

**PERATURAN DIREKTUR  
RUMAH SAKIT INTAN HUSADA  
NOMOR : 015/PER/DIR/RSIH/II/2022**

**TENTANG  
PANDUAN STANDAR ASUHAN  
KEPERAWATAN**

**RS INTAN HUSADA**

Jl. Mayor Suherman No. 72 Tarogong Kidul – Garut 44151

**LEMBAR VALIDASI**  
**PANDUAN STANDAR ASUHAN KEPERAWATAN**  
**NOMOR: 015/PER/DIR/RSIH/II/2022**

|                    |    | Nama Lengkap                  | Jabatan                       | Tanda Tangan   | Tanggal    |
|--------------------|----|-------------------------------|-------------------------------|--|------------|
| <b>Penyusun</b>    | 1. | Kartini Cendrawasih, S. Kep   | Staf Mutu Asuhan Keperawatan  |   | 06-02-2022 |
|                    | 2. | Lely Wijayanti, S. Kep., Ners | Ketua Sub Komite Mutu Profesi |   | 06-02-2022 |
| <b>Verifikator</b> | 1. | Depi Rismayanti S.Kep         | Manajer Keperawatan           |   | 06-02-2022 |
|                    | 2. | Irma Oktaviani, S. Kep., Ners | Ketua Komite Keperawatan      |   | 06-02-2022 |
| <b>Validator</b>   | 1. | drg.Muhammd Hasan MARS        | Direktur RS Intan Husada      |  | 7-2-2022   |

**LEMBAR PENGESAHAN**

**PERATURAN DIREKTUR RUMAH SAKIT INTAN HUSADA**

**NOMOR : 015/PER/DIR/RSIH/II/2022**

**TENTANG**

**PANDUAN STANDAR ASUHAN KEPERAWATAN**

**DIREKTUR RUMAH SAKIT INTAN HUSADA,**

Menimbang :

- a. bahwa pelayanan/asuhan keperawatan sebagai salah satu bentuk pelayanan professional merupakan bagian integral yang tidak dapat dipisahkan dari upaya pelayanan kesehatan secara keseluruhan Rumah Sakit ;
- b. bahwa pelayanan/asuhan keperawatan sebagai salah satu faktor penentu baik buruknya mutu rumah sakit, oleh karenanya kualitas pelayanan/asuhan keperawatan perlu dipertahankan serta ditingkatkan seoptimal mungkin;
- c. bahwa untuk mencapai butir b tersebut diatas, Standar Asuhan Keperawatan sangat diperlukan dan berfungsi sebagai panduan serta tolak ukur mutu pelayanan keperawatan yang diberikan;
- d. bahwa untuk mencapai butir c tersebut diatas, Standar Asuhan Keperawatan perlu diterapkan khususnya dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan/asuhan keperawatan;
- e. bahwa sehubungan dengan hal-hal tersebut diatas diperlukan keputusan diberlakukannya Standar Asuhan Keperawatan di Rumah Sakit Intan Husada.

Mengingat :

1. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan;
2. Undang – Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit;
3. Departemen Kesehatan Republik Indonesia Tahun 2001 Tentang Standar Asuhan Keperawatan;
4. Keputusan Kepala Dinas Penanaman Modal dan Perizinan Terpadu Kabupaten Garut Nomor 503/244/02-IORS.SOS/DPMPPT/2021 Tentang Izin Operasional Rumah Sakit;

5. Surat Keputusan PT. Rumah Sakit Intan Husada Nomor 34/PT-RSIH/XI/2021-S2 Tentang Pengangkatan drg. Muhammad Hasan, MARS Sebagai Direktur RS Intan Husada Periode 2021-2024;
6. Peraturan Direktur Rumah Sakit Intan Husada Nomor 3523/A000/XI/2021 Tentang Kebijakan Standar Pelayanan Berfokus Pasien

#### MEMUTUSKAN

- Menetapkan : **PERATURAN DIREKTUR TENTANG PANDUAN STANDAR ASUHAN KEPERAWATAN**
- Kesatu : Pengesahan Peraturan Direktur Nomor 015/PER/DIR/RSIH/II/2022 Tentang Panduan Standar Asuhan Keperawatan
- Kedua : Memberlakukan Peraturan Direktur Nomor 015/PER/DIR/RSIH/II/2022 Tentang Pedoman Standar Asuhan Keperawatan di Rumah Sakit Intan Husada.
- Ketiga : Panduan Standar Asuhan Keperawatan digunakan sebagai acuan dalam penyelenggaraan Standar Asuhan Keperawatan di Rumah Sakit Intan Husada.
- Keempat : Panduan Standar Asuhan Keperawatan sebagaimana tercantum dalam lampiran ini menjadi satu kesatuan dari Peraturan Direktur yang tidak dipisahkan.
- Kelima : Peraturan ini berlaku sejak tanggal ditetapkan dan apabila dikemudian hari ternyata terdapat kekeliruan dalam ketetapan ini akan diadakan perbaikan sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di : Garut

Pada Tanggal : 7 Februari 2022

Direktur,



**drg. Muhammad Hasan, MARS**  
**NIP. 21110183633**

## DAFTAR ISI

|                                    |   |
|------------------------------------|---|
| LEMBAR VALIDASI                    |   |
| LEMBAR PENGESAHAN                  |   |
| DAFTAR ISI.....                    | i |
| BAB I.....                         | 1 |
| DEFINISI.....                      | 1 |
| BAB II.....                        | 2 |
| RUANG LINGKUP.....                 | 2 |
| BAB III.....                       | 3 |
| TATA LAKSANA.....                  | 3 |
| A. Tata Laksana Pengkajian.....    | 3 |
| B. Tata Laksana Diagnosa .....     | 3 |
| C. Tata Laksana Intervensi .....   | 3 |
| D. Tata Laksana Implementasi ..... | 3 |
| E. Tata Laksana Evaluasi.....      | 4 |
| BAB IV.....                        | 5 |
| DOKUMENTASI .....                  | 5 |

## **BAB I**

### **DEFINISI**

#### **1. Pengertian**

**Standar** adalah spesifikasi teknis atau sesuatu yang dibakukan termasuk tata cara dan metode yang disusun berdasarkan konsensus semua pihak yang terkait dengan memperhatikan syarat-syarat keselamatan, keamanan, kesehatan, lingkungan hidup, perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi, serta pengalaman, perkembangan masa kini dan masa yang akan datang untuk memperoleh manfaat yang sebesar-besarnya

**Asuhan Keperawatan** merupakan proses atau rangkaian kegiatan pada praktik keperawatan yang diberikan secara langsung kepada klien/ pasien di berbagai tatanan pelayanan kesehatan. Dilaksanakan berdasarkan kaidah-kaidah Keperawatan sebagai suatu profesi yang berdasarkan ilmu dan kiat keperawatan, bersifat *humanistic* dan berdasarkan pada kebutuhan objektif klien untuk mengatasi masalah yang dihadapi pasien.

**Asuhan Keperawatan** adalah suatu proses atau rangkaian kegiatan pada Praktek Keperawatan yang langsung diberikan kepada klien pada berbagai tatanan pelayanan kesehatan, dalam upaya pemenuhan kebutuhan dasar manusia (KDM), dengan menggunakan metodologi Proses Keperawatan, berpedoman pada standar keperawatan, dilandasi Etik dan Etika Keperawatan, dalam lingkup wewenang serta Tanggung Jawab Keperawatan.

**Standar asuhan keperawatan** berfungsi sebagai pedoman maupun tolak ukur dalam pelaksanaan praktek keperawatan agar sesuai dengan nilai-nilai profesional, etika dan tanggung jawab.

#### **2. Tujuan**

- a. Meningkatkan kualitas Asuhan Keperawatan dengan memusatkan upaya dan meningkatkan motivasi Perawat terhadap pencapaian tujuan
- b. Mengurangi biaya Asuhan Keperawatan dengan mengurangi kegiatan Perawat yang tidak penting atau tidak tepat dengan kebutuhan pasien
- c. Memberikan landasan untuk mengantisipasi suatu hasil yang tidak memenuhi standar Asuhan Keperawatan atas kelalaian Petugas Keperawatan
- d. Pasien yang membutuhkan Asuhan Keperawatan yang sama akan menerima tingkat Asuhan Keperawatan yang sama di semua Unit Pelayanan

## **BAB II**

### **RUANG LINGKUP**

Ruang lingkup dalam pemberian Asuhan Keperawatan di Rumah Sakit Intan Husada sebagai berikut:

- A. Pengkajian Keperawatan
- B. Diagnosa Keperawatan
- C. Intervensi Keperawatan
- D. Implementasi Keperawatan
- E. Evaluasi Keperawatan
- F. Dokumentasi Keperawatan



### **BAB III**

### **TATA LAKSANA**

#### **A. Tata Laksana Pengkajian Keperawatan**

1. Perawat yang akan memberikan asuhan keperawatan kepada pasien harus melakukan pengkajian keperawatan
2. Perawat menyiapkan alat medis untuk melakukan pengkajian awal
3. Perawat Mengucapkan salam, memperkenalkan diri, melakukan identifikasi dan menjaga privasi pasien
4. Perawat menjelaskan maksud dan tujuan
5. Perawat melakukan anamnesa dengan cara auto/alo anamnesa
6. Perawat melakukan pemeriksaan fisik *head to toe*
7. Perawat mendokumentasikan hasil pengkajian di:
  - a) Formulir Unit Gawat Darurat untuk Perawat di UGD
  - b) Formulir Pengkajian Awal Keperawatan Rawat Jalan, Pengkajian Awal Rawat Jalan Dewasa, Pengkajian Awal Rawat Jalan Anak di Unit Rawat Jalan
  - c) Formulir Keperawatan Kritis di Unit Intensif Dewasa
  - d) Formulir Pengkajian Awal Keperawatan Neonatus, Pengkajian Awal Keperawatan Rawat Inap Neonatus di Unit Intensif Anak
  - e) Formulir Pengkajian Keperawatan Rawat Inap Dewasa, Pengkajian Keperawatan Rawat Inap Anak, Pengkajian Awal Keperawatan Rawat Inap Kebidanan di Unit Rawat Inap
  - f) Formulir Pengkajian Keperawatan Perioperatif di Unit Kamar Operasi
8. Perawat melakukan pengkajian Ulang/Pengkajian Lanjutan di Formulir Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi (CPPT) dan Ceklist Tindakan Keperawatan

#### **B. Tata Laksana Menentukan Diagnosa Keperawatan**

1. Perawat merumuskan Diagnosa keperawatan berdasarkan data hasil pengkajian pasien yang meliputi penyebab, Tanda dan gejala mayor subjektif dan objektif dan atau tanda dan gejala minor subjektif dan objektif
2. Perawat menentukan diagnosa keperawatan berdasarkan buku Panduan Pelaksanaan diagnose keperawatan Indonesia (SDKI)
3. Perawat mendokumentasikan diagnosa baru dengan memilih atau membubuhi diagnosea di formulir pengkajian masing-masing unit
4. Perawat menuliskan diagnosa keperawatan atau Analisa hasil pengkajian ulang di Formulir CPPT

#### **C. Tata Laksana Pelaksanaan Intervensi Keperawatan**

1. Perawat menyiapkan formulir perencanaan berdasarkan diagnosa yang sudah ditentukan
2. Perawat melakukan ceklis di Formulir Perencanaan Keperawatan sesuai template dari SDKI (Standar diagnosa keperawatan Indonesia) yang meliputi penyebab sesuai kondisi pasien, tanda dan gejala mayor di ceklis sesuai data subjektif dan data objektif, serta tanda dan gejala minor di ceklist berdasarkan hasil pengkajian pasien



3. Perawat menentukan Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) berdasarkan data hasil pengkajian pasien dengan menentukan target dalam satuan jam dan kriteria hasil yang diharapkan berdasarkan diagnosa
4. Perawat menentukan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) berdasarkan target dan kriteria hasil yang telah ditentukan yang meliputi Observasi, Terapeutik, Edukasi dan Kolaborasi
5. Perawat penanggung jawab pasien membubuhi tanggal, nama jelas dan tanda tangan.

#### **D. Tata Laksana Implementasi**

1. Perawat melakukan analisis mengenai rencana yang telah disusun dan intruksi dokter
2. Perawat menyusun skala prioritas tindakan yang akan dilakukan berdasarkan kebutuhan pasien
3. Perawat melakukan implementasi sesuai dengan rencana tindakan yang telah di susun sebelumnya dan atau intruksi dokter
4. Perawat mendokumentasikan hasil tindakan sesuai dengan
  - a) Tindakan Observasi di Formulir Ceklist Tindakan Keperawatan, Formulir Observasi, Flow Sheet dan atau Formulir Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi (CPPT)
  - b) Terapeutik di Formulir Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi atau Flow Sheet
  - c) Edukasi di Formulir Komunikasi Edukasi
  - d) Kolaborasi di Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi atau Flow Sheet
  - e) Pemberian terapi di UGD di dokumentasikan di Formulir Gawat Darurat, Unit Rawat Inap di Formulir Pemberian Obat Parenteral dan Non Parenteral Rawat Inap, Unit Intensif di Flow Sheet

#### **E. Tata Laksana Evaluasi**

Evaluasi Keperawatan dilakukan secara periodik, sistimatis dan berencana minimal satu kali per shift untuk menilai perkembangan pasien dengan kriteria sebagai berikut :

1. Setiap Tindakan Keperawatan dilakukan evaluasi
2. Evaluasi hasil menggunakan indikator yang ada pada rumusan tujuan atau target,
3. Selanjutnya hasil evaluasi segera dicatat dan dikomunikasikan,
4. Evaluasi melibatkan pasien, keluarga dan tim kesehatan,
5. Evaluasi dilakukan sesuai standar atau kriteria hasil.

#### **F. Tata Laksana Dokumentasi**

1. Perawat harus mendokumentasikan semua bukti pelaksanaan hasil asuhan keperawatan di berkas rekam medis pasien mulai dari pengkajian, diagnosa, perencanaan, implementasi dan Evaluasi

## BAB IV DOKUMENTASI

Dokumentasi atau catatan Asuhan Keperawatan yang dibutuhkan ketika melakukan Asuhan Keperawatan di masing-masing Unit meliputi:

**A. Unit Gawat Darurat**

Dokumentasi Asuhan Keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa, perencanaan, implementasi dan evaluasi di Formulir Gawat Darurat

**B. Unit Rawat Jalan**

Dokumentasi Asuhan Keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa, perencanaan, implementasi dan evaluasi di Formulir Pengkajian Awal Keperawatan Rawat Jalan, Pengkajian Awal Rawat Jalan Dewasa, Pengkajian Awal Rawat Jalan Anak

**C. Unit Intensif Dewasa**

Dokumentasi Asuhan Keperawatan untuk pengkajian di Formulir Keperawatan Kritis dan untuk diagnosa, perencanaan, implementasi dan evaluasi di Formulir Flow Sheet

**D. Unit Intensif Anak**

Dokumentasi Asuhan Keperawatan untuk pengkajian di Formulir Pengkajian Awal Keperawatan Neonatus, Pengkajian Awal Keperawatan Rawat Inap Neonatus dan untuk diagnosa, perencanaan, implementasi dan evaluasi di Formulir CPPT, Ceklis Tindakan Keperawatan, *Flow Sheet*.

**E. Unit Rawat Inap**

1. Dokumentasi Asuhan di rawat inap meliputi:

| No | Tatalaksana                                   | Dokumen   | PIC                |
|----|---|---|--------------------|
| 1  | Pengkajian Keperawatan & Diagnosa Keperawatan | Formulir Pengkajian Keperawatan Rawat Inap Dewasa     | Perawat Rawat Inap |
|    |   | Pengkajian Keperawatan Rawat Inap Anak                | Perawat Rawat Inap |
|    |   | Pengkajian Awal Keperawatan Rawat Inap Kebidanan      | Perawat Rawat Inap |
| 2  | Perencanaan keperawatan                       | Formulir Perencanaan Keperawatan                      | Perawat Rawat Inap |
|    |   | Formulir CPPT   | Perawat Rawat Inap |
| 3  | Implementasi Keperawatan                      | Formulir CPPT   | Perawat Rawat Inap |
|    |   | Formulir Ceklis Tindakan Keperawatan                  | Perawat Rawat Inap |
|    |   | Formulir Observasi                                    | Perawat Rawat Inap |
|    |   | Formulir Pemberian Terapi Parenteral & Non Parenteral | Perawat Rawat Inap |
| 4  | Evaluasi                                      | Formulir CPPT   | Perawat Rawat Inap |

F. Unit Kamar Operasi

1. Dokumentasi Asuhan Keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa, perencanaan, implementasi dan evaluasi di Formulir Pengkajian Keperawatan Perioperatif