

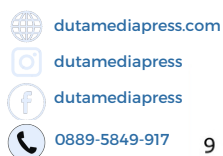
**Buku ini** disusun dengan tujuan untuk memberikan wawasan yang komprehensif mengenai konsep, pendekatan, serta praktik profesional yang relevan bagi mahasiswa, dosen, praktisi kesehatan, dan para pembaca umum. Penulis berusaha menyajikan tulisan ini dengan mengedepankan kejelasan konsep, kekuatan argumentasi, serta kebermanfaatan praktis bagi pembacanya.

Salah satu kekuatan utama buku ini adalah kemampuannya menghadirkan konsep-konsep ilmiah secara sistematis tanpa kehilangan konteks aplikatif dalam dunia nyata. Penulis memberikan penekanan pada pentingnya pendekatan holistic yang mencakup aspek fisik, mental, dan social sebagai dasar pelayanan kesehatan yang berkualitas. Pendekatan ini sangat sejalan dengan visi pelayanan kesehatan yang berpusat pada manusia (human-centered care), sebuah paradigma yang semakin penting dalam menjawab tantangan global di bidang kesehatan.

**Selamat membaca!**



**Office:** Jl. Abiyasa, Ngentak, Bangunjiwo,  
Kec. Kasihan, Kab. Bantul,  
D.I. Yogyakarta



ISBN 978-634-04-5594-6



**Dr. Mahfud, S.Kep., MMR**  
**Dihan Fahry Muhammad, S.Kep., Ns., MPH**  
**Imam Akbar, S.Kep., Ns., M.Kep**  
**Allama Zaki Almubarak, S.Kep., Ns., M.Kep**

Dr. Mahfud, S.Kep., MMR, dkk

Model Standar 3S dalam Pendokumentasian  
Asuhan Keperawatan



**Editor:**

**Raden Jaka Sarwadhamana, S.Kep., Ns., M.P.H.**

# MODEL STANDAR 3S

## DALAM PENDOKUMENTASIAN ASUHAN KEPERAWATAN

**Pengantar:**

**Prof. Dr. Hartono, dr., M.Si**

(Guru Besar Universitas Sebelas Maret)

# **MODEL STANDAR 3S DALAM PENDOKUMENTASIAN ASUHAN KEPERAWATAN**

## **Penulis:**

Dr. Mahfud, S.Kep., MMR  
Dihan Fahry Muhammad, S.Kep., Ns., MPH  
Imam Akbar, S.Kep., Ns., M.Kep.  
Allama Zaki Almubarak, S.Kep., Ns., M.Kep

**UNDANG-UNDANG REPUBLIK INDONESIA  
NOMOR 28 TAHUN 2014 TENTANG HAK CIPTA**

**LINGKUP HAK CIPTA**

**Pasal 1**

1. Hak Cipta adalah hak eksklusif pencipta yang timbul secara otomatis berdasarkan prinsip deklaratif setelah suatu ciptaan diwujudkan dalam bentuk nyata tanpa mengurangi pembatasan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

**KETENTUAN PIDANA**

**Pasal 113**

1. Setiap Orang yang dengan tanpa hak melakukan pelanggaran hak ekonomi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf i untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 1 (satu) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp 100.000.000 (seratus juta rupiah).
2. Setiap Orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin Pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi Pencipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf c, huruf d, huruf f, dan/atau huruf h untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 3 (tiga) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah).
3. Setiap Orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin Pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi Pencipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf a, huruf b, huruf e, dan/atau huruf g untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 4 (empat) tahun dan/ atau pidana denda paling banyak Rp1.000.000.000,00 (satu miliar rupiah).
4. Setiap Orang yang memenuhi unsur sebagaimana dimaksud pada ayat (3) yang dilakukan dalam bentuk pembajakan, dipidana dengan pidana penjara paling lama 10 (sepuluh) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp4.000.000.000,00 (empat miliar rupiah).

# **MODEL STANDAR 3S DALAM PENDOKUMENTASIAN ASUHAN KEPERAWATAN**

Dr. Mahfud, S.Kep., MMR I Dihan Fahry Muhammad, S.Kep., Ns., MPH I  
Imam Akbar, S.Kep., Ns., M.Kep. I Allama Zaki Almubarak, S.Kep., Ns., M.Kep

*All rights reserved*

Hak Cipta Dilindungi Undang-undang  
Hak Penerbitan pada Duta Media Press

**ISBN: 978-634-04-5594-6**

**Editor:**

Raden Jaka Sarwadhamana, S.Kep., Ns., M.P.H

**Tata Letak Isi:**

Lukman Surya

**Desain Cover:**

Miftahul Ulum

iii + 72 hlm: 14 x 21 cm  
Cetakan Pertama, Desember 2025

Nama penerbit;

**PT. Duta Media Press**

Alama : Jl. Abiyasa, Ngentak, Bangunjiwo, Kasihan,

Bantul, D.I Yogyakarta

Web: [dutamediapress.com](http://dutamediapress.com)

Email: [dutamediapres@gmail.com](mailto:dutamediapres@gmail.com)

No. wa: 0889-5849-917



## KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa atas segala limpahan rahmat, kesehatan, dan kemudahan sehingga buku ini dapat terselesaikan dengan baik. Kehadiran buku ini merupakan upaya untuk memberikan kontribusi ilmiah dalam memperkaya literatur keilmuan, khususnya di bidang kesehatan, keperawatan, dan pengembangan kompetensi tenaga medis di era modern. Penulis meyakini bahwa perkembangan ilmu pengetahuan menuntut adanya inovasi serta adaptasi yang berkesinambungan, terutama dalam konteks praktik dan pendidikan kesehatan.

Buku ini disusun dengan tujuan untuk memberikan wawasan yang komprehensif mengenai konsep, pendekatan, serta praktik profesional yang relevan bagi mahasiswa, dosen, praktisi kesehatan, dan para pembaca umum. Penulis berusaha menyajikan tulisan ini dengan mengedepankan kejelasan konsep, kekuatan argumentasi, serta kebermanfaatan praktis bagi pembacanya.

Penyusunan buku ini tentu tidak terlepas dari dukungan berbagai pihak. Penulis berharap agar buku ini tidak hanya menjadi bacaan, tetapi juga menjadi inspirasi dan motivasi bagi para pembaca dalam meningkatkan kualitas diri, profesionalisme, serta mutu pelayanan kesehatan di masa mendatang.

Yogyakarta, Desember 2025  
Penulis



# PENGANTAR

**Prof. Dr. Hartono, dr., M.Si**

Universitas Sebelas Maret

Dengan penuh rasa syukur dan penghargaan yang mendalam, saya menyambut hadirnya buku ini hadir sebagai sebuah karya yang tidak hanya memperkaya literatur bidang kesehatan, tetapi juga menawarkan perspektif baru yang berakar pada pengalaman empiris, refleksi akademik, serta dedikasi penulis terhadap dunia pendidikan dan pelayanan kesehatan.

Di tengah perubahan cepat dalam sistem pelayanan kesehatan, tuntutan terhadap tenaga kesehatan profesional semakin kompleks. Kebutuhan akan kompetensi teknis, kecakapan komunikasi, pengelolaan kesehatan mental, serta kemampuan adaptasi menjadi isu yang tidak dapat diabaikan. Melalui buku ini, penulis berhasil menyajikan uraian komprehensif yang menggabungkan teori keilmuan, praktik klinis, dan strategi pengembangan diri yang sangat relevan bagi mahasiswa, tenaga kesehatan, maupun pembaca umum yang ingin memahami dinamika profesi kesehatan masa kini.

Salah satu kekuatan utama buku ini adalah kemampuannya menghadirkan konsep-konsep ilmiah secara sistematis tanpa kehilangan konteks aplikatif dalam dunia nyata. Penulis memberikan penekanan pada pentingnya pendekatan *holistic* yang mencakup aspek fisik, mental, dan social sebagai dasar pelayanan kesehatan yang berkualitas. Pendekatan ini sangat sejalan dengan visi pelayanan kesehatan yang berpusat pada manusia (*human-centered care*), sebuah paradigma yang



semakin penting dalam menjawab tantangan global di bidang kesehatan. Sebagai seorang pendidik dan praktisi kesehatan, saya melihat buku ini tidak hanya memberikan pengetahuan, tetapi juga menginspirasi pembacanya untuk terus mengembangkan profesionalisme dan komitmen terhadap pelayanan yang lebih baik. Isi buku ini mampu menjembatani kesenjangan antara teori akademik dan kebutuhan praktis di lapangan, sebuah kontribusi yang sangat bernilai di era transformasi kesehatan saat ini.

Saya memberikan apresiasi yang tinggi kepada penulis atas upayanya menyusun karya ini dengan ketelitian, kedalaman pemikiran, dan kepekaan terhadap kebutuhan pembaca. Semoga buku ini dapat menjadi sumber rujukan, bahan ajar, dan refleksi bagi seluruh pembaca, serta memberikan dampak positif bagi peningkatan kualitas pelayanan kesehatan di Indonesia.

Akhir kata, saya merekomendasikan buku ini kepada para akademisi, mahasiswa, dan praktisi kesehatan sebagai bacaan penting untuk memperluas wawasan dan memperdalam pemahaman mengenai dunia kesehatan modern. Semoga karya ini terus menginspirasi dan memberikan manfaat luas bagi perkembangan disiplin ilmu kesehatan di masa yang akan datang.

# Daftar Isi

<b>Kata Pengantar.....</b>	<b>V</b>
<b>Pengantar Prof. Dr. Hartono, dr., M.Si.....</b>	<b>vii</b>
<b>Daftar Isi .....</b>	<b>ix</b>

## **BAB 1**

<b>PENDAHULUAN .....</b>	<b>1</b>
--------------------------	----------

## **BAB 2**

<b>KONSEP DASAR PENDOKUMENTASIAN ASUHAN KEPERAWATAN .....</b>	<b>15</b>
A. Standar Nasional & Internasional Dokumentasi Keperawatan.....	15
B. Kesalahan Umum dalam Dokumentasi .....	23
C. Peran Dokumentasi dalam Mutu Pelayanan & Keselamatan Pasien .....	31

## **BAB 3**

<b>MODEL STANDAR 3S (SISTEMATIS - SINKRON - SAFETY).....</b>	<b>43</b>
A. Hubungan Model 3S dengan Proses Keperawatan.....	43
B. Kelebihan dan Keunggulan Model 3S.....	51
C. Perbandingan Model 3S dan Standar Dokumentasi.....	61

## **BAB 4**

<b>MODEL 3S DALAM PRAKTIK KLINIS</b> .....	75
A. Teknis penerapan 3S pada Tahap Proses Keperawatan .....	75
B. Integrasi Model 3S pada Rekam Medis Elektronik (RME).....	88
C. Pengembangan Sistem Otomatisasi Dokumentasi Keperawatan .....	99
<b>PENUTUP</b> .....	115
<b>DAFTAR PUSTAKA</b> .....	116

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Pendahuluan**

Dokumentasi merupakan segala sesuatu yang tertulis atau tercetak tentang keadaan atau peristiwa tertentu dan dapat dijadikan bukti hukum. Sedangkan pendokumentasian adalah suatu rangkaian proses "*action*" dari mencatat, merekam peristiwa dari aktifitas dan obyek pemberian jasa atau pelayanan yang dianggap penting. Dokumentasi keperawatan adalah suatu bukti dari kegiatan pencatatan atau pelaporan dari semua aktifitas yang berkaitan dengan pemberian atau pelaksanaan proses keperawatan yang berguna bagi kepentingan klien, perawat dan mitra kerja. Dokumentasi keperawatan dapat juga diartikan sebagai suatu informasi lengkap yang meliputi status kesehatan klien, kebutuhan klien, kegiatan asuhan keperawatan serta respons klien terhadap asuhan keperawatan yang diterimanya. Proses pendokumentasian semestinya dibuat segera setelah selesai memberikan proses keperawatan kepada klien, proses pencatatannya merupakan suatu rangkaian kegiatan yang saling berkaitan serta membentuk sirkulus yang tidak terputus. Proses tersebut dimulai dari upaya mendapatkan data

melalui wawancara baik langsung atau tidak langsung, selanjutnya dengan mencatat dan memilah data untuk dimasukkan dalam kelompok tertentu, lalu menginput data sesuai dengan jenisnya, diteruskan dengan menganalisa data yang diperlukan dengan memperhatikan data yang ditemukan kemudian menarik kesimpulan untuk menentukan rencana yang akan dilakukan kemudian mengevaluasi dari pelaksanaan rencana tersebut dan membuat umpan balik untuk menyempurnakan hasil.

## **B. Pendekatan *Workshop* Standar 3S (SDKI, SIKI, SLKI)**

*Workshop* ini diselenggarakan dengan berdasarkan pendekatan berikut:

1. Berdasarkan masalah (*problem based*), yakni proses *workshop* didekatkan pada permasalahan nyata yang ada dalam pendokumentasian asuhan keperawatan di Rumah sakit.
2. Berdasarkan kompetensi (*competency based*), yakni proses *workshop* dilaksanakan dalam upaya mengembangkan keterampilan dalam pendokumentasian asuhan keperawatan sesuai standar 3S (standar diagnosis keperawatan Indonesia/SDKI, standar intervensi keperawatan Indonesia/SIKI, standar luaran keperawatan Indonesia/SLKI) berdasarkan ketentuan PPNI.
3. Pembelajaran orang dewasa (*adult learning*), yakni proses pembelajaran yang diselenggarakan pada

orang dewasa, yang selama pembelajaran peserta berhak untuk:

- a. Didengarkan dan dihargai pengalamannya
  - b. Dipertimbangkan setiap ide dan pendapat, sejauh berada di dalam konteks pembelajaran melalui *workshop*
  - c. Dihargai keberadaannya
4. *Workshop* pembelajaran standar 3S dalam pendokumentasian asuhan keperawatan dengan melakukan (*learning by doing*), sehingga peserta memungkinkan untuk:
- a. Berkesempatan melakukan eksperimentasi dari materi *workshop* dengan menggunakan metode pembelajaran antara lain diskusi kelompok, studi kasus, simulasi, *roleplay* (bermain peran) dan latihan (*exercise*) baik secara individu maupun kelompok.
  - b. Bila diperlukan melakukan pengulangan untuk perbaikan

### **C. Peran dan Kompetensi**

Perawat yang telah menyelesaikan *workshop* penerapan standar 3S (SDKI, SLKI, SIKI) dalam pendokumentasian asuhan keperawatan mempunyai peran dan kompetensi sebagai berikut;

1. Peran; Perawat sebagai penyelenggara pelayanan keperawatan di Rumah Sakit dan/atau klinik.

2. Kompetensi; Perawat mempunyai kompetensi mampu:
  - a. Memahami pengertian standar 3S (SDKI, SIKI, SLKI) dalam pendokumentasi asuhan keperawatan berdasarkan ketentuan PPNI (Persatuan Perawat Nasional Indonesia).
  - b. Memahami standar diagnosis keperawatan Indonesia (SDKI)
  - c. Memahami standar intervensi keperawatan Indonesia (SIKI).
  - d. Memahami standar luaran keperawatan Indonesia (SLKI).

#### **D. Tujuan Workshop**

##### **1. Tujuan Umum**

Setelah selesai *workshop* peserta mampu melaksanakan pelayanan keperawatan menggunakan standar dokumentasi keperawatan sesuai standar 3S (SDKI, SIKI, SLKI)

##### **2. Tujuan Khusus**

Setelah selesai mengikuti *workshop* perawat mampu:

- a. Memahami pengertian standar 3S (SDKI, SLKI, SIKI) dalam pendokumentasian asuhan keperawatan berdasarkan ketentuan PPNI (Persatuan Perawat Nasional Indonesia).
- b. Memahami standar diagnosis keperawatan Indonesia (SDKI)
- c. Memahami standar intervensi keperawatan Indonesia.

- d. Memahami standar luaran keperawatan Indonesia (SLKI).

## **E. Proses dan Metode Pembelajaran**

### **1. Proses *workshop***

Proses *workshop* dilaksanakan melalui tahapan sebagai berikut:

#### **a. Persiapan:**

- 1) Membangun komitmen belajar di antara peserta.
- 2) Persiapan individu / kelompok yang mempunyai motivasi untuk melakukan perubahan dalam melaksanakan pelayanan keperawatan sesuai standar dokumentasi asuhan keperawatan.
- 3) Penjajakan awal peserta dengan memberikan pretest dengan menggunakan kuisioner penilaian kinerja perawat dalam pendokumentasian asuhan keperawatan.

#### **b. Pelaksanaan *workshop***

- 1) *Workshop* I dilakukan selama 6 jam di RSKIA PKU Muhammadiyah Kotagede pada tanggal 15 agustus 2023.
- 2) *Workshop* II di lakukan di RSUD Wates Kulon Progo Yogyakarta pada tanggal 18 september 2023
- 3) Jam 10.00 – 11.00 diisi materi standar 3S oleh ketua PPNI wilayah Yogyakarta
- 4) Jam 11.00- 12.00 diskusi dan tanya jawab dengan ketua PPNI.



- 5) Jam 13.00-16.00 praktik penerapan standar 3S (SDKI, SIKI, SLKI)
  - 6) Jam 16.00- 16.30 posttest pemahaman standar dokumentasi keperawatan
- c. Alat dan Bahan
- 1) Meja, kursi, alat tulis, buku pencatatan kegiatan, LCD
  - 2) Buku standar diagnosis keperawatan Indonesia (SDKI).
  - 3) Buku standar intervensi keperawatan Indonesia (SIKI).
  - 4) Buku standar luaran keperawatan Indonesia (SLKI).

## **2. Metode Pembelajaran**

- Ceramah/ presentasi
- Diskusi
- Simulasi dan *role play*
- Memberikan contoh kasus

## **3. Materi Standar 3S dokumentasi asuhan keperawatan**

- Dokumentasi pengkajian keperawatan
- Dokumentasi diagnosis keperawatan Indonesia
- Dokumentasi Intervensi keperawatan Indonesia
- Dokumentasi Luaran keperawatan Indonesia

## **BAB II**

### **DOKUMENTASI PENGKAJIAN**

#### **A. Deskripsi Singkat**

Dalam pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan, perawat harus mengikuti beberapa tahapan dokumentasi asuhan keperawatan. Kegiatan utama dalam dokumentasi asuhan keperawatan adalah tahap pengkajian yang merupakan kegiatan pengumpulan data, pengelompokan data, dan analisis data guna perumusan diagnosis keperawatan. Pengumpulan data merupakan aktivitas perawat dalam mengumpulkan informasi yang sistemik tentang klien. Pengumpulan data ditujukan untuk mengidentifikasi dan mendapatkan data penting dan akurat tentang klien (Asmadi, 2008).

#### **B. Tujuan Pembelajaran**

1. Tujuan Umum; Setelah pembelajaran perawat mampu memahami standar 3S dokumentasi asuhan keperawatan di rumah sakit / klinik
2. Tujuan khusus; Setelah mempelajari dokumentasi pengkajian keperawatan perawat dapat menjelaskan tentang:
  - a. Pengertian dan tujuan pengkajian.
  - b. Tipe pengkajian.

- c. Cara pengumpulan data: tipe data, sumber data, metode pengumpulan data.
- d. Jenis format pengkajian.
- e. Cara mendokumentasikan pengkajian keperawatan.

## **C. Dokumentasi Pengkajian**

### **1. Pengertian**

Dokumentasi pengkajian merupakan catatan tentang hasil pengkajian yang dilaksanakan untuk mengumpulkan informasi dari klien, membuat data dasar tentang klien, dan membuat catatan tentang respons kesehatan klien. Hasil pengkajian untuk mengidentifikasi masalah kesehatan klien. Pengkajian merupakan tahap awal dalam proses keperawatan yang dilakukan dengan sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien. Pengkajian yang akurat, lengkap sangat penting dalam merumuskan diagnosis keperawatan dan memberikan pelayanan keperawatan sesuai dengan respon individu. (Standar praktik keperawatan dari ANA/*American Nurses Association*, Handayaningsih, 2007)

### **2. Tujuan**

Mengumpulkan, mengorganisasikan, dan mencatat data-data yang menjelaskan respon tubuh manusia yang diakibatkan oleh masalah kesehatan. Tujuan Pengkajian keperawatan (Ali, 2009):

- a. Mengidentifikasi kebutuhan unik klien dan respon klien terhadap masalah/diagnosis keperawatan yang akan mempengaruhi layanan keperawatan yang akan diberikan.
- b. Mengkonsolidasikan dan mengorganisasikan informasi yang diperoleh dari berbagai sumber ke dalam sumber yang bersifat umum sehingga pola kesehatan klien dapat dievaluasi dan masalahnya dapat teridentifikasi.
- c. Menjamin adanya informasi dasar yang berguna yang memberikan referensi untuk mengukur perubahan kondisi klien.
- d. Mengidentifikasi karakteristik unik dari kondisi klien dan responnya yang mempengaruhi perencanaan keperawatan dan tindakan keperawatan, menyajikan data yang cukup bagi kebutuhan klien untuk tindakan keperawatan.
- e. Menjadi dasar bagi pencatatan rencana keperawatan yang efektif.

### **3. Metode Pengkajian**

Metode yang digunakan dalam pengkajian untuk mengumpulkan data adalah wawancara, observasi, dan pemeriksaan fisik serta diagnostik.

- a. Wawancara

Wawancara merupakan metode pengumpulan data secara langsung antara perawat dan klien. Pengumpulan data yang dilakukan melalui wawancara adalah

semua ungkapan klien, tenaga kesehatan, keluarga, teman, dan orang terdekat klien.

b. Observasi

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.

c. 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 empat metode, yakni inspeksi, auskultasi, perkusi, dan palpasi.

- 1) Inspeksi; Inspeksi merupakan kegiatan melihat atau memperhatikan secara seksama status kesehatan klien.

- 2) Auskultasi; Auskultasi adalah pemeriksaan fisik dengan menggunakan stetoskop untuk mendengarkan bunyi yang keluar dari rongga tubuh klien. Auskultasi dilakukan untuk mendapatkan data tentang kondisi jantung, paru, dan saluran pencernaan.
- 3) Perkusi; Perkusi atau periksa ketuk adalah jenis pemeriksaan fisik dengan cara mengetuk secara pelan jari tengah menggunakan jari yang lain untuk menentukan posisi, ukuran, dan konsistensi struktur suatu organ tubuh.
- 4) Palpasi; Palpasi atau periksa raba adalah jenis pemeriksaan fisik dengan cara meraba atau merasakan kulit klien untuk mengetahui struktur yang ada dibawah kulit.

#### **4. Kegiatan Pengkajian**

Dalam pengkajian keperawatan ada lima tahapan kegiatan yaitu pengumpulan data, analisis data, sistematika data, penentuan masalah dan dokumentasi data.

##### **1) Pengumpulan data**

Pengumpulan data adalah pengumpulan informasi tentang klien yang dilakukan secara sistematis untuk menentukan masalah-masalah, serta kebutuhan-kebutuhan keperawatan dan kesehatan klien. Pengumpulan informasi merupakan tahap awal dalam proses keperawatan. Dari informasi yang terkumpul, didapatkan data

dasar tentang masalah-masalah yang dihadapi klien. Selanjutnya data dasar tersebut digunakan untuk menentukan diagnosis keperawatan, merencanakan asuhan keperawatan, serta tindakan keperawatan untuk mengatasi masalah-masalah klien.

Terdapat dua tipe data yang digunakan dalam pengumpulan data, yaitu:

- *Data subjektif* adalah data yang didapatkan dari klien sebagai suatu pendapat terhadap suatu situasi dan kejadian. Misalnya tentang nyeri, perasaan lemah, ketakutan, kecemasan, frustrasi, mual, perasaan malu.
- *Data objektif* adalah data yang dapat diobservasi dan diukur, dapat diperoleh menggunakan panca indera (lihat, dengar, cium, raba) selama pemeriksaan fisik. Misalnya frekuensi nadi, pernafasan, tekanan darah, edema, berat badan, tingkat kesadaran.

## 2) Karakteristik Data

Karakteristik data dalam pengumpulan data harus memenuhi persyaratan yaitu:

- a) Lengkap; Data yang terkumpul harus lengkap guna membantu mengatasi masalah klien yang adekuat. Misalnya klien tidak mau makan selama 3 hari. Perawat harus mengkaji lebih dalam mengenai masalah klien tersebut misalnya dengan menanyakan hal-hal sebagai berikut: kenapa tidak mau makan? apa karena tidak ada nafsu makan atau disengaja? Apakah karena adanya perubahan pola makan atau hal-hal

yang patologis? Bagaimana respon klien mengapa tidak mau makan.

- b) Akurat dan nyata; Perawat harus berfikir secara akurat dan nyata untuk membuktikan benar tidaknya apa yang didengar, dilihat, diamati dan diukur melalui pemeriksaan/validasi terhadap semua data yang mungkin meragukan. Apabila merasa kurang jelas terhadap data yang telah dikumpulkan, maka perawat harus berkonsultasi dengan perawat yang lebih senior dan ahli. Misalnya, pada saat observasi: klien selalu diam dan sering menutup mukanya dengan kedua tangannya, maka perawat berusaha mengajak klien berkomunikasi, tetapi klien selalu diam dan tidak menjawab pertanyaan perawat. Selama sehari klien tidak mau makan makanan yang diberikan, jika keadaan klien tersebut ditulis oleh perawat bahwa klien depresi berat, maka hal itu merupakan perkiraan dari perilaku klien dan bukan data yang aktual. Diperlukan penyelidikan lebih lanjut untuk menetapkan kondisi klien. Dokumentasikan apa adanya sesuai yang ditemukan pada saat pengkajian.
- c) Relevan; Pencatatan data yang komprehensif menyebabkan banyak sekali data yang harus dikumpulkan, sehingga memerlukan waktu dalam mengidentifikasi. Bisa diantisipasi dengan membuat data komprehensif tapi singkat dan jelas. Dengan mencatat data yang relevan sesuai dengan masalah klien, merupakan data



fokus terhadap masalah klien dan sesuai dengan situasi khusus.

3) Sumber data

- a) Sumber data primer; Klien adalah sumber utama data (primer) dan perawat dapat menggali informasi yang sebenarnya mengenai masalah kesehatan klien.
- b) Sumber data sekunder; Jika klien mengalami gangguan keterbatasan dalam berkomunikasi atau kesadaran yang menurun, misalnya klien dalam kondisi tidak sadar, maka informasi dapat diperoleh melalui orang terdekat seperti orang tua, suami atau istri, anak, teman klien.

4) Sumber data lainnya

- a) Catatan kesehatan terdahulu dapat digunakan sebagai sumber informasi yang dapat mendukung rencana tindakan perawatan.
- b) Riwayat penyakit: pemeriksaan fisik dan catatan perkembangan merupakan riwayat penyakit yang diperoleh dari terapis. Informasi yang diperoleh adalah hal-hal yang difokuskan pada identifikasi patologi dan untuk menentukan rencana tindakan medis.
- c) Konsultasi: terapis memerlukan konsultasi dengan anggota tim kesehatan spesialis, khususnya dalam menentukan diagnosis medis atau dalam merencanakan dan melakukan tindakan medis. Informasi tersebut dapat diambil guna membantu menegakkan diagnosis.

- d) Hasil pemeriksaan diagnostik: seperti hasil pemeriksaan laboratorium dan tes diagnostik, dapat digunakan perawat sebagai data objektif yang dapat disesuaikan dengan masalah kesehatan klien. Hasil pemeriksaan diagnostik dapat digunakan membantu mengevaluasi keberhasilan dari tindakan keperawatan.
- e) Perawat lain: jika klien adalah rujukan dari pelayanan kesehatan lainnya, maka perawat harus meminta informasi kepada perawat yang telah merawat klien sebelumnya. Hal ini untuk kelanjutan tindakan keperawatan yang telah diberikan.
- f) Kepustakaan: untuk mendapatkan data dasar klien yang komprehensif, perawat dapat membaca literatur berhubungan dengan masalah klien. Memperoleh literatur sangat membantu perawat dalam memberikan asuhan keperawatan yang benar dan tepat.

## 5) Analisa Data

Analisis data diperlukan kemampuan mengkaitkan data dan menghubungkan data tersebut dengan konsep, teori dan prinsip yang relevan untuk membuat kesimpulan dalam menentukan masalah kesehatan dan keperawatan klien.

- a) Fungsi analisa data, beberapa fungsi analisa data adalah:
  - Dapat menginterpretasi data keperawatan dan kesehatan, sehingga data yang diperoleh memiliki

makna dan arti dalam menentukan masalah dan kebutuhan klien

- Sebagai proses pengambilan keputusan dalam menentukan alternatif pemecahan masalah yang dituangkan dalam rencana asuhan keperawatan, sebelum melakukan tindakan keperawatan.

b) Pedoman analisa data:

- Menyusun kategorisasi data secara sistematis dan logis
- Identifikasi kesenjangan data
- Menentukan pola alternatif pemecahan masalah
- Menerapkan teori, model, kerangka kerja, norma dan standart, dibandingkan dengan data senjang
- Identifikasi kemampuan dan keadaan yang menunjang asuhan keperawatan klien
- Membuat hubungan sebab akibat antara data dengan masalah yang timbul.

c) Cara analisa data:

- Validasi data, teliti kembali data yang telah terkumpul
- Mengelompokkan data berdasarkan kebutuhan bio-psiko-sosial dan spiritual
- Membandingkan dengan standart
- Membuat kesimpulan tentang kesenjangan (masalah keperawatan) yang ditemukan

#### 6) Sistematika/pengelompokkan data

Mengelompokkan data-data klien atau keadaan tertentu dimana klien mengalami permasalahan kesehatan atau keperawatan berdasarkan kriteria permasalahannya. Setelah data dikelompokkan maka perawat dapat mengidentifikasi masalah klien dan merumuskannya.

##### a) Penentuan / identifikasi masalah;

- Masalah klien merupakan keadaan atau situasi dimana klien perlu bantuan untuk mempertahankan atau meningkatkan status kesehatannya, atau meninggal dengan damai, yang dapat dilakukan oleh perawat sesuai dengan kemampuan dan wewenang yang dimilikinya. Identifikasi masalah klien dibagi menjadi: klien tidak bermasalah, klien yang kemungkinan mempunyai masalah, klien yang mempunyai masalah potensial sehingga kemungkinan besar mempunyai masalah dan klien yang mempunyai masalah aktual.
- Menentukan kelebihan klien; Apabila klien memenuhi standar kriteria kesehatan, perawat kemudian menyimpulkan bahwa klien memiliki kelebihan dalam hal tertentu. Kelebihan tersebut dapat digunakan untuk meningkatkan atau membantu memecahkan masalah yang klien hadapi.

- Menentukan masalah klien; Jika klien tidak memenuhi standar kriteria, maka klien tersebut mengalami keterbatasan dalam aspek kesehatannya dan memerlukan pertolongan.
- Menentukan masalah yang pernah dialami oleh klien; Pada tahap ini, penting untuk menentukan masalah potensial klien. Misalnya ditemukan adanya tanda-tanda infeksi pada luka klien, tetapi dari hasil test laboratorium, tidak menunjukkan adanya suatu kelainan. Sesuai dengan teori, maka akan timbul adanya infeksi. Perawat kemudian menyimpulkan bahwa daya tahan tubuh klien tidak mampu melawan infeksi.
- Penentuan Keputusan; Tahapan dari penentuan/identifikasi masalah adalah penentuan keputusan. Penentuan keputusan akan dibagi dalam beberapa aspek yang dipilih, yaitu:
  - Tidak ada masalah, tetapi perlu peningkatan status dan fungsi (kesejahteraan): tidak ada indikasi respon keperawatan, meningkatnya status kesehatan dan kebiasaan, serta danya inisiatif promosi kesehatan untuk memastikan ada atau tidaknya masalah yang diduga.

- Masalah kemungkinan (*possible problem*): pola mengumpulkan data yang lengkap untuk memastikan ada atau tidaknya masalah yang diduga.
- Masalah aktual, resiko, atau sindrom: tidak mampu merawat karena klien menolak masalah dan pengobatan, mulai untuk mendesain perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi untuk mencegah, menurunkan, atau menyelesaikan masalah.
- Masalah kolaboratif: konsultasikan dengan tenaga kesehatan profesional yang ompeten dan bekerja secara kolaboratif pada masalah tersebut. Masalah kolaboratif adalah komplikasi fisiologis yang diakibatkan dari patofisiologi, berhubungan dengan pengobatan dan situasi yang lain. Tugas perawat adalah memonitor, untuk mendeteksi status klien dan kolaboratif dengan tenaga medis guna pengobatan yang tepat.

## 7) Dokumentasi Data

Dokumentasi data adalah bagian terakhir dari pengkajian yang lengkap. Kelengkapan dan keakuratan diperlukan ketika mencatatkan data. Kelengkapan dalam dokumentasi penting untuk dua alasan, yaitu:

- Pertama, semua data yang berkaitan dengan status klien dimasukkan. Bahkan informasi yang tampaknya

menunjukkan abnormalitas pun harus dicatat. Informasi tersebut mungkin akan berkaitan nantinya, dan berfungsi sebagai nilai dasar untuk perubahan dalam status. Aturan umum yang berlaku adalah, jika hal tersebut dikaji maka harus dicatat.

- Pengamatan dan pencatatan status klien adalah tanggung jawab legal dan profesional. Undang-undang praktik perawat disemua negara bagian, dan mewajibkan pengumpulan data dan pencatatan sebagai fungsi mandiri esensial untuk peran perawat profesional. Menjadi faktual adalah mudah setelah hal tersebut menjadi kebiasaan.

# **BAB III**

## **DOKUMENTASI DIAGNOSIS KEPERAWATAN**

### **A. Deskripsi Singkat**

Diagnosis Keperawatan merupakan bagian vital dalam menentukan asuhan keperawatan yang sesuai untuk membantu klien mencapai kesehatan yang optimal.

### **B. Tujuan Pembelajaran**

1. Tujuan Umum; Setelah pembelajaran perawat mampu mempraktikkan dokumentasi diagnosis dalam proses keperawatan.
2. Tujuan khusus; Setelah mempelajari dokumentasi diagnosis keperawatan perawat dapat menjelaskan:
  - a. Menjelaskan dokumentasi diagnosis keperawatan
  - b. Menyebutkan tujuan dokumentasi diagnosis keperawatan.
  - c. Menjelaskan metode dokumentasi diagnosis keperawatan.
  - d. Menyebutkan langkah-langkah dalam penulisan diagnosis keperawatan.
  - e. Menjelaskan kategori diagnosis keperawatan.



## **C. Diagnosis Keperawatan**

### **1. Pengertian**

Diagnosis keperawatan adalah keputusan klinis mengenai seseorang, keluarga, atau masyarakat sebagai akibat dari masalah kesehatan atau proses kehidupan yang aktual atau potensial. Diagnosis keperawatan merupakan dasar dalam penyusunan rencana tindakan asuhan keperawatan. Diagnosis keperawatan adalah penilaian klinis mengenai pengalaman/respon individu, keluarga, atau komunitas terhadap masalah kesehatan yang aktual atau potensial (PPNI, 2017). Diagnosis keperawatan memberi dasar pemilihan intervensi keperawatan untuk mencapai hasil yang optimal.

### **2. Tujuan**

Tujuan dokumentasi diagnosis keperawatan adalah:

- a. Mengenali dan menyampaikan masalah klien dalam istilah yang dapat dimengerti semua perawat
- b. Mengetahui perkembangan keperawatan
- c. Menyampaikan masalah yaitu adanya respons klien terhadap status kesehatan atau penyakit
- d. Menyampaikan faktor-faktor yang menunjang atau menyebabkan suatu masalah
- e. Mengetahui kemampuan klien untuk mencegah atau menyelesaikan masalah

### **3. Metode dokumentasi diagnosis keperawatan**

Metode dokumentasi diagnosis keperawatan meliputi:

- a. Tuliskan masalah/problem klien atau perubahan status kesehatan klien
- b. Masalah yang dialami klien didahului adanya penyebab dan keduanya dihubungkan dengan kata "berhubungan dengan".
- c. Setelah masalah (problem) dan penyebab (etiologi), kemudian diikuti dengan tanda dan gejala (*symptom*) yang dihubungkan dengan kata "ditandai dengan"
- d. Tulis istilah atau kata-kata yang umum digunakan
- e. Gunakan bahasa yang tidak memvonis

Penegakan diagnosis keperawatan mengacu pada Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI), yang memuat 149 diagnosis keperawatan yang disusun dari berbagai sumber rujukan berupa *textbook*, standar diagnosis dari lembaga/negara lain dan jurnal-jurnal ilmiah dan telah ditelaah oleh para praktisi dan akademisi keperawatan.

#### **4. Jenis Diagnosis**

Jenis Diagnosis Keperawatan dibedakan menjadi dua, yaitu;

- a. Diagnosis keperawatan negative; Yaitu: menunjukkan klien dalam keadaan sakit atau berisiko mengalami sakit sehingga penegakan diagnosis akan mengarah kepada upaya pemberian intervensi keperawatan yang bersifat penyembuhan, pencegahan dan pemulihan (PPNI, 2017). Diagnosis keperawatan negatif dibagi menjadi dua yaitu:

- **Diagnosis Aktual;** Masalah keperawatan pada diagnosis keperawatan merupakan hal nyata, telah terjadi gangguan pada saat ini (*actual*).
- **Diagnosis Risiko;** Masalah keperawatan pada diagnosis keperawatan yang merupakan risiko, yaitu apabila tidak diperhatikan dan tidak ada upaya pengelolaan yang tepat maka dapat menyebabkan masalah yang membahayakan jiwa klien.

b. **Diagnosis keperawatan positif**

Yaitu: kondisi atau respon klien yang berpotensi untuk dikembangkan menuju pada kesehatan optimal, hanya satu diagnosis keperawatan positif ini adalah promosi kesehatan.



Diadaptasi dari:

Standar Praktik Keperawatan Indonesia (PPNI, 2005); *International Classification of Nursing Practice – Diagnosis Classification* (ICNP, 2015)

**Gambar, 1.** Jenis diagnosis keperawatan

## 5. Proses penulisan diagnosis keperawatan

Sebelum menegakkan diagnosis keperawatan terdapat tahapan yang harus dilalui, yaitu: pengkajian, analisis data, dan identifikasi data.

- a. *Analisis data*, terdapat dua langkah yang dilakukan pada analisis data, yaitu membandingkan data dengan nilai normal dan selanjutnya mengelompokkan data.
- b. Bandingkan data dengan nilai normal

*Contoh: Data Subjektif: Klien mengeluhkan nyeri saat menelan karena ada tumor di leher, akibatnya BB turun lebih dari 10 kg dalam 12 bulan terakhir.*

Data Objektif: TB = 165 cm, BB = 45 kg, Bila terdapat data antropometri (TB, BB) maka kita harus menghitung IMT, yaitu:

$$\text{IMT} = \frac{\text{BB}}{(\text{TB dalam meter})^2} \quad \text{IMT} = \frac{45}{2,72} = 16,54$$

Hasil IMT pada klien adalah 16,54, sedangkan nilai normal IMT adalah 18,5-22,9. Data hasil perhitungan IMT menunjukkan bahwa status gizi klien saat ini sedang ada masalah/ gangguan

- c. Pengelompokan data
- Selanjutnya data dikelompokkan sesuai dengan masalah keperawatan, untuk mendukung penegakan diagnosis keperawatan.

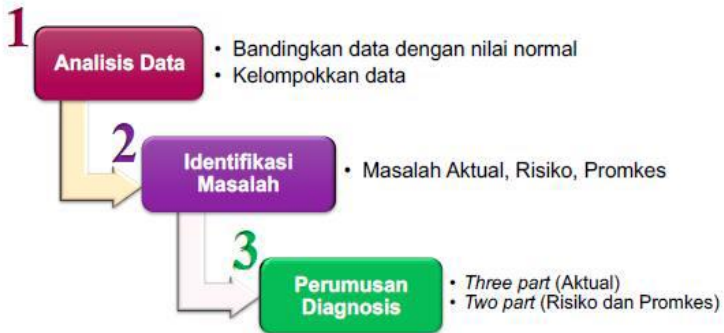
#### *d. Identifikasi masalah*

Pada tahap identifikasi masalah, data diidentifikasi kedalam tiga masalah, yaitu: masalah aktual, risiko, atau promkes. Masalah aktual adalah terjadinya masalah pada klien saat ini atau klien saat ini sedang mengalami gangguan/problem tertentu (aktual). Masalah risiko adalah apabila terdapat suatu respon tertentu dari klien yang apabila tidak dilakukan penanganan maka dapat menyebabkan terjadinya bahaya atau klien bisa jatuh dalam kondisi yang lebih parah / mengalami komplikasi di kemudian hari walaupun pada saat ini klien belum mengalami gangguan/masalah. Sedangkan promkes adalah suatu kondisi yang memungkinkan klien mengembangkan potensi untuk peningkatan kesehatan.

Langkah berikutnya adalah validasi data. Kegiatan ini dilakukan untuk memastikan keakuratan diagnosis dimana perawat bersama klien memvalidasi diagnosis sehingga diketahui bahwa klien setuju dengan masalah yang sudah dibuat dan faktor-faktor yang mendukungnya. Contoh: Perawat mengukur BB klien akibat tumor yang dideritanya.



## PROSES DIAGNOSTIK (DIAGNOSTIC PROCESS)



Diadaptasi dari:

Standar Praktik Keperawatan Indonesia (PPNI, 2005); Ackley, Ladwig & Makic (2017); Berman, Snyder & Frandsen (2015); Potter & Perry (2013)

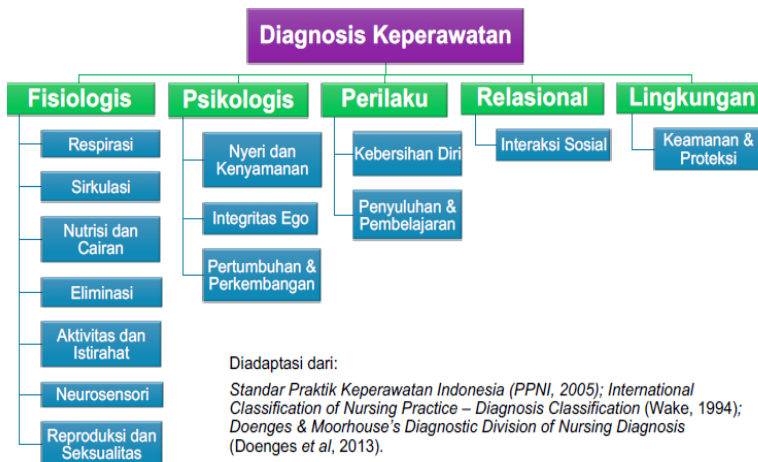
**Gambar, 2.** Langkah proses penulisan diagnosis keperawatan

a. *Perumusan diagnosis keperawatan*

Tahap selanjutnya adalah merumuskan diagnosis keperawatan. Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam merumuskan diagnosis keperawatan adalah:

- Perhatikan kategori dan subkategori dalam diagnosis keperawatan. Terdapat lima kategori dalam perumusan diagnosis keperawatan sesuai dengan SDKI, sebagai berikut: (1) Fisiologis, (2) Psikologis, (3) Perilaku, (4) Relasional, (5) Lingkungan
- Setiap kategori mempunyai sub kategori tertentu, yaitu:  
Fisiologis, mempunyai tujuh sub kategori, yaitu:

- (1) Respirasi, (2) Sirkulasi, (3) Nutrisi dan cairan, (4) Eliminasi, (5) Aktivitas dan istirahat, (6) Neurosensori, (7) Reproduksi dan seksualitas
- Psikologis, mempunyai tiga sub kategori, yaitu: 1) Nyeri dan kenyamanan, 2) Integritas ego, 3) Pertumbuhan & perkembangan
- Perilaku, mempunyai dua sub kategori, yaitu; 1) Kebersihan diri, 2) Penyuluhan dan Pembelajaran
- Relasional, mempunyai satu sub kategori saja, yaitu:
  - ✓ Interaksi sosial
- ✓ Lingkungan, mempunyai satu sub kategori saja, yaitu:
  - Keamanan dan proteksi
  - Untuk lebih memudahkan, perhatikan bagan di bawah ini:



**Gambar, 3.** Kategori dan sub kategori diagnosis keperawatan

Penulisan diagnosis keperawatan, menggunakan model *three part* atau *two part*. Penulisan dengan *three part* digunakan pada masalah *actual* sedangkan *two part* digunakan pada masalah risiko dan promkes.

- *Three part* (aktual), Metode penulisan ini terdiri atas masalah, penyebab dan tanda/gejala. Metode penulisan ini hanya dilakukan pada diagnosis aktual, dengan formasi sebagai berikut:

<b>Masalah</b> berhubungan dengan <b>Penyebab</b> dibuktikan dengan
---

- Frase “berhubungan dengan” dapat disingkat **b.d** dan ‘dibuktikan dengan’ dapat disingkat **d.d**
- Contoh penulisan;

<b>Masalah</b> b.d <b>Penyebab</b> d.d <b>Tanda/gejala</b>
--

- Bersihan jalan napas tidak efektif b.d spasme jalan napas d.d batuk tidak efektif, sputum berlebih, mengi, dyspnea, gelisah.

1) *Two part* (risiko dan promkes), Metode penulisan ini dilakukan pada diagnosis risiko dan diagnosis promosi kesehatan, dengan formulasi sebagai berikut:

- Diagnosis risiko
- Contoh penulisan diagnosis:
  - Risiko aspirasi *dibuktikan dengan* penurunan tingkat kesadaran
  - Diagnosis promosi kesehatan



**Masalah** dibuktikan dengan **Tanda/Gejala**

Contoh penulisan diagnosis:

Kesiapan peningkatan eliminasi urin dibuktikan dengan klien ingin meningkatkan eliminasi urin, jumlah dan karakteristik urin normal.

**PERUMUSAN DIAGNOSIS KEPERAWATAN**

**Penulisan Three Part**

- *Diagnosis Aktual*

**Masalah berhubungan dengan Penyebab dibuktikan dengan Tanda/Gejala**

**Penulisan Two Part**

- *Diagnosis Risiko*

**Masalah dibuktikan dengan Faktor Risiko**

- *Diagnosis Promosi Kesehatan*

**Masalah dibuktikan dengan Tanda/Gejala**

**Gambar, 4.** Perumusan Diagnosis Keperawatan,  
*three atau two part*

- 6. Penyusunan diagnosis keperawatan dengan rumusan P+E+S**
  - a. Masalah (P = Problem); Masalah merupakan label diagnosis keperawatan yang menggambarkan inti dari respon klien terhadap kondisi kesehatan atau proses kehidupannya. Label diagnosis terdiri atas deskriptor atau penjelasan dan fokus diagnostik.

**Tabel, 1.** Label Diagnosis

No	Deskriptor	Fokus Diagnostik
1	Tidak efektif	Bersihkan jalan nafas
2	Gangguan	Pertukaran gas
3	Penurunan	Curah jantung
4	Intoleransi	Aktivitas
5	Defisit	Pengetahuan

1) Penyebab (E = Etiologi)

Merupakan faktor-faktor yang mempengaruhi perubahan status kesehatan, etiologi dapat mencakup empat kategori yaitu: (a) Fisiologi, biologis atau psikologis; (b) Efek terapi/ tindakan; (c) Situasional (lingkungan atau personal), dan (d) Maturasional.

2) Tanda (Sign) dan Gejala (S = Symptom)

Tanda merupakan data objektif yang diperoleh dari hasil pemeriksaan fisik, pemeriksaan laboratorium dan prosedur diagnostic, sedangkan gejala merupakan data subjektif yang diperoleh dari hasil anamnesisi. Tanda/gejala dikelompokkan menjadi dua kategori yaitu:

- a) Mayor: tanda/ gejala ditemukan sekitar 80%-100 % untuk validasi diagnosis
- b) Minor: tanda/ gejala tidak harus ditemukan, namun jika ditemukan dapat mendukung pene-  
gakan diagnosis

*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 diagnosis diatas, dapat diketahui:

- a) Problemnya: gangguan pemenuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh.
- b) Etiologinya: intake yang tidak adekuat.
- c) Symptomnya: klien mengatakan BB turun lebih dari 10 kg dalam 12 bulan terakhir, klien mengeluh nyeri saat menelan, sehingga menghindari untuk makan, TB = 170 cm, BB = 50 kg.
- d) Kategori diagnosis keperawatan  
Diagnosis keperawatan ada 3 kategori: (1) Aktual, (2) Resiko, (3) Promosi kesehatan
- e) Aktual
- f) Diagnosis keperawatan aktual menjelaskan masalah nyata saat ini sesuai dengan data klinik yang ditemukan. Syarat menegakkan diagnosis keperawatan aktual harus ada unsur PES. Symptom (S) harus memenuhi kriteria mayor dan sebagian kriteria minor dari pedoman diagnosis SDKI.
- g) Contoh 1: Hasil pengkajian diperoleh data klien mual, muntah, diare dan turgor jelek selama 3 hari.

Diagnosis: Kekurangan volume cairan tubuh berhubungan dengan kehilangan cairan secara abnormal ditandai dengan mual, muntah, diare, dan turgor jelek selama 3 hari.

Contoh 2: Hasil pengkajian diperoleh data klien gelisah, tidak mampu batuk, sputum berlebih, terdapat wheezing, klien mengeluh berat saat bernapas, terlihat adanya *dyspnea*.

Diagnosis: Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan spasme jalan napas ditandai dengan batuk tidak efektif, sputum berlebih, *wheezing*, *dispnea*, dan gelisah.

**Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif** D.0001

Kategori: *Respirator*  
Subkategori: *Respirasi*

**Definisi:**  
Ketidakmampuan membersihkan sekret atau obstruksi jalan napas untuk mempertahankan jalan napas tetap paten.

**Penyebab:**  
*Gejala*  
1. Spasme jalan napas  
2. Hipersekreksi jalan napas  
3. Disfungsi neuromuskuler  
4. Benda asing dalam jalan napas  
5. Adanya jalan napas buatan  
6. Sekresi yang tertahan  
7. Hiperplasia dinding jalan napas  
8. Proses infeksi  
9. Respon alergi  
10. Efek agen farmakologis (mis. anestesi)

*Situasional*  
1. Merokok aktif  
2. Merokok pasif  
3. Terpajan polutan

**Gejala dan Tanda Mayor**  
*Gejala*  
(tidak terdapat)

**Gejala dan Tanda Minor**  
*Gejala*  
1. Dispnea  
2. Sulfic bicara  
3. Ortopnea

**Objektif**  
1. Batuk tidak efektif atau tidak mampu batuk  
2. Sputum berlebih / obstruksi di jalan napas / mukokong di jalan napas (pada neonatus)  
3. Mengi, wheezing dan/atau ronkhi kering

**Objektif**  
1. Gelisah  
2. Sianosis  
3. Bunyi napas menurun  
4. Frekuensi napas berubah  
5. Pola napas berubah

**CONTOH DIAGNOSIS AKTUAL**

Nomor Kode

Label/Masalah

Definisi

Peyebab

Tanda dan Gejala

**Bersihan jalan napas tidak efektif b.d. spasme jalan napas d.d. batuk tidak efektif, sputum berlebih, mengi, dispnea, gelisah**

**Gambar, 5.** Contoh diagnosis actual

## 7. Risiko

Diagnosis keperawatan risiko menjelaskan masalah kesehatan yang nyata akan terjadi jika tidak dilakukan intervensi. Syarat menegakkan risiko diagnosis keperawatan adalah adanya unsur P dan E (problem dan etiologi). Penggunaan istilah “risiko dan risiko tinggi” tergantung dari tingkat keparahan/kerentanan terhadap masalah. Contoh 1.

Contoh 2. Hasil pengkajian diperoleh data kesadaran klien menurun. Diagnosis: Risiko aspirasi dibuktikan dengan tingkat kesadaran menurun.



Diagnosis ini menggambarkan adanya keinginan dan motivasi klien untuk meningkatkan kondisi kesehatannya ke tingkat yang lebih baik atau optimal.

Contoh. Hasil pengkajian didapatkan data klien mengungkapkan keinginan untuk meningkatkan eliminasi urin, jumlah urin normal, karakteristik urin normal.

Diagnosis: Kesiapan peningkatan eliminasi urin dibuktikan dengan klien ingin meningkatkan, eliminasi urin, jumlah dan karakteristik urin normal.

**CONTOH  
DIAGNOSIS PROMKES**

Nomor Kode

Label/Masalah

Definisi

Tanda dan Gejala

**Kesiapan peningkatan eliminasi urin** dibuktikan dengan pasien ingin meningkatkan eliminasi urin, jumlah dan karakteristik urin normal

**Gambar, 7.** Contoh diagnosis promosi

c. Mengetahui format atau lembar diagnosis keperawatan

1) Format analisa data

Format ini merupakan format yang berisi data-data abnormal yang terdiri dari data subjektif dan objektif.

Dalam format analisa data pada bagian atas terdiri dari nama/umur, ruang/kelas dan nomor rekam medis klien. Data ini harus diisi semua untuk memastikan agar tidak terjadi kesalahan dalam melakukan tindakan kepada klien.

Contoh: ANALISA DATA

Nama klien/Umur:.....

No. Rekam Medis: .....

Ruangan/No. Kamar: .....

**Tabel, 2.** Format analisa data

No	Data	Etiologi	Masalah
	Ds: Do :		

## 2) Format diagnosis keperawatan

Merupakan format yang berisikan diagnosis keperawatan yang telah dirumuskan dan diurutkan sesuai diagnosis prioritas masalah.

- Menganalisa data
- Mengidentifikasi masalah

Memformulasikan diagnosis ada 3 yaitu:

- Masukkan semua data kedalam format analisa data
- Tentukan masalah dari data subyektif dan obyektif
- Tentukan etiologi dari datya subyektif dan obyektif

- Setelah semua format analisa data terisi, masukkan masalah dan etiologi ke format diagnosis keperawatan dengan menambahkan kata “berhubungan dengan”. Jangan lupa untuk mengisi identitas klien pada bagian atas kolom.
- Setelah memasukkan diagnosis keperawatan, tulis tanggal ditemukan diagnosis serta paraf dan nama jelas perawat yang merumuskan diagnosis keperawatan.





## **BAB IV**

### **DOKUMENTASI RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN**

#### **A. Deskripsi Singkat**

Dokumentasi rencana tindakan keperawatan yang meliputi luaran keperawatan dan kriteria hasil diagnosis keperawatan

#### **B. Tujuan Pembelajaran**

##### **1. Tujuan Umum**

Perawat mampu melakukan/mendokumentasikan perencanaan keperawatan.

##### **2. Tujuan khusus**

Setelah mempelajari dokumentasi rencana tindakan keperawatan perawat dapat menjelaskan tentang:

- 1) Menentukan luaran keperawatan dengan tepat dan benar
- 2) Menentukan kriteria hasil diagnosis keperawatan dengan tepat dan benar
- 3) Berpikir kritis dalam rencana keperawatan dan memprioritaskan luaran keperawatan dan intervensi keperawatan

## **C. Luaran Keperawatan**

### **1. Pengertian**

Luaran (*outcome*) keperawatan merupakan aspek-aspek yang dapat diobservasi dan diukur meliputi kondisi, perilaku, atau dari persepsi klien, keluarga atau komunitas sebagai respon terhadap intervensi keperawatan. Luaran keperawatan menunjukkan status diagnosis keperawatan setelah dilakukan intervensi keperawatan (Germini *et al*, 2010; ICNP, 2015). Luaran keperawatan dapat membantu perawat memfokuskan atau mengarahkan asuhan keperawatan karena merupakan respon fisiologi, psikologis, sosial, perkembangan, atau spiritual yang menunjukkan perbaikan masalah kesehatan klien (Potter & Perry, 2013).

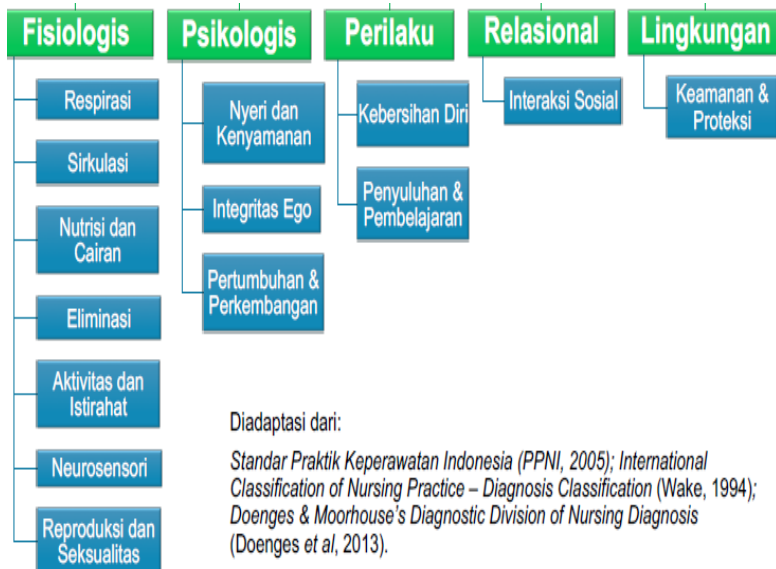
### **2. Tujuan**

Tujuan dokumentasi perencanaan keperawatan adalah:

- a) Untuk mengidentifikasi fokus keperawatan kepada klien atau kelompok
- b) Untuk membedakan tanggungjawab perawat dengan profesi kesehatan lainnya
- c) Untuk menyediakan suatu kriteria guna pengulangan dan evaluasi Keperawatan
- d) Untuk menyediakan kriteria klasifikasi klien
- e) Menyediakan suatu pedoman dalam penulisan

## D. Klasifikasi luaran keperawatan

*International Council of Nurses* (ICN) sejak tahun 1991 telah mengembangkan suatu system klasifikasi yang disebut dengan *International Classification for Nursing Practice* (ICNP). System klasifikasi ini tidak hanya mencakup klasifikasi diagnosis keperawatan, tetapi juga mencakup klasifikasi intervensi dan luaran keperawatan. ICNP membagi diagnosis, intervensi dan luaran keperawatan menjadi lima kategori, yaitu Fisiologi, Psikologis, Perilaku, Relasional dan Lingkungan (Wake & Coenen, 1998). Kategori dan subkategori luaran keperawatan dapat dilihat pada skema berikut:



**Gambar, 8.** Skema luaran keperawatan

## E. Jenis luaran keperawatan

Luaran keperawatan dibagi menjadi dua jenis, yaitu:

### 1. Luaran Negatif

Luaran Negatif menunjukkan kondisi, perilaku atau persepsi yang tidak sehat, sehingga penetapan luaran keperawatan ini akan mengarahkan pemberian intervensi keperawatan bertujuan untuk menurunkan.

### 2. Luaran Positif

Luaran positif menunjukkan kondisi, perilaku atau persepsi yang sehat sehingga penetapan luaran keperawatan ini akan mengarahkan pemberian intervensi keperawatan yang bertujuan untuk meningkatkan atau memperbaiki (ICNP, 2015; standar praktik keperawatan Indonesia PPNI, 2009).

Berikut ini tabel Jenis luaran keperawatan:

**Tabel, 3.** Jenis Luaran Keperawatan

No	Jenis Luaran	Contoh Luaran
1	Positif	Bersihan Jalan Nafas Keseimbangan Cairan Integritas Kulit dan Jaringan Citra tubuh
2	Negatif	Tingkat nyeri Tingkat kelelahan Tingkat ansietas Tingkat berduka Respon alergi lokal

## **F. Komponen luaran keperawatan**

Luaran keperawatan memiliki tiga komponen utama yaitu label dan ekspektasi dan kriteria hasil.

### **1. Label**

Komponen ini merupakan nama sari luaran keperawatan yang terdiri atas kata kunci untuk mem-peroleh informasi terkait luaran keperawatan. Label luaran keperawatan merupakan kondisi, perilaku, atau persepsi klien yang dapat diubah atau diatasi dengan intervensi keperawatan. Label intervensi keperawatan terdiri atas beberapa kata (1 kata s.d 4 kata) yang diawali dengan kata benda (nomina) yang berfungsi sebagai descriptor atau penjelas luaran keperawatan.

### **2. Ekspektasi**

Ekspektasi merupakan penilaian terhadap hasil yang diharapkan tercapai. Ekspektasi menggambarkan seperti apa kondisi, perilaku, atau persepsi klien akan berubah setelah diberikan intervensi keperawatan.

**Tabel, 4.** Komponen kuaran keperawatan

<b>No</b>	<b>Ekspektasi</b>	<b>Definisi</b>
1	Meningkat	Bertambah dalam ukuran, jumlah, derajat, atau tingkatan
2	Menurun	Berkurang dalam ukuran, jumlah, derajat, atau tingkatan

3	Membaik	Menimbulkan efek yang lebih baik, adekuat, atau efektif
---	---------	---

Terdapat tiga kemungkinan ekspektasi yang diharapkan perawat yaitu:

- a. Ekspektasi menurun; Digunakan pada luaran negatif seperti tingkat kelelahan, tingkat ansietas, tingkat berduka, tingkat infeksi, tingkat perdarahan, respons alergi lokal.
- b. Ekspektasi meningkat; Digunakan pada luaran positif seperti bersihan jalan napas, curah jantung, perfusi perifer, perawatan diri, tingkat pengetahuan, sirkulasi spontan, status kenyamanan.
- c. Ekspektasi membaik digunakan pada luaran keperawatan yang tidak dapat diekspektasikan menurun atau meningkat seperti eliminasi fekal, fungsi seksual, identitas diri, mobilitas gastrointestinal, penampilan peran.

### 3. Kriteria hasil

Kriteria hasil merupakan karakteristik klien yang dapat diamati atau diukur oleh perawat dan dijadikan sebagai dasar untuk menilai pencapaian hasil intervensi keperawatan. Kriteria hasil juga dapat disebut sebagai indikator karena menggambarkan perubahan-perubahan yang ingin dicapai setelah pemberian intervensi keperawatan.

**Tabel, 5. Kriteria hasil**

1	2	3	4	5
Menurun	Cukup Menurun	Sedang	Cukup Meningkat	Meningkat

1	2	3	4	5
Meningkat	Cukup Meningkat	Sedang	Cukup Menurun	Menurun

1	2	3	4	5
Memburuk	Cukup Memburuk	Sedang	Cukup Membaik	Membaik

### **G. Penerapan Luaran Keperawatan**

Penerapan luaran keperawatan dapat dituliskan dengan metode dokumentasi manual/tertulis. Berikut cara dokumentasi manual/tertulis: Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama.....maka [Luaran Keperawatan] [Ekspektasi] dengan kriteria hasil:

Kriteria 1 (hasil), Kriteria 2 (hasil), Kriteria 3 (hasil) dan seterusnya.

Contoh: Setelah dilakukan intervensi selama 3 jam, maka Bersihan Jalan Nafas Meningkat, dengan Kriteria Hasil:

- Batuk efektif meningkat
- Produksi sputum menurun
- Mengi menurun
- Frekuensi napas 12-20 kali/ menit



## **H. Tahap-tahap perencanaan keperawatan**

Dalam membuat rencana keperawatan, ada beberapa hal yang perlu untuk diperhatikan sebagai berikut:

1. Menentukan prioritas masalah
2. Menentukan tujuan dan kriteria hasil
3. Menentukan rencana Tindakan
4. Dokumentasi

Penjelasannya sebagai berikut:

### **1. Menentukan prioritas masalah**

Prioritas diagnosis dibedakan dengan diagnosis yang penting yaitu:

- a. Prioritas diagnosis keperawatan, jika tidak diatasi saat ini akan berdampak buruk terhadap kondisi status fungsi kesehatan klien.
- b. Diagnosis penting adalah masalah kolaboratif dimana intervensi dapat ditunda tanpa mempengaruhi status fungsi kesehatan klien.
- c. Hierarki yang menjadi dasar untuk menetapkan prioritas masalah adalah kegawatan masalah kesehatan berupa ancaman kesehatan maupun ancaman kehidupan; tingkat masalah berdasarkan aktual, risiko, potensial dan sejahtera sampai sindrom; keinginan klien.

### **2. Menentukan tujuan dan kriteria hasil (*outcome*)**

Tujuan keperawatan adalah pernyataan yang menjelaskan suatu tindakan dapat diukur berdasarkan kemampuan

dan kewenangan perawat. Kriteria hasil diagnosis keperawatan mewakili status kesehatan klien yang dapat dicapai melalui rencana tindakan keperawatan, Tujuan atau *outcome* dalam rencana keperawatan dituliskan berdasarkan SMART yaitu:

- a. S: *Spesific* (tidak memberikan makna ganda)
- b. M: *Measurable* (dapat diukur, dilihat, didengar, diraba, dirasakan ataupun dibantu)
- c. A: *Achievable* (secara realistis dapat dicapai)
- d. R: *Reasonable* (dapat dipertanggung jawabkan secara ilmiah)
- e. T: *Time* (punya batasan waktu yang sesuai dengan kondisi klien)

Kriteria hasil untuk rencana keperawatan terdapat karakteristik yang harus diperhatikan:

- a. Berhubungan dengan tujuan perawatan yang telah ditetapkan
- b. Dapat dicapai
- c. Spesifik, nyata dan dapat diukur
- d. Menuliskan kata positif
- e. Menentukan waktu
- f. Menggunakan kata kerja
- g. Hindari penggunaan kata-kata 'normal, baik', tetapi dituliskan hasil batas ukuran yang ditetapkan atau sesuai.

### 3. Rencana tindakan keperawatan

- a. Rencana tindakan keperawatan merupakan desain spesifik intervensi yang membantu klien mencapai kriteria hasil
- b. Dokumentasi rencana tindakan yang telah dimplementasikan harus ditulis dalam sebuah format agar dapat membantu perawat untuk memproses informasi yang didapatkan selama tahap pengkajian dan diagnosis keperawatan
- c. Perencanaan bersifat individual sesuai dengan kondisi dan kebutuhan klien
- d. Bekerjasama dengan klien dalam merencanakan intervensi

**Tabel, 6.** Format Dokumentasi Rencana Tindakan Keperawatan

No Dx	Tujuan dan Kriteria Hasil	Rencana Tindakan	Rasional	Nama dan Paraf

## **BAB V**

### **DOKUMENTASI TINDAKAN KEPERAWATAN**

#### **A. Deskripsi Singkat**

Setelah membuat dokumentasi rencana tindakan keperawatan, selanjutnya mengimplementasikan kedalam dokumentasi tindakan keperawatan. Kegiatan utama dalam tahap dokumentasi tindakan keperawatan adalah mengimplementasikan tindakan yang telah diidentifikasi dalam rencana keperawatan.

#### **B. Tujuan Pembelajaran**

##### **1. Tujuan Umum**

Setelah pembelajaran perawat mampu mempraktikkan dokumentasi Tindakan keperawatan dan evaluasi keperawatan.

##### **2. Tujuan khusus**

Setelah mempelajari dokumentasi tindakan keperawatan perawat dapat menjelaskan tentang;

- a. Mengidentifikasi format atau lembar yang digunakan untuk implementasi dan evaluasi keperawatan

- b. Mendokumentasikan tanggal/jam dan nomor diagnosis 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. Berpikir kritis dalam implementasi
- f. Mendokumentasikan paraf dan nama jelas pada format implementasi dan evaluasi keperawatan.

### **C. Dokumentasi Tindakan Keperawatan**

Pengertian dokumentasi tindakan keperawatan adalah perilaku atau aktivitas spesifik yang dikerjakan oleh perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan. Intervensi keperawatan adalah segala *treatment* yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (*outcome*) yang diharapkan.

### **D. Klasifikasi Intervensi Keperawatan**

Klasifikasi merupakan pengelompokan dari bersifat umum/tinggi ke lebih khusus/rendah. Klasifikasi standar intervensi keperawatan Indonesia terdiri dari 5 kategori dan 14 subkategori.

1. *Fisiologis*, Kategori intervensi keperawatan yang ditujukan untuk mendukung fungsi fisik dan regulasi homeostatis, yang terdiri atas;

- a. Respirasi, yang memuat kelompok intervensi keperawatan memulihkan fungsi pernafasan dan oksigenasi
  - b. Sirkulasi, yang memuat kelompok intervensi yang memulihkan fungsi jantung dan pembuluh darah
  - c. Nutrisi dan Cairan, yang memuat kelompok intervensi yang memulihkan fungsi gastrointestinal, metabolisme dan regulasi cairan/elektrolit
  - d. Eliminasi, memuat kelompok intervensi yang memulihkan fungsi eliminasi fekal dan urinaria
  - e. Aktivitas dan Istirahat, yang memuat kelompok intervensi yang memulihkan fungsi musculoskeletal, penggunaan energy serta istirahat/tidur
  - f. Neurosensory, memuat kelompok intervensi yang memulihkan fungsi otak dan saraf
  - g. Reproduksi dan Seksualitas, yang memuat kelompok intervensi yang melibatkan fungsi reproduksi dan seksualitas
2. *Psikologis*, Kategori intervensi keperawatan yang ditujukan untuk mendukung fungsi dan proses mental, yang terdiri dari:
- a. Nyeri dan Kenyamanan, yang memuat kelompok intervensi yang meredakan nyeri dan meningkatkan kenyamanan
  - b. Integritas Ego, yang memuat kelompok intervensi yang memulihkan kesejahteraan diri sendiri secara emosional

- c. Pertumbuhan dan perkembangan, yang memuat kelompok intervensi yang memulihkan fungsi pertumbuhan dan perkembangan
- 3. *Perilaku*, Kategori intervensi keperawatan untuk perubahan perilaku atau pola hidup sehat terdiri dari:
  - a. Kebersihan Diri, yang memuat kelompok intervensi yang memulihkan perilaku sehat dan merawat diri
  - b. Penyuluhan dan Pembelajaran, yang memuat kelompok intervensi yang meningkatkan pengetahuan dan perubahan perilaku sehat
- 4. *Relasional*, Kategori intervensi keperawatan untuk mendukung hubungan interpersonal atau interaksi social, yaitu;
  - a. Interaksi Sosial, yang memuat kelompok intervensi yang memulihkan hubungan antara individu dengan individu lainnya
- 5. *Lingkungan*, Kategori intervensi keperawatan yang ditujukan untuk mendukung keamanan lingkungan dan menurunkan risiko gangguan kesehatan, yaitu:
  - a. Keamanan dan Proteksi, yang memuat kelompok intervensi yang meningkatkan keamanan dan menurunkan risiko cedera akibat ancaman dari lingkungan internal maupun eksternal

## E. Komponen Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan terdiri dari 3 komponen yaitu label, definisi dan tindakan.

### 1. Label

Komponen ini merupakan nama dari intervensi keperawatan yang merupakan kata kunci untuk memperoleh informasi terkait intervensi keperawatan. Terdapat sekitar 18 deskriptor pada label intervensi keperawatan pada tabel berikut:

**Tabel 5.1.** Deskriptor dan Definisi (PPNI, 2018)

No	Deskriptor	Definisi
1	Dukungan	Memfasilitasi, memudahkan atau melancarkan
2	Edukasi	Mengajarkan atau memberikan informasi
3	Kolaborasi	Melakukan kerjasama atau interaksi
4	Konseling	Memberikan bimbingan
5	Konsultasi	Memberikan informasi tambahan atau pertimbangan
6	Latihan	Mengajarkan suatu ketrampilan atau kemampuan
7	Manajemen	Mengidentifikasi dan mengelola
8	Pemantauan	Mengumpulkan dan menganalisis data
9	Pemberian	Menyiapkan dan memberikan
10	Pemeriksaan	Mengobservasi dengan teliti



11	Pencegahan	Meminimalkan risiko atau komplikasi
12	Pengontrolan	Mengendalikan
13	Perawatan	Mengidentifikasi dan merawat
14	Promosi	Meningkatkan
15	Rujukan	Menyusun penatalaksanaan lebih lanjut
16	Resusitasi	Memberikan tindakan secara cepat untuk mempertahankan kehidupan
17	Skrining	Mendeteksi secara dini
18	Terapi	Memulihkan kesehatan dan atau menurunkan risiko

## 2. Definisi

Komponen ini menjelaskan tentang makna dari label intervensi keperawatan. Definisi label intervensi keperawatan diawali dengan kata kerja (verba) berupa perilaku yang dilakukan oleh perawat.

## 3. Tindakan

Komponen ini merupakan rangkaian perilaku atau aktivitas yang dikerjakan oleh perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan. Tindakan-tindakan pada intervensi keperawatan terdiri dari: observasi, terapeutik, edukasi, dan kolaborasi.

## F. Penentuan intervensi keperawatan

Dalam menentukan intervensi keperawatan, perawat perlu mempertimbangkan hal-hal:

1. Karakteristik Diagnosis Keperawatan
2. Luaran (*Outcome*) keperawatan yang diharapkan
3. Kemampulaksanaan Intervensi keperawatan
4. Kemampuan perawat
5. Penerimaan klien
6. Hasil penelitian



## **BAB VI**

### **DOKUMENTASI EVALUASI KEPERAWATAN**

#### **A. Deskripsi Singkat**

Setelah melaksanakan tindakan keperawatan, selanjutnya evaluasi terhadap tindakan keperawatan yang dilakukan oleh perawat untuk. Kegiatan utama dalam tahap ini evaluasi terhadap tindakan keperawatan.

#### **B. Tujuan Pembelajaran**

##### **1. Tujuan Umum**

Setelah pembelajaran perawat mampu mempraktikkan evaluasi dokumentasi keperawatan.

##### **2. Tujuan khusus**

Setelah mempelajari dokumentasi evaluasi keperawatan perawat dapat menjelaskan tentang:

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

### **C. Dokumentasi evaluasi keperawatan**

Evaluasi adalah tahap akhir dari proses keperawatan yang dilakukan secara berkesinambungan dengan melibatkan klien dan tenaga kesehatan lainnya. Jika hasil evaluasi menunjukkan tercapainya tujuan dan kriteria hasil, klien bisa keluar dari siklus proses keperawatan. Jika sebaliknya, klien akan masuk kembali ke dalam siklus tersebut mulai dari pengkajian ulang (*reassessment*) (Asmadi, 2008). Evaluasi terbagi atas dua jenis, yaitu evaluasi formatif dan evaluasi sumatif. Evaluasi formatif ini dilakukan segera setelah perawat mengimplementasikan rencana keperawatan guna menilai keefektifan tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan. Evaluasi formatif berfokus pada aktivitas proses keperawatan dan hasil tindakan keperawatan.

Ada 4 komponen dalam evaluasi formatif yang dikenal dengan istilah SOAP yaitu: 1) Subjektif (data berupa keluhan klien), 2) Objektif (data hasil pemeriksaan), 3) Analisis data (pembandingan data dengan teori), (4) Perencanaan.

Penilaian hasil menentukan seberapa jauh keberhasilan yang dicapai sebagai keluaran dari tindakan. Penilaian proses dari setiap tahapan mulai dari pengkajian, diagnosis, perencanaan, tindakan, dan evaluasi (Ali, 2009). Pada tahap evaluasi, perawat dapat mengetahui seberapa jauh diagnosis keperawatan, rencana tindakan, dan pelaksanaan telah tercapai. Pengumpulan data dan pengkajian, diagnosis, perencanaan, tindakan, dan evaluasi perlu di evaluasi untuk

menentukan apakah tujuan intervensi tersebut dapat dicapai secara efektif (Nursalam, 2008).

**D. Elemen evaluasi: struktur, proses, *outcome* (SOAP)**

Evaluasi disusun menggunakan SOAP yaitu:

- S: Ungkapan perasaan atau keluhan yang dikeluhkan secara subjektif oleh keluarga setelah diberikan implementasi keperawatan.
- O: Keadaan objektif yang dapat diidentifikasi oleh perawat menggunakan pengamatan yang objektif.
- A: Analisis perawat setelah mengetahui respon subjektif dan objektif.
- P: Perencanaan selanjutnya setelah perawat melakukan analisis.



## DAFTAR PUSTAKA

- Ali, Zaidin. (2010). *Dasar-dasar dokumentasi keperawatan*. Jakarta: EGC
- Nursalam, (2008). *Proses dan Dokumentasi Keperawatan, Konsep dan Praktek*. Edisi 2. Jakarta. Salemba Medika.
- Rahmah, N., & Walid, S. (2009). *Proses Keperawatan Teori dan Aplikasi*. Ar-Ruz Media. Jogjakarta.
- PPNI, 2017, *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia Definisi dan Indikator Diagnostik*. Edisi I, Cetakan III, SDKI DPP PPNI, Jakarta Selatan
- PPNI, 2018, *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia Definisi dan Tindakan Keperawata*. Edisi I, Cetakan II, SIKI DPP PPNI, Jakarta Selatan
- PPNI, 2019, *Standar Luaran Keperawatan Indonesia Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan*. Edisi I, Cetakan II, SLKI DPP PPNI, Jakarta Selatan.





## LAMPIRAN 1

### Ceklist

### Penilaian kinerja perawat dalam penerapan Standar 3S

#### Soal kasus

Tn. T 56 tahun, dibawa ke pelayanan kesehatan, karena klien pingsan setelah jatuh pada saat memperbaiki genteng rumahnya. Pada saat dilakukan pengkajian oleh perawat, didapatkan data klien sudah siuman, klien tampak selalu memegang daerah dada, klien menolak saat akan diperiksa di daerah dada, dengan suara lirih klien mengatakan nyeri di daerah dada, akral dingin, keluar keringat dingin pada dahi, saat dilakukan pengkajian lebih lanjut didapatkan data klien mengatakan nyeri terus terusan tidak berhenti, seperti ditusuk tusuk, skor 8. Tekanan darah: 140/85 mmHg, suhu: 37,6 C, Nadi 120 kali/menit.

Jawablah pernyataan ini dengan memberi tanda (√) pada pilihan jawaban Benar dan Salah

No	Pengetahuan Dokumentasi Keperawatan	Jawaban	
		Benar	salah
1	Nyeri Skor 8 adalah data subyektif		
2	Klien menolak saat mau diperiksa adalah data subyektif		
3	Keluar keringat dingin adalah data obyektif		
4	Tensi darah 140/85 mmg, suhu 37,6 C, Nadi 120 x/menit adalah data obyektif		

5	Inspeksi, Palpasi, auskultasi merupakan pemeriksaan fisik dalam pengkajian		
6	Data laboratorium, pemeriksaan Rongten, CT scan, adalah pemeriksaan penunjang diagnosis		
7	Pada saat melakukan dokumentasi lalu ada yang salah tindakan yang tepat adalah dicoret masih bisa dibaca lalu diparaf		
8	Sumber data primer dalam pengambilan data saat anamneses adalah klien		
9	Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan kekurangan volume cairan ditandai dengan turgor kulit menurun, pengisian kapiler 4 detik, akral teraba dingin dan warna kulit pucat		
10	Risiko defisit nutrisi dibuktikan dengan ketidakmampuan mengabsorpsi nutrisi ditandai dengan klinis tampak lemas, mual, muntah, klien bedrest total		
11	Diagnosis: Gangguan penyapihan ventilator. Kata "Gangguan" pada diagnosis tersebut adalah merupakan: Deskriptor		
12	Pada saat menuliskan diagnosis keperawatan aktual, seharusnya dapat dibuktikan dengan adanya gejala/tanda mayor. Berikut		

	pernyataan yang tepat: Gejala/tanda mayor ditemukan 70-100% dan tidak harus ditemukan gejala/tanda minor		
13	Setelah dilakukan intervensi selama 3 jam, maka Bersihan Jalan Nafas Meningkat, dengan Kriteria Hasil: - Produksi sputum menurun - Mengi menurun - Frekuensi napas 12-20 kali/menit		
14	Tujuan atau <i>outcome</i> dalam rencana keperawatan dituliskan berdasarkan SMART, arti M adalah dapat diukur, dilihat, didengar, diraba, dirasakan ataupun dibantu		
15	Klasifikasi standar intervensi keperawatan Indonesia berdasakan <i>Fisiologis</i> , ditujukan untuk mendukung fungsi fisik dan regulasi homeostatis,		



## LAMPIRAN 2

Hasil Test penilaian kinerja perawat dalam penerapan standar 3S

RSUD Wates Kulon Progo					
Jawaban test pemahaman dokumentasi keperawatan					
Kelompok eksperimen (dengan perlakuan <i>workshop</i> )					
Perawat	Benar	Salah	Perawat	Benar	salah
P1	√		P34	√	
P2	√		P35	√	
P3	√		P36	√	
P4	√		P37	√	
P5	√		P38	√	
P6	√		P39	√	
P7	√		P40	√	
P8	√		P41	√	
P9	√		P42	√	
P10	√		P43	√	
P11	√		P44	√	
P12	√		P45	√	
P13	√		P46	√	
P14	√		P47	√	
P15	√		P48	√	
P16	√		P49	√	
P17	√		P50	√	
P18	√		P51	√	
P19	√		P52	√	
P20	√		P53	√	
P21	√		P54	√	
P22	√		P55	√	
P23	√		P56	√	

P24	√		P57	√	
P25	√		P58	√	
P26	√		P59	√	
P27	√		P60	√	
P28	√		P61	√	
P29	√		P62	√	
P30	√		P63	√	
P31	√		P64	√	
P32	√		P65	√	
P33	√		P66	√	

RSKIA PKU Muhamadiyah Kotagede		
Jawaban test dokumentasi keperawatan		
Perawat	Benar	Salah
P1	√	
P2	√	
P3	√	
P4	√	
P5	√	
P6	√	
P7	√	
P8	√	
P9	√	
P10	√	
P11	√	
P12	√	
P13	√	
P14	√	
P15	√	
P16	√	
P17	√	
P18	√	

P19	√	
P20	√	
P21	√	
P22	√	
P23	√	
P24	√	
P25	√	
P26	√	
P27	√	
P28	√	
P29	√	
P30	√	
P31	√	





## Penulis



**Dr. Mahfud, S.Kep., MMR** lahir di Cilacap, pada 26 Agustus 1974. Ia tercatat sebagai lulusan Institut Maju di Nusantara. **Dr. Mahfud** adalah Dosen S1 dan S2 Manajemen Administrasi Rumah Sakit di salah satu universitas swasta di Yogyakarta yang terakreditasi unggul sejak tahun 2012 sampai sekarang, yang sebelumnya adalah praktisi manajemen di salah satu Rumah sakit di Yogyakarta sejak tahun 1996- 2011.

Email: [mahfud@almaata.ac.id](mailto:mahfud@almaata.ac.id)



**Dihan Fahry Muhammad, S. Kep., Ns., MPH** lahir di Sragen, pada 15 Juli 1993. Menyelesaikan pendidikan S1 di Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Alma Ata dan melanjutkan S2 di Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat, dan Keperawatan, Universitas Gadjah Mada. Sampai saat ini penulis sebagai Dosen di Program Studi Ilmu Keperawatan dan Pendidikan Profesi Ners Universitas Alma Ata Yogyakarta.



**Ns. Imam Akbar, S.Kep., M.Kep.** saat ini berdomisili di Sleman, DIY. Beliau menempuh pendidikan tinggi mulai dari S1 Keperawatan di STIKes 'Aisyiyah Yogyakarta, kemudian melanjutkan Profesi Ners pada Program Studi Pendidikan Profesi Ners di kampus yang sama. Pendidikan magister beliau diselesaikan pada Program Magister Keperawatan, Universitas Muhammadiyah Yogyakarta (UMY). Saat ini penulis berkarier sebagai dosen di Universitas Alma Ata Yogyakarta. Sejak tahun 2013, beliau aktif berpraktik sebagai hipnoterapis dengan fokus penanganan masalah kesehatan mental serta berbagai keluhan kesehatan fisik lainnya. Selain itu, penulis juga berpengalaman memberikan pelatihan kepada puluhan perusahaan dalam bidang penjualan, motivasi, pengelolaan stres di tempat kerja, keterampilan komunikasi, dan berbagai materi pengembangan diri lainnya.



**Allama Zaki Almubarok, S.Kep., Ns., M.Kep,** lahir di Bojonegoro pada 26 Juli 1993. Menyelesaikan pendidikan S1 di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Aisyiyah Yogyakarta dan S2 di Program Studi Magister Ilmu Keperawatan Universitas Muhammadiyah Yogyakarta. Saat ini penulis sebagai Dosen di Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Alma Ata.