐ Respirasi spontan ☐ cuping hidung RR FIO₂

i. Jantung

- ☐ Bunyi normal *sinus rythm* (NSR) ☐ Murmur HR

j. Ekstermitas : ☐ Gerakan semua ekstermitas ☐ ROM terbatas
☐ tidak dapat dikaji

Yang diperiksa	Kuat	Lemah	Tidak ada
Nadi perifer			
Brakial kanan			
Brakial kiri			
Femoral kanan			
Femoral kiri			

10. Umbilikus : ☐ Normal ☐ abnormal ☐ Inflamasi ☐ drainase

Jumlah pembuluh darah :

11. Panggul : ☐ Normal ☐ tidak normal ☐ tidak dikaji

12. Genital Perempuan : ☐ Lab. Mayor ☐ Lab. Minora ☐ Fistula

Genital Laki-laki : ☐ Testis desenden ☐ Testis asenden
☐ Hipospadia ☐ epipadia ☐ normal ☐ Fistula

13. Anus : ☐ Paten ☐ Imperforata

14. Spina : ☐ Normal ☐ Abnormal

15. Warna kulit ☐ Pink ☐ pucat ☐ jaundice batang tubuh

☐ sianosis kuku ☐ periorbital ☐ Rash ☐ Tanda lahir

16. Suhu : ☐ Penghangat radian ☐ Inkubator

☐ Suhu ruang ☐ Boks terbuka

☐ Suhu kulit

6. Riwayat Sosial

a. Hubungan orang tua – bayi :

Ibu		Ayah
	Menyentuh	
	Memeluk	

	Berbicara	
	Berkunjung	
	Kontakmata	

- b. Orang terdekat yang dapat dihubungi :
- c. Respon orang tua terhadap penyakit / hospitalisasi :
- d. Sistem pendukung / keluarga terdekat :
- e. Anak lain :

Jenis Kelamin anak	Riwayat persalinan	Riwayat Immunisasi

7. Pemeriksaanpenunjang :

8. Penatalaksanaan medisdanKeperawatan :

Jakarta,.....

(.....)

ASUHAN KEPERAWATAN ANAK

Tanggal Pengkajian/ Jam :
Tanggal Masuk RS :
Jam masukRS :
Ruangan :
Nomor Register :
DiagnosaMedis :

A. PENGKAJIAN

1. Data biografi

a. IdentitasKlien

Nama Klien (inisial) : Jenis Kelamin :
Nama Panggil : Agama :
Tempat tgl lahir (umur) : Suku Bangsa :
Bahasa yang digunakan : Pendidikan :

b. Identitas Orang tua / Wali : (inisial)

	Ibu	Ayah	Wali
Nama	:
Usia	:
Pendidikan	:
Pekerjaan	:
Agama	:
Suku /Bangsa:
Alamat Rumah: (yang mudah dihubungi):		
		

2. Resume

(Ditulis mulai pasien masuk ruang perawatan meliputi pengkajian data fokus yang lalu, masalah keperawatan dan tindakan keperawatan mandiri dan kolaborasi yang telah dilakukan secara umum sebelum pengkajian oleh mahasiswa)

.....
.....
.....
.....
.....

3. RiwayatKesehatanMasaLalu

- a. Riwayat Kehamilan dan Kelahiran *(dilakukan hanya pada anak-anak dengan kasus – kasus tertentu, dan berhubungan dengan penyakit)*

Antenatal

- | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|------------|
| 1) Kesehatan ibu waktu hamil : | Tidak | Ya | |
| a) Hiperemesis Gravidarum | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| b) Perdarahan pervagina | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| c) Anemia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| d) Penyakit Infeksi | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| e) Pre Eklamsi / Eklamsi | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| f) Gangguan kesehatan | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 2) PemeriksaanKehamilan : | Tidak | Ya | |
| a) Teratur | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| b) Diperiksa | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | oleh |
| c) Tempat pemeriksaan | | | |
| d) Hasil pemeriksaan | | | |
| e) Imunisasi | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 3) Riwayat pengobatan selama kehamilan : | | | |
| | | | |

Masa Natal

- 1) Usia kehamilan saat kelahiran :
- 2) Cara persalinan : ☐ Normal ☐ Tidak,
- 3) Ditolong oleh :
- 4) Keadaan bayi saat lahir: ☐ langsung menangis ☐ tidak menangis
☐ menangis setelah detik/ menit
- 5) BB..... gram PB..... cm Lingkar kepala saat lahir cm
- 6) Pengobatan yang didapat :

Neonatal :

- 1) Cacat congenital :
- 2) Ikterus :
- 3) Kejang :
- 4) Paralisis :
- 5) Perdarahan :
- 6) Trauma persalinan :

- 7) Penurunan BB :
- 8) Pemberianminum/ASI:
- 9) Lain-lain :

b. Riwayat Pertumbuhan dan Perkembangan. Apakah ada gangguan dalam proses tumbuh kembang anak (Jelaskan)

.....

.....

.....

.....

.....

c. Penyakit-penyakit yang pernah diderita

.....

.....

.....

.....

.....

d. Pernah dirawat di RumahSakit

.....

.....

.....

.....

.....

e. Obat-obat

.....

.....

.....

.....

f. Tindakan (misalnya : operasi)

.....

.....

.....

g. Alergi

.....
.....
.....

h. Kecelakaan

.....
.....
.....

i. Immunisasi

.....
.....
.....

j. Kebiasaan sehari-hari (keadaan sebelum dirawat)

1) Pola pemenuhan nutrisi :

a) ASI dan atau susu buatan: (*Bila masih menyusui*)

(1). Lamanya pemberian :

(2). Waktu pemberian :

(3). Jenis susu buatan :

(4). Adakah kesulitan :

b) Makanan padat : (*Bila usia < 1 tahun*)

(1). Kapan mulai diberikan :

(2). Cara pemberian :

c) Vitamin :

(1). Jenis vitamin :

(2). Berapa lama diberikan:

d) Pola makan dan minum :

(1). Frekwensi makan :

(2). Jenis makanan :

(3). Makanan yg disenangi :

(4). Alergi makanan :

(5). Kebiasaan makan :

(a). Makan bersama keluarga:

(b). Makan sendiri :

- (c). Disuapi oleh :
- (d). Dll. :
- (6). Waktu makan :
- (7). Jumlah minum / hari :
- (8). Frekuensi minum :
- (9). Kebiasaan minum; kopi:
- 2) Pola Tidur :
- a) Lamanya tidur siang / malam :
- b) Kelainan waktu tidur :
- c) Kebiasaan anak menjelang tidur :
- (1). Membaca :
- (2). Mendengar cerita:
- (3). Lain-lain :
- d) Kebiasaan yang membuat anak nyaman saat tidur :
- 3) Pola aktifitas / Latihan / OR / bermain / hoby :
- 4) Pola kebersihan diri :
- a) Mandi
- (1) Frekuensi : X / hari
- (2) Sabun : ☐ tidak ☐ ya
- (3) Bantuan : ☐ tidak ☐ ya, oleh
- b) Oral Hygiene :
- (1) Frekuensi: X / hari
- (2) Waktu : ☐ pagi ☐ sore ☐ malam ☐ setelah makan
- (3) Cara : ☐ sendiri ☐ dibantu
- (4) Menggunakan pasta gigi : ☐ ya ☐ tidak
- c) Cuci Rambut :
- (1) Frekuensi : X / minggu
- (2) Sampah : ☐ sendiri ☐ dibantu
- d) Berpakaian : ☐ sendiri ☐ dibantu
- 5) Pola Eliminasi :
- a) BAB
- (1) Frekuensi: X / minggu
- (2) Waktu : ☐ pagi ☐ siang ☐ sore ☐ malam ☐ tidak tentu
- (3) Warna :
- (4) Bau :

- (5) Konsistensi :
- (6) Cara :
- (7) Keluhan :
- (8) Penggunaan laxatif / pencahar:
- (9) Kebiasaan pada waktu BAB :
- b) BAK
- (1) Frekuensi : X / minggu
- (2) Warna :
- (3) Keluhan yang berhubungan dengan BAK :
- (4) Kebiasaan ngompol :
- 6) Kebiasaan lain :
- a) Menggigit jari :
- b) Menggigit kuku :
- c) Menghisap jari :
- d) Mempermainkan genital :
- e) Mudah marah :
- f) Lain-lain :
- 7) Pola Asuh :

4. Riwayat Kesehatan Keluarga

- a. Susunan Keluarga (genogram 3 generasi hanya pada kasus – kasus tertentu)

- b. Riwayat penyakit keluarga

Riwayat penyakit	Ayah/ibu	Saudara kandung	Anggota keluarga lain
1. Penyakit yang pernah diderita			
2. Penyakit yang sedang diderita			

3. Analisa factor peny. (ginjal, jantung, DM, hipertensi, kanker, ggn mental, alergi dll)			
---	--	--	--

- c. Coping keluarga :
- d. Sistem Nilai :
- e. Spiritual :

5. Riwayat Kesehatan Lingkungan (Hubungkan dengan penyakit)

- a. Resiko Bahaya Kecelakaan :
- 1) Rumah :
- 2) Lingkungan rumah :
- b. Kemungkinan bahaya akibat polusi :
- c. Kebersihan :
- 1) Rumah :
- 2) Lingkungan :

6. Riwayat Kesehatan Sekarang

- a. Riwayat Penyakit Sekarang :
- Tgl. mulai sakit : Pukul :
- Keluhan utama :
-
-
- 1) Terjadinya :
- 2) Lamanya :
- 3) Faktor pencetus timbulnya penyakit :
- 4) Upaya untuk mengurangi :
- 5) Cara waktu masuk :
- Dikirim oleh : ☐ Dokter ☐ Puskesmas ☐ RS ☐ Lain-lain

b. Pengkajian Fisik Secara Fungsional :

DATA SUBYEKTIF	DATA OBYEKTIF
1) <i>(Diisi keluhan klien atau keluarga saat ini /saat pengkajian)</i>	1). Data klinik : a) Suhu:..... b) Nadi:..... c) Pernafasan : d) Tek. Darah : e) Kesadaran :
2) Nutrisi dan metabolisme a) Nafsu makan / menyusui : b) Penurunan & peningkatan BB : c) Diit : d) Intake dalam sehari : (1) Makan : (2) Minum : (3) Lain-lain : e) Mual : f) Dysphagia : g) Muntah : jumlah :	2) Nutrisi dan metabolisme a) Mukosamulut : (1) Warna : (2) Lesi : (3) Kelembaban : (4) Kelainan palatum : (5) Bibir : (6) Gusi : (7) Lidah : b) Gigi ; (1) Kelengkapan gigi : (2) Karang gigi : (3) Karies : c) Obesitas ; d) Kulit : (1) Integritas : (2) Turgor : (3) Tekstur : (4) Warna : e) Sonde/NGT :
3) Respirasi / sirkulasi : a) Pernapasan (1) Sesak napas : (2) Sputum : (3) Batuk :	3) Respirasi / Sirkulasi : a) Respirasi : (1) Suara pernafasan : (2) Batuk : (3) Batukdarah : (4) Sputum : (5) Penggunaan otot bantu nafas : (6) Pernafasan cuping hidung :

DATA SUBYEKTIF	DATA OBYEKTIF
b) Sirkulasi : (1) Sakit dada : (2) Udema :	b) Sirkulasi : (1) Ikterus : (2) Sianosis : (3) Edema : (4) Palpitasi : (5) Pengisian kapiler : (6) Temperatur suhu :

DATA SUBYEKTIF	DATA OBYEKTIF
<p>4) Eliminasi</p> <p>a) Abdomen :</p> <p>(1) Kembung :</p> <p>(2) Sakit/nyeri :</p> <p>b) BAB</p> <p>(1) Bau :</p> <p>(2) Warna :</p> <p>(3) Lendir :</p> <p>(4) Diare :</p> <p>(5) Konsistensi :</p> <p>(6) Frekuensi :</p> <p>c) BAK</p> <p>(1) Jumlah :</p> <p>(2) Frekuensi :</p> <p>(3) Sakit/keluhan :</p> <p>(4) Nocturia :</p> <p>(5) Dysuria :</p> <p>(6) Hematuria :</p> <p>(7) Inkontinensia :</p>	<p>4) Eliminasi</p> <p>a) Abdomen</p> <p>(1) Lemas :</p> <p>(2) Tegang/kaku :</p> <p>(3) Kembung :</p> <p>(4) Bising usus :</p> <p>(5) Lingkar perut :</p> <p>b) BAB</p> <p>1) Bau :</p> <p>2) Warna :</p> <p>3) Lendir :</p> <p>4) Konsistensi :</p> <p>5) Melena :</p> <p>6) Frekuensi :</p> <p>c) BAK</p> <p>(1) Kepekatan :</p> <p>(2) Warna :</p> <p>(3) Bau :</p> <p>(4) Kateter :</p> <p>(5) Lain-lain :</p> <p>(6) Frekuensi :</p> <p>d) Rectum/Anus</p> <p>(1) Iritasi :</p> <p>(2) Atresia ani :</p> <p>(3) Prolaps :</p> <p>(4) Lain-lain :</p>

DATA SUBYEKTIF	DATA OBYEKTIF
5) Aktivitas / Latihan a) Tingkat kekuatan/ketahanan : b) Kemampuan untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari c) Adakah kekakuan pergerakan sendi..... d) Rasa nyeri pada sendi	5) Aktivitas/Latihan a) Keseimbangan berjalan : b) Kekuatan menggenggam : (1) Tangan Kiri : (2) Tangan Kanan : c) Bentuk kaki : d) Otot kaki : e) Kelemahan : f) Kejang : g) Lain-lain :
6) Sensori Persepsi a) Pendengaran : b) Penglihatan : c) Penciuman : d) Perabaan : e) Pengecap :	6) Sensori Persepsi (<i>sesuaikan dengan kasus</i>) a) Reaksi terhadap rangsangan : b) Orientasi : c) Pupil : d) Konjungtiva/warna : e) Pendengaran : f) Penglihatan :
7) Konsep Diri Apakah penyakit tersebut mempengaruhi pasien ?	7) Konsep diri a) Kontak mata : b) Postur tubuh : c) Perilaku :
8) Tidur / Istirahat a) Jika tidur apakah merasa nyenyak..... b) Masalah atau gangguan waktu tidur.....	8) Tidur / Istirahat a) Tanda-tanda kurang tidur : b) Lain-lain :
9) Seksualitas / Reproduksi a) Wanita : (1) Menstruasi : (2) Pemeriksaan buah dada : b) Pria : (1) Tidak dapat ereksi : (2) Sakit pada waktu BAK :	9) Seksualitas / Reproduksi a) Wanita : (1) Benjolan pada buah dada : ... b) Pria : (1) Kelainan skrotum : (2) Hyposphadia : (3) Fimosis :

c. Dampak Hospitalisasi

1). Pada Anak:

2). Pada Keluarga :

d. Tingkat Pertumbuhan dan Perkembangan Saat Ini

1) Pertumbuhan :

BB : TB :

LK : LLA :

Pertumbuhan gigi :

2) Perkembangan :

a) Motorik kasar :

b) Motorik halus :

c) Bahasa :

d) Sosialisasi :

7. Pemeriksaan Penunjang

(Pemeriksaan diagnostik yang menunjang masalah)

.....
.....
.....
.....
.....

8. Penatalaksanaan

(Therapi / pengobatan termasuk diet yang menunjang masalah)

.....
.....
.....
.....
.....

Jakarta,.....

(.....)

C. DOKUMENTASI KEPERAWATAN MATERNITAS

ASUHAN KEPERAWATAN PADA IBU HAMIL

A. PENGKAJIAN

Tanggal masuk : _____ Jam Masuk : _____

Ruang /Kelas : _____ No. Kamar : _____

Tgl. Pengkajian : _____ Jam : _____

1. Identitas

Nama Pasien : _____ Nama Suami : _____

Umur : _____ Umur : _____

Suku/Bangsa : _____ Suku/Bangsa : _____

Agama : _____ Agama : _____

Pendidikan : _____ Pendidikan : _____

Pekerjaan : _____ Pekerjaan : _____

Alamat/Telp : _____ Alamat /Telp : _____

Status Perkawinan: _____ Lama Perkawinan : _____

Kawin : _____ kali

2. **Resume** *(Ditulis sejak klien masuk rumah sakit sampai dengan sebelum pengkajian dilakukan oleh mahasiswa meliputi : data fokus, masalah keperawatan, tindakan keperawatan mandiri serta kolaborasi dan evaluasi secara umum)*

3. Riwayat Keperawatan

- a. **Keluhan Utama** (saat ini) :

- b. **Riwayat Kehamilan Sekarang**

HPHT : _____

Taksiran Persalinan : _____

Usia kehamilan sekarang : _____ minggu

c. **Riwayat Obstetric** : G : ____ P ____ A ____ A H ____

Anak ke	Kehamilan		Persalinan			Komplikasi Nifas	Anak			
	Umur Kehamilan	Penyulit	Jenis	Penolong	Penyulit		Jenis	BB	PB	Keadaan & umur sekarang

d. **Riwayat Keluarga Berencana (KB)**

Melaksanakan KB : ☐ Ya ☐ Tidak

Bila ya, jenis kontrasepsi apa yang digunakan ☐ IUD ☐ Pil

☐ Suntik ☐ Implant ☐ Lain-lain ; sebutkan _____

Sejak kapan menggunakan kontrasepsi : _____

Masalah yang terjadi : _____

Rencana yang akan datang : _____

e. **Riwayat Imunisasi TT** : ya/tidak, Bila ya : _____

Berapa kali diberikan : _____

Usia kehamilan pemberian imunisasi : _____

f. **Riwayat Penyakit Lalu** :

g. **Riwayat Penyakit Keluarga** :

☐ Diabetes mellitus

☐ Jantung

☐ Hipertensi

☐ Lain-lain, sebutkan _____

h. Riwayat Kebiasaan Sehari-hari Sebelum dan Selama Hamil :

1) Pola nutrisi/cairan

Frekuensi makan : _____ x/hari

Jenis makanan : _____

Nafsu makan : baik ☐ ☐ tidak nafsu makan, alasan : _____

Mual/muntah : ya ☐ ☐ tidak

Keluhan di perut : ya ☐ ☐ tidak, bila ya sebutkan : _____

Alergi/toleransi makanan ☐ ada ☐ tidak ada, bila ada sebutkan _____

Masalah mengunyah/menelan : ☐ ya ☐ tidak, bila ya sebutkan : _____

Pantangan makanan : ☐ ya ☐ tidak, bila ya, sebutkan _____

BB sebelum hamil : _____, TB : _____ Cm

BB saat ini : _____ TB : _____ Cm

2) Pola eliminasi :

a) BAB

Frekuensi : _____ x/hari Keluhan : _____

b) BAK

Frekuensi : _____ x/hari Keluhan : _____

3) Personal Hygiene

a) Mandi

Frekuensi : _____ x/hari

b) Oral hygiene

Frekuensi : _____ x/hari

c) Rambut

Frekuensi : _____ x/hari

4) Pola aktifitas/istirahat dan tidur

Jenis pekerjaan : _____

Waktu bekerja : ☐ pagi ☐ sore ☐ malam

Lama bekerja : _____

Hobbi : _____

Pembatasan karena kehamilan/kondisi : _____

Kegiatan waktu luang : _____

Keluhan dalam beraktifitas : _____

Aktifitas kehidupan sehari-hari : ☐ mandiri ☐ tergantung

Tidur siang : ☐ ya ☐ tidak

Lama tidur : _____

Keluhan/masalah tidur : _____

Kebiasaan sebelum tidur : _____

5) Pola kebiasaan yang mempengaruhi kesehatan :

a) Merokok : ☐ ya ☐ tidak

Frekuensi : _____ Jumlah : _____ Merokok sejak : _____

b) Minuman keras : ☐ ya ☐ tidak Frekuensi : _____ Jumlah : _____

Minum sejak : _____

c) Ketergantungan obat: ☐ ya ☐ tidak Frekuensi : _____ Jumlah: _____

Penggunaan sejak : _____

6) Pola seksualitas

Masalah seksualitas ☐ ya ☐ tidak, bila ya sebutkan : _____

i. **Riwayat Psikososial :**

Perencanaan kehamilan : _____

Perasaan pasien & keluarga tentang kehamilan : _____

Kesiapan mental menjadi ibu : _____

Cara mengatasi stress : _____

Tinggal dengan : _____

Peran dalam struktur keluarga : _____

Kesanggupan dan pengetahuan dalam merawat bayi : _____

Harapan dari kehamilan/perawatan ini : _____

Faktor kebudayaan yang mempengaruhi kesehatan : _____

j. **Status Sosial Ekonomi :**

Penghasilan per bulan : ☐ Rp 250.000 – Rp 500.000

☐ Rp 500.000 - Rp 750.000 ☐ Rp.750.000 – Rp 1.000.000 ☐ Rp 1.000.000

Pengeluaran per bulan : _____

Jaminan kesehatan : _____

4. Pengkajian Fisik

a. Sistem Kardiovaskuler/Sirkulasi :

Nadi : _____x/menit : Irama : ☐ teratur ☐ tidak teratur

Denyut : ☐ lemah ☐ kuat

Tekanan darah : _____ mmHg, Suhu : _____x/menit

Temperatur kulit : ☐ pucat ☐ cyanosis ☐ kemerahan

Edema : ☐ ya ☐ tidak

☐ Muka ☐ tungkai bawah ☐ periorbita

Konjungtiva : _____ Sklera : _____

Riwayat penyakit jantung : ya/tidak, bila ya sebutkan : _____

Keluhan : _____

b. Sistem Pernafasan

Jalan nafas : ☐ bersih ☐ sumbat ☐ sputu ☐ lendir

Frekuensi : _____ x/menit, Irama : ☐ teratur ☐ tidak teratur

Riwayat bronchitis : ya/tidak, Asma : ya/tidak, TBC : ya/tidak,

Suara nafas : ☐ bronkhovesikuler ☐ ronchi ☐ wheezing
☐ vesikuler/normal

Keluhan : _____

c. Sistem Pencernaan

Keadaan mulut

Gigi : ☐ caries ☐ tidak

Stomatitis : ☐ ya ☐ tidak

Lidah : kotor ☐ ya ☐ tidak

Memakai gigi palsu : ☐ ya ☐ tidak

Bau mulut : ☐ ya ☐ tidak

Muntah

Isi : ☐ makanan ☐ cairan ☐ darah

Warna : ☐ sesuai warna makanan ☐ coklat ☐ kuning ☐ hitam

Mual : ☐ ya ☐ tidak

Nafsu makan : ☐ baik ☐ kurang ☐ meningkat

Nyeri daerah perut : ☐ ya ☐ tidak Lokasi : _____

Rasa penuh di perut : ☐ ya ☐ tidak

Bentuk tubuh : _____

Membran mukosa : _____

Lingkar lengan atas : _____ cm

Kebiasaan BAB : _____ x/hari

Warna feses : ☐ kuning ☐ coklat ☐ hitam ☐ putih

Hemoroid : ☐ ada ☐ tidak

d. Neurosensori

Status mental : ☐ orientasi ☐ disorientasi
Memakai kaca mata : ☐ ya ☐ tidak
Alat Bantu dengar : ☐ ya ☐ tidak
Gangguan bicara : ☐ ya ☐ tidak
Serangan pingsan/pusing : ☐ ya ☐ tidak
Sakit kepala : ☐ ya ☐ tidak
Kesemutan/kebas/kelemahan ☐ ☐ tidak, bila ya, lokasi : _____

e. Sistem Endokrin

Gula darah : _____mg/dl

f. Sistem Urogenital

BAK

Pola rutin : _____x/hari ☐ terkontrol ☐ tidak terkontrol
Jumlah : _____cc urin aseton _____
Warna : ☐ kuning ☐ kuningkeruh/kecoklatan
Rasa sakit pada waktu BAK : ☐ ya ☐ tidak
Distensi kandung kemih : ☐ ya ☐ tidak

g. Sistem Integumen :

Turgor kulit : ☐ baik elastis ☐ sedang ☐ buruk
Warna kulit : ☐ pucat ☐ sianosis ☐ kemerahan
Keadaan kulit : ☐ baik ☐ tdp lesi ☐ insisi operasi
☐ bercak merah ☐ kloasma gravidarum ☐ ptekie
☐ terdapat luka bakar ☐ dekubitus
Kebersihan kulit : ☐ bersih ☐ kotor
Keadaan rambut : ☐ bersih ☐ kotor

h. Sistem Muskuloskeletal :

Kesulitan dalam pergerakan : ☐ ya ☐ tidak
Ekstrimitas : tungkai : ☐ simetris ☐ tidak
Oedema : ☐ ya ☐ tidak Varices : ☐ ya ☐ tidak
Reflek patella : _____

i. Dada dan Axilla

Mammae membesar : ☐ ya ☐ tidak
Areola mammae : _____
Papila mammae : inveted/datar/exverted
Kolostrum keluar : ☐ ya ☐ tidak

j. Perut/Abdomen

1) Inspeksi

Membesar : _____ arah : _____

Linea : Alba/Nigra Striae : Albicans/Lividae

Luka bekas operasi ☐ ya ☐ tidak

2) Palpasi :

Leopold I : TFU : _____ cm

TFU berisi : _____

Leopold II : Kanan : _____ Kiri : _____

Leopold III : _____

Leopold IV : tangan konvergen/sejajar/divergen

Taksiran berat badan janin : _____

Kontraksi : _____

3) Auskultasi

DJJ : Punctum maksimum : _____ Frekuensi _____ x/menit, teratur/tidak

k. Pemeriksaan Panggul Luar

Lingkar Panggul : _____ cm

5. Pemeriksaan Penunjang

6. Penatalaksanaan

BAB 3

MODEL-MODEL DOKUMENTASI KEPERAWATAN

A. MODEL SOR (*Source - Oriented Record*)

1. Tujuan

Setelah mempelajari model-model dokumentasi keperawatan, diharapkan Anda mampu:

- a. Mengidentifikasi model-model dokumentasi keperawatan
- b. Menggunakan model-model dokumentasi keperawatan sesuai dengan kondisi

2. Uraian Materi

Sistem model pendokumentasian ini berorientasi pada sumber informasi. Dokumentasi ini memungkinkan setiap anggota tim kesehatan membuat catatannya sendiri dari hasil observasi. Hasil pengkajian tersebut dikumpulkan menjadi satu. Setiap anggota dapat melaksanakan aktifitas profesionalnya secara mandiri tanpa tergantung dengan tim kesehatan lainnya. Model ini menempatkan catatan atas dasar disiplin orang atau sumber yang mengelola pencatatan. Bagian penerimaan klien mempunyai lembar isian tersendiri, dokter menggunakan lembar untuk mencatat instruksi, lembaran riwayat penyakit dan perkembangan penyakit, perawat menggunakan catatan keperawatan, begitu pula disiplin lain mempunyai catatan masing-masing.

Catatan berorientasi pada sumber terdiri dari beberapa komponen, yaitu:

- a. lembar penerimaan berisi biodata.
- b. catatan dokter.
- c. riwayat medik/penyakit.
- d. catatan perawat.
- e. catatan dan laporan khusus.
- f. formulir grafik.
- g. format pemberian obat.
- h. format catatan perawat.

- i. riwayat penyakit/perawatan/pemeriksaan.
- j. perkembangan pasien.
- k. format pemeriksaan laboratorium, x-Ray, dll.
- l. Formulir masuk RS.
- m. Formulir untuk operasi yang ditandatangani oleh pasien/keluarga.

Tanggal/Bulan/Tahun	Waktu	Sumber	Catatan Perkembangan
	Diisi waktu melakukan tindakan		

B. DOKUMENTASI KEPERAWATAN ANAK

DOKUMENTASI KEPERAWATAN MATERNITAS

