# BOOKLET

# PONDOK ASKEP

## Pengoptimalan Dokumentasi Asuhan Keperawatan


**TIM PENYUSUN**

Herry Setiawan, S.Kep., Ns., M.Kep. | Noor Diani, S.Kep., Ns., M.Kep., Sp.Kep.MB. | Nanang Miftakhul Wakhdi, S.Kep., Ns., M.Kep. | Hery Wibowo, S.Kep., Ns., M.Kep. | M. Hadarani, S.Kep., Ns., M.PH. | Herman Ariadi, S.Kep., Ns., M.Kep. | Rahmat Nur Fadilah

PROGRAM STUDI KEPERAWATAN
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS LAMBUNG MANGKURAT

REPUBLIK INDONESIA
KEMENTERIAN HUKUM DAN HAK ASASI MANUSIA

# SURAT PENCATATAN
# CIPTAAN

Dalam rangka pelindungan ciptaan di bidang ilmu pengetahuan, seni dan sastra berdasarkan Undang-Undang Nomor 28 Tahun 2014 tentang Hak Cipta, dengan ini menerangkan:

| | | |
|---|---|---|
| Nomor dan tanggal permohonan | : | EC00202373044, 29 Agustus 2023 |
| **Pencipta** | | |
| Nama | : | **Herry Setiawan, S.Kep., Ns., M.Kep., Noor Diani, S.Kep., Ns., M.Kep., Sp.Kep.MB. dkk** |
| Alamat | : | Jl. Dahlina Blok C No.94 RT.022 RW.004, Kelurahan Sungai Besar, Kecamatan Banjarbaru Selatan, Kota Banjarbaru, Provinsi Kalimantan Selatan, Kode Pos 70714,<br>Banjar Baru Selatan, Banjarbaru, Kalimantan Selatan, 70714 |
| Kewarganegaraan | : | Indonesia |
| **Pemegang Hak Cipta** | | |
| Nama | : | **LPPM Universitas Lambung Mangkurat** |
| Alamat | : | Jl. Brigjend H. Hasan Basry, Kayu Tangi, Banjarmasin, Banjarmasin, KALIMANTAN SELATAN 70127 |
| Kewarganegaraan | : | Indonesia |
| Jenis Ciptaan | : | **Buku Saku** |
| Judul Ciptaan | : | **Buku Saku Booklet PONDOK ASKEP (Pengoptimalan Dokumentasi Asuhan Keperawatan)** |
| Tanggal dan tempat diumumkan untuk pertama kali di wilayah Indonesia atau di luar wilayah Indonesia | : | 18 Agustus 2023, di Banjarbaru |
| Jangka waktu pelindungan | : | Berlaku selama hidup Pencipta dan terus berlangsung selama 70 (tujuh puluh) tahun setelah Pencipta meninggal dunia, terhitung mulai tanggal 1 Januari tahun berikutnya. |
| Nomor pencatatan | : | 000505997 |

adalah benar berdasarkan keterangan yang diberikan oleh Pemohon.
Surat Pencatatan Hak Cipta atau produk Hak terkait ini sesuai dengan Pasal 72 Undang-Undang Nomor 28 Tahun 2014 tentang Hak Cipta.

a.n. MENTERI HUKUM DAN HAK ASASI MANUSIA
Direktur Hak Cipta dan Desain Industri

Anggoro Dasananto
NIP. 196412081991031002

Disclaimer:
Dalam hal pemohon memberikan keterangan tidak sesuai dengan surat pernyataan, Menteri berwenang untuk mencabut surat pencatatan permohonan.

**LAMPIRAN PENCIPTA**

| No | Nama | Alamat |
|---|---|---|
| 1 | Herry Setiawan, S.Kep., Ns., M.Kep. | Jl. Dahlina Blok C No.94 RT.022 RW.004, Kelurahan Sungai Besar, Kecamatan Banjarbaru Selatan, Kota Banjarbaru, Provinsi Kalimantan Selatan, Kode Pos 70714 |
| 2 | Noor Diani, S.Kep., Ns., M.Kep., Sp.Kep.MB. | Komplek Gotong Royong Perdana Blok A No. 5, Kecamatan Banjarbaru Utara, Kota Banjarbaru, Provinsi Kalimantan Selatan, Kode Pos 70714 |
| 3 | Nanang Miftakhul Wakhdi, S.Kep., Ns., M.Kep. | Perum Guntung Manggis Permai. RT 024, RW 003, Kelurahan Guntung Manggis, Kecamatan Landasan Ulin, Kota Banjarbaru, Provinsi Kalimantan Selatan, Kode Pos 70721 |
| 4 | Hery Wibowo, S.Kep., Ns., M.Kep. | Jl. Sutoyo S, Gang Serumpun No. 38, RT. 018, RW. 001, Kelurahan Pelambuan, Kecamatan Banjarmasin Barat, Kota Banjarmasin, Provinsi Kalimantan Selatan, Kode Pos 70118 |
| 5 | M. Hadarani, S.Kep., Ns., M.PH. | Jl. Karang Rejo No. 121 RT. 05, RW. 01, Kelurahan Guntung Manggis, Kecamatan Landasan Ulin, Kota Banjarbaru, Provinsi Kalimantan Selatan, Kode Pos 70721 |
| 6 | Herman Ariadi, S.Kep., Ns., M.Kep. | Komp. The Sekumpul Garden No.B12 RT 008 RW 005 Kel. Sekumpul Kelurahan Sekumpul, Kecamatan Martapura, Kabupaten Banjar, Provinsi Kalimantan Selatan, Kode Pos 71213 |
| 7 | Rahmat Nur Fadilah | Jl. Veteran, Nomor 035. RW 2,RT 4, Kelurahan Ampah Kota, Kecamatan Dusun Tengah, Kabupaten Barito Timur, Provinsi Kalimantan Tengah, Kode Pos 73652 |

# KATA PENGANTAR

Puji syukur atas kehadirat Tuhan Yang Maha Esa, atas berkat rahmat dan karunia-Nya kami dapat menyelesaikan *booklet* yang merupakan bagian dari projek inovasi Karya Tulis Ilmiah dengan judul "Pengaruh Paket Intervensi Pengoptimalan Dokumentasi Asuhan Keperawatan (PONDOK ASKEP) terhadap Pengetahuan Perawat Penanggung Jawab Asuhan".

Buku ini merupakan hasil karya dari tim penyusun Herry Setiawan, S.Kep., Ns., M.Kep.; Noor Diani, S.Kep., Ns., M.Kep., Sp.Kep.MB.; Nanang Miftakhul Wakhdi, S.Kep., Ns., M.Kep.; Hery Wibowo, S.Kep., Ns., M.Kep.; M. Hadarani, S.Kep., Ns., M.PH.; Herman Ariadi, S.Kep., Ns., M.Kep. & Rahmat Nur Fadilah.

Besar harapan kami *booklet* ini dapat bermanfaat sebagai referensi bagi Perawat Penanggung Jawab Asuhan dalam mengoptimalkan perencanaan asuhan yang lebih berkualitas.

# DAFTAR ISI


04 Pengertian dokumentasi asuhan keperawatan

06 Tujuan dokumentasi asuhan keperawatan

09 Manfaat dokumentasi asuhan keperawatan

11 Prinsip dokumentasi asuhan keperawatan

13 Standar dokumentasi asuhan keperawatan

15 Model dokumentasi asuhan keperawatan

21 Proses dokumentasi asuhan keperawatan

30 Teknik dokumentasi asuhan keperawatan

32 kualitas dokumentasi asuhan keperawatan

34 Peran & Fungsi PPJA dalam dokumentasi asuhan keperawatan

RUMAH SAKIT DAERAH BIDAMAN KOTA BANJARBARU

# Pengertian

# Dokumentasi Asuhan Keperawatan

PROGRAM STUDI KEPERAWATAN
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS LAMBUNG MANGKURAT

# PENGERTIAN

Dokumentasi Asuhan Keperawatan

Dokumentasi asuhan keperawatan adalah segala bentuk pencatatan aktivitas atau tindakan yang diberikan kepada klien. Pendokumentasian dalam rekam medis pasien merupakan hal yang vital dalam praktik keperawatan. Dokumentasi keperawatan harus akurat, komprehensif dan fleksibel untuk memperoleh data klinis, mempertahankan kesinambungan perawatan, mengukur keberhasilan tindakan dan mencerminkan standar praktik keperawatan saat ini (Potter et al., 2013).

RUMAH SAKIT DAERAH BIDAMAN KOTA BANJARBARU

# Tujuan

# Dokumentasi Asuhan Keperawatan

PROGRAM STUDI KEPERAWATAN
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS LAMBUNG MANGKURAT

# TUJUAN

## Dokumentasi asuhan keperawatan

Menurut **Potter et al. (2013)** tujuan dari dokumentasi asuhan keperawatan antara lain:

01

### KOMUNIKASI

Pendokumentasian adalah salah satu cara tim untuk mengkomunikasikan kebutuhan dan perkembangan kesehatan pasien, terapi individu, isi konsultasi, edukasi dan rencana pemulangan.

### DOKUMENTASI LEGAL

02

Dokumentasi yang akurat dapat menjadi pertahanan yang kuat bagi perawat di mata hukum. Dokumentasi harus menunjukkan bahwa pasien telah menerima perawatan dengan tepat dan menggambarkan kondisi pasien sebenarnya. Sejatinya di pengadilan, “Asuhan yang tidak didokumentasikan adalah asuhan yang tidak dilakukan”

03

### PEMBIAYAAN

Dokumentasi sebagai dasar penggantian biaya perawatan pasien yang telah digunakan. Dokumentasi mengklarifikasi jenis perawatan yang diterima pasien untuk mendukung penggantian biaya yang dikeluarkan oleh fasilitas kesehatan.

# TUJUAN

Dokumentasi asuhan keperawatan (Lanjutan)

04

## EDUKASI

Dokumentasi berisi informasi seperti diagnosis, tanda gejala, terapi yang berhasil dan tidak, penegakkan diagnosis, dan perilaku pasien. Dengan mempelajari kumpulan dokumentasi dengan masalah yang sama kita dapat mengidentifikasi tindakan perawatan yang tepat untuk pasien.

## PENELITIAN

05

Peneliti biasa menggunakan dokumentasi untuk keperluan penelitian dengan mendata angka kejadian suatu penyakit, komplikasi, pengimplementasian terapi, kesembuhan, dan kematian. Peneliti menggunakan informasi ini untuk menginvestigasi suatu penyakit atau intervensi keperawatan.

06

## AUDIT DAN PENGAWASAN

Upaya perbaikan mutu pelayanan dilakukan untuk mempertahankan keunggulan dalam asuhan keperawatan. Upaya tersebut dipantau dari informasi yang tercantum di dokumentasi. Fasilitas kesehatan dapat mengidentifikasi aspek yang membutuhkan peningkatan atau pengembangan staf dari dokumentasi

# Manfaat

# Dokumentasi Asuhan Keperawatan

PROGRAM STUDI KEPERAWATAN
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS LAMBUNG MANGKURAT

# MANFAAT

## Dokumentasi asuhan keperawatan

Manfaat dokumentasi asuhan keperawatan sebagai bagian dari proses keperawatan menurut Ali (2009) antara lain:

### BAGI KLIEN

Asuhan keperawatan yang diberikan kepada pasien akan berkualitas, efektif, dan efisien. Dengan adanya dokumentasi maka asuhan keperawatan yang diberikan kepada pasien dapat diberikan dengan tepat berdasarkan pengkajian dan perencanaan yang tercantum di dalam dokumentasi.

### BAGI TENAGA KEPERAWATAN

Meningkatnya kemampuan tenaga perawat dalam pelaksanaan asuhan keperawatan dan mengurangi ketergantungan pada profesi lain. Proses keperawatan juga memberi kepuasan pada perawat yang berhasil melaksanakan tindakan.

### BAGI INSTITUSI

Dokumentasi yang baik akan meningkatkan mutu pelayanan di institusi. Hal ini juga dapat meningkatkan citra institusi di mata masyarakat dan meningkatkan akreditasi institusi kesehatan.

# Prinsip

# Dokumentasi Asuhan Keperawatan

PROGRAM STUDI KEPERAWATAN
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS LAMBUNG MANGKURAT

# PRINSIP

Dokumentasi asuhan keperawatan

## 01 BREVITY (Ringkas)

Dalam melakukan pendokumentasian harus menggunakan kata-kata yang ringkas dan tidak perlu memasukkan kata-kata yang tidak diperlukan. Ini diharapkan dapat mempermudah tenaga kesehatan dalam memahami isi dokumentasi dan tidak memakan banyak ruang penulisan.

## 02 LEGIDILITY (Dapat dibaca)

Dokumentasi keperawatan harus dituliskan dengan baik dan dapat dipahami oleh perawat maupun profesi lain. Penggunaan istilah dalam dokumentasi harus disepakati terlebih dahulu antar tim pemberi layanan agar tidak terjadi kesalahpahaman.

## 03 ACCURACY (Akurat)

Hal yang dituliskan di dalam dokumentasi haruslah sesuai dengan kondisi klien sebenarnya.

RUMAH SAKIT DAERAH BIDAMAN KOTA BANJARBARU

# standar

# Dokumentasi Asuhan Keperawatan

PROGRAM STUDI KEPERAWATAN
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS LAMBUNG MANGKURAT

# STANDAR | Dokumentasi asuhan keperawatan

Standar dokumentasi adalah pernyataan yang dijadikan acuan dalam aspek kualitas dan kuantitas dokumentasi yang telah dipertimbangkan secara adekuat dalam suatu situasi tertentu (Potter & Perry, 2005).

## STANDAR ASUHAN KEPERAWATAN

**(NURSALAM, 2008)**

**Standar I : Pengkajian Keperawatan**

**Standar III : Perencanaan Keperawatan**

**Standar V : Evaluasi Keperawatan**

**Standar II : Diagnosis Keperawatan**

**Standar IV : Implementasi Keperawatan**

**Standar VI : Catatan Asuhan Keperawatan**

# Model

# Dokumentasi Asuhan Keperawatan

PROGRAM STUDI KEPERAWATAN
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS LAMBUNG MANGKURAT

# MODEL | Dokumentasi asuhan keperawatan

Model dokumentasi keperawatan adalah model yang dijadikan rujukan untuk memasukkan data data klien ke dalam suatu format, catatan dan prosedur dengan tepat yang menggambarkan tindakan perawatan secara lengkap dan akurat (Hutahean, 2010). Model dokumentasi keperawatan tersebut antara lain (Eriyani, 2020):

## 01 SOR *(Source Oriented Record)*

Model dokumentasi SOR merupakan model dokumentasi yang berorientasi pada sumber. Model ini dapat diterapkan pada klien rawat inap, yang didalamnya terdapat catatan pesan dokter yang ditulis oleh dokter, dan riwayat keperawatan ditulis oleh perawat. Namun demikian, secara umum catatan ini berisi pesan dari dokter. Catatan-catatan dalam model ini ditempatkan atas dasar disiplin orang atau sumber yang mengelola pendokumentasian.

* Model dokumentasi SOR terdiri dari lima komponen yaitu lembar penerimaan berisi biodata, lembar instruksi dokter, lembar riawayat medik atau penyakit, catatan perawat, serta catatan dan laporan khusus.

# MODEL | Dokumentasi asuhan keperawatan (Lanjutan)

## 02 POR *(Problem Oriented Record)*

Model dokumentasi ini merupakan model dokumentasi yang berorientasi pada masalah, dimana model ini berpusat pada data klien yang didokumentasikan dan disusun menurut masalah klien. Komponen-komponen model dokumentasi POR antara lain:

### 1 DATA DASAR

Data dasar merupakan kumpulan informasi tentang pasien yang berisi semua informasi-informasi yang telah dikaji dari pasien sejak pertama kali masuk Rumah Sakit.

### 2 DAFTAR MASALAH

Daftar masalah merupakan hasil penafsiran dari data dasar atau hasil analisis dari perubahan data pasien.

# MODEL | Dokumentasi asuhan keperawatan (Lanjutan)

## 02 POR *(Problem Oriented Record)*

### 3 DAFTAR RENCANA AWAL ASUHAN KEPERAWATAN

Daftar rencana awal asuhan keperawatan merupakan rencana yang dapat dikembangkan secara spesifik untuk setiap masalah. Terdiri dari pemeriksaan diagnostik, manajemen kasus atau usulan terapi, dan pendidikan kesehatan sebagai tujuan jangka panjang.

### 4 CATATAN PERKEMBANGAN

Catatan perkembangan merupakan catatan tentang perkembangan dari keadaan pasien yang didasarkan pada setiap masalah yang ditemukan pada pasien. Catatan perkembangan ini berisi perkembangan atau kemajuan dari setiap masalah kesehatan pasien. Catatan perkembangan dapat digunakan dalam bentuk:

**SOAP**

- ***S**ubjective* (Data Subjektif)
- ***O**bjective* (Data Objektif)
- ***A**nalisist*(Analisa)
- ***P**lanning*(Perencanaan)

# MODEL | Dokumentasi asuhan keperawatan (Lanjutan)

## 03 POR *(Progress Oriented Record)*

Model dokumentasi ini merupakan model dokumentasi yang berorientasi pada perkembangan dan kemajuan klien. Tiga jenis catatan berorientasi pada perkembangan adalah catatan perawat, flow sheet, dan catatan pemulangan atau ringkasan rujukan.

* Ketiga jenis ini digunakan baik pada sistem dokumentasi yang berorientasi pada sumber maupun berorientasi pada masalah.

## 04 CBE *(Charting By Exception)*

Model dokumentasi CBE adalah sistem dokumentasi yang hanya mencatat hasil atau penemuan yang menyimpang dari keadaan normal tubuh. Penyimpangan yang dimaksud dalam hal ini menyangkut keadaan yang tidak sehat yang menganggu kesehatan klien.

# MODEL | Dokumentasi asuhan keperawatan (Lanjutan)

## 05 PIE *(Problem Intervension Evaluation)*

Model dokumentasi PIE merupakan suatu pendekatan orientasi proses pada dokumentasi keperawatan dengan penekanan pada masalah keperawatan, intervensi, dan evaluasi keperawatan.

## 06 POS *(Process Oriented System)*

Model dokumentasi POS yang disebut juga dengan model dokumentasi fokus adalah suatu model dokumentasi yang berorientasi pada proses keperawatan mulai dari pengumpulan data klien, diagnosis keperawatan, penyebab masalah, dan definisi karakteristik yang dinyatakan sesuai dengan keadaan klien.

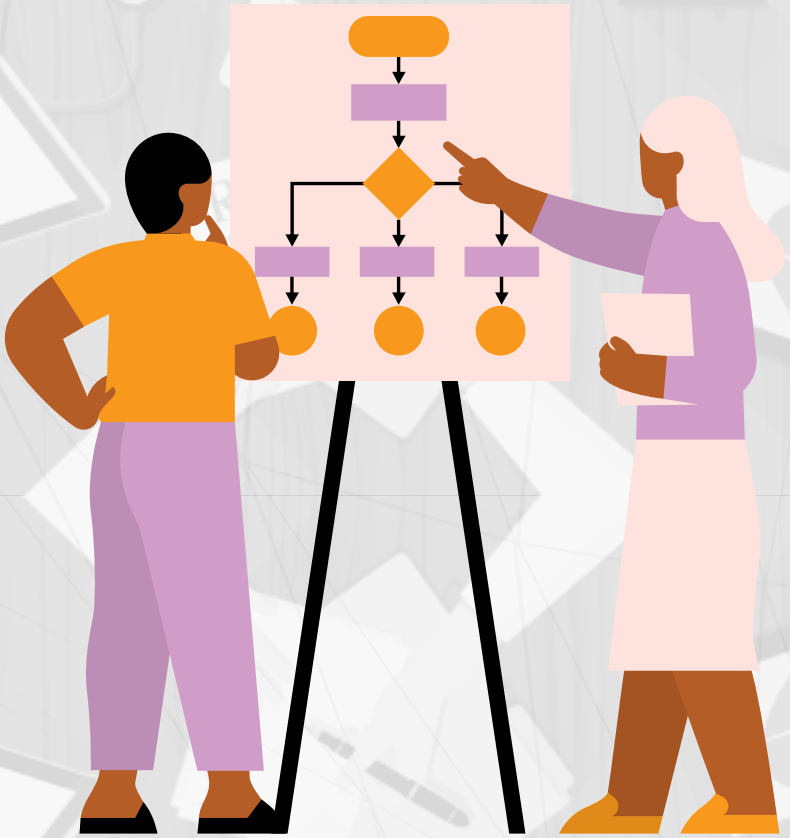
## 07 *Core* dengan format DAE *(Data, Action, Evaluation)*

Sistem Dokumentasi Core merupakan sistem dokumentasi pusat yang merupakan bagian terpenting dari sistem dokumentasi dalam proses keperawatan.

Komponen *Core* :

- Pengkajian
- Masalah Keperawatan
- Ringkasan
- Flow Sheet
- Catatan Keperawatan

# Proses



# Dokumentasi Asuhan Keperawatan

PROGRAM STUDI KEPERAWATAN
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS LAMBUNG MANGKURAT

# PROSES

## Dokumentasi asuhan keperawatan

Proses dokumentasi asuhan keperawatan dilakukan dengan melakukan pendekatan sesuai proses asuhan keperawatan. Proses dokumentasi asuhan keperawatan mempunyai lima tahapan yang terdiri pengkajian, diagnosis, perencanaan, implementasi, dan evaluasi yang dijabarkan, diantaranya sebagai berikut (Pangkey et al., 2021):

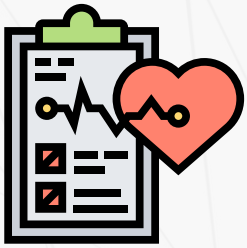
## TAHAPAN PROSES DOKUMENTASI ASUHAN KEPERAWATAN

1

### Pengkajian

Perawat mendokumentasikan seluruh informasi penting tentang pasien. Semua informasi tersebut dituliskan dalam format pengkajian berdasarkan data dasar, data fokus, maupun data gawat darurat.

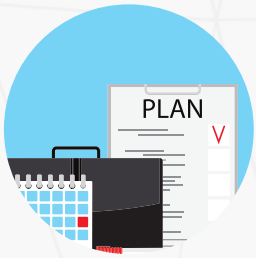
2



### Analisis Data

Perawat mendokumentasikan diagnosis keperawatan aktual, risiko, maupun kolaborasi.

3




### Perencanaan

Perawat mendokumentasikan tujuan yang akan dicapai, kriteria hasil, dan intervensi keperawatan yang dipilih dalam menangani masalah pada pasien.

4

### Implementasi

Perawat mendokumentasikan tindakan apa saja yang sudah diberikan kepada pasien.

5

### Evaluasi

Implementasi Perawat mendokumentasikan tindakan apa saja yang sudah diberikan kepada pasien.

# PENGKAJIAN

## Keperawatan

Pada proses pengkajian terdiri dari 3 proses utama dengan metode IAR:

1 **I - Informasi dikumpulkan**
Mengumpulkan informasi dari keadaan fisik, psikologis, sosial, kultur, spiritual dan riwayat kesehatan pasien.

2 **A - Analisis data dan informasi**
Analisis informasi dan data, termasuk hasil laboratorium, radiologi, dan pencitraan diagnostik untuk mengidentifikasi kebutuhan pelayanan kesehatan pasien.

3 **R - Rencana disusun**
Membuat rencana pelayanan untuk memenuhi semua kebutuhan pasien yang telah diidentifikasi.

# PENGKAJIAN

## Keperawatan

Berdasarkan periode waktu pengkajian dibagi menjadi 3, antara lain:

### 1 Pengkajian Awal

Merupakan proses asesmen yang dilakukan kepada pasien untuk tujuan pengamatan, diagnosis, pengobatan, rehabilitasi dan pelayanan kesehatan. Asesmen awal meliputi :

- Keluhan saat ini;
- Status fisik;
- Psiko-sosio-spiritual;
- Ekonomi;
- Riwayat kesehatan pasien;
- Riwayat alergi;
- Riwayat penggunaan obat;
- Pengkajian nyeri;
- Risiko jatuh;
- Pengkajian fungsional;
- Risiko nutrisional;
- Kebutuhan edukasi; dan
- Perencanaan pemulangan pasien (*Discharge Planning*).

### 2 Pengkajian Lanjutan

Merupakan proses asesmen yang dilakukan untuk melengkapi pengkajian awal agar data menjadi lengkap sehingga mendukung informasi permasalahan kesehatan klien.

### 3 Pengkajian Ulang

Pengkajian yang dilakukan untuk mendapatkan informasi pada masalah keperawatan yang belum teratasi.

# PENGKAJIAN

## Keperawatan

Jenis Data yang didapatkan dalam pengkajian, antara lain:

### 1 Data Subjektif

Data subjektif melibatkan pernyataan verbal dari pasien atau keluarga. Sepert mewawancarai pasien atau keluarga untuk mengidentifikasi riwayat, keluhan, persepsi subjektif pasien tentang kondisi kesehatannya.

### 2 Data Objektif

Data objektif adalah data yang terukur, data hasil observasi, pemeriksaan fisik, hasil pemeriksaan penunjang seperti laboratorium dan radiologi.

### 3 Data Dasar

Data yang memuat status kesehatan klien, kemampuan klien mengelola kesehatan sendiri, dan hasil konsultasi medis atau profesional kesehatan lainnya.

### 4 Data Fokus

Data tentang perubahan atau respon klien terhadap permasalahan kesehatannya serta tindakan yang dilaksanakan kepadanya.

# PERENCANAAN

## Keperawatan

Tahap perencanaan terdiri dari beberapa kegiatan, antara lain:

### Penegakkan Diagnosis Keperawatan

Pasien yang memiliki beberapa diagnosis keperawatan, perlu diperhatikan tingkat urgensinya untuk menetapkan urutan pilihan intervensi keperawatan.

### Penentuan Luaran Keperawatan

Mengidentifikasi dan menuliskan tujuan dan hasil yang diharapkan pada pasien. Keberhasilan mencapai tujuan dapat diukur melalui nilai dan hasil yang dilakukan. Penulisan luaran harus memenuhi kaidah SMART (*Spesific, Measurable, Attainable, Realistic, Timed*).

### Pemilihan Intervensi Keperawatan

Rencana tindakan yang akan diberikan pada pasien ditulis secara spesifik, jelas dan dapat di ukur. Rencana tindakan dibuat selaras dengan rencana medis, sehingga saling melengkapi dalam meningkatkan status kesehatan pasien. Rencana tindakan merupakan desain spesifik untuk mencapai kriteria hasil yang telah ditentukan.

# IMPLEMENTASI Keperawatan

## Definisi

Implementasi keperawatan sering juga disebut pelaksanaan merupakan inisiatif dari rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang spesifik yang telah ditetapkan sebelumnya. Implementasi keperawatan merupakan serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan sebelumnya. Tujuan implementasi keperawatan terbagi menjadi 4, yaitu:

1. Preventif (Pencegahan)
2. Promotif (Peningkatan)
3. Kuratif (Penyembuhan)
4. Rehabilitatif (Pemulihan)

## Jenis

Berdasarkan jenisnya, implementasi keperawatan terbagi menjadi 3, yaitu:

**Implementasi Independen**

Kegiatan yang dilaksanakan oleh Perawat tanpa petunjuk dan perintah tenaga kesehatan lain.

**Implementasi Interdependen**

Kegiatan Perawat yang memerlukan kerjasama dengan tenaga kesehatan lainnya.

**Implementasi Dependen**

Kegiatan Perawat yang berhubungan dengan pelaksanaan rencana tindakan medis dengan *advise* dari pihak medis.

# IMPLEMENTASI Keperawatan

## Hal-hal yang diperhatikan

Terdapat hal-hal yang menjadi arti penting pada pelaksanaan implementasi keperawatan yang dilakukan seorang perawat, antara lain:

1. Melanjutkan pengumpulan data
2. Menentukan ulang prioritas
3. Implementasi tindakan 1 x 24 jam
4. Melaporkan perawatan yang diberikan kepada pasien

# EVALUASI Keperawatan

## Definisi

Evaluasi mengacu kepada penilaian, tahapan, dan perbaikan kondisi pasien selama perawatan. Pada tahap ini perawat menemukan penyebab mengapa suatu proses keperawatan dapat berhasil atau gagal. Perawat menemukan reaksi klien terhadap intervensi keperawatan yang telah diberikan dan menetapkan apa yang menjadi sasaran dari rencana keperawatan dapat diterima.

Hasil evaluasi didapatkan dengan membandingkan kondisi terkini dengan luaran yang telah ditetapkan sebelumnya. Hasil evaluasi sebagai berikut:

1. Tujuan tercapai
2. Tujuan tercapai sebagian
3. Tujuan tidak tercapai

## Format Evaluasi

**S** — **Subjektif**
Segala data yang didapatkan dari pernyataan pasien atau keluarga

**O** — **Objektif**
Segala data yang didapatkan dari observasi atau pemeriksaan oleh perawat atau tenaga kesehatan lain.

**A** — **Analisis**
Kesimpulan dari subjektif dan objektif yang didapatkan.

**P** — **Perencanaan**
Rencana tindakan yang akan dilakukan berdasarkan analisis.

# Teknik

# Dokumentasi Asuhan Keperawatan

PROGRAM STUDI KEPERAWATAN
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS LAMBUNG MANGKURAT

# TEKNIK

## Dokumentasi asuhan keperawatan

Teknik pendokumentasian asuhan keperawatan dapat dilakukan dengan berbagai teknik, diantaranya sebagai berikut (Hidayat, 2021):

### Teknik Naratif

**Teknik naratif** merupakan teknik pencatatan dalam bentuk paragraf panjang yang menggambarkan status kesehatan pasien, intervensi, pengobatan maupun respon pasien terhadap intervensi asuhan keperawatan.

### Teknik Flowsheet

**Teknik flowsheet** merupakan teknik pendokumentasian menggunakan lembar alur untuk mencatat perkembangan pasien secara aktual yang dirancang berdasarkan parameter yang sesuai. Bentuk flowsheet yang sering digunakan, diantaranya:

- Catatan aktivitas sehari-hari
- Catatan kebutuhan bantuan perawat
- Catatan tanda-tanda vital
- Catatan keseimbangan cairan
- Lembar pengkajian nutrisi
- Lembar pengkajian kulit
- Lembar pengkajian luka
- Lembar hasil pemeriksaan laboratorium

# Kualitas

# Dokumentasi Asuhan Keperawatan

PROGRAM STUDI KEPERAWATAN
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS LAMBUNG MANGKURAT

# KUALITAS

## Dokumentasi asuhan keperawatan

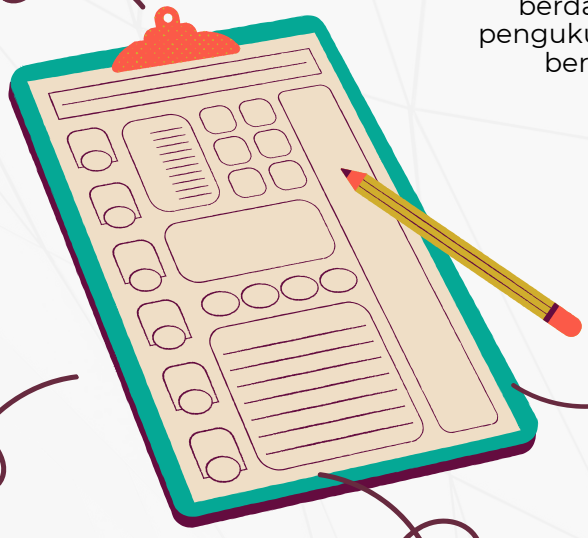
Kualitas dokumentasi memiliki 5 karakteristik penting yaitu faktual, akurat, lengkap, terbaru, dan terorganisir (Potter et al., 2013).

### FAKTUAL

Faktual berarti dokumentasi diisi berdasarkan hasil pengamatan dan pengukuran langsung oleh perawat yang berupa data subjektif & objektif.

### TERORGANISIR

Dokumentasikan informasi yang ditemukan dengan berurutan. Catatan yang ringkas dan jelas akan lebih efektif dalam pendokumentasian.



### AKURAT

Penggunaan pengukuran yang tepat dapat menetapkan akurasi dalam pendokumentasian

* Misalnya penggunaan pengukuran luka "luka sepanjang 5 cm, tanpa kemerahan" lebih baik dibandingkan "luka membaik".

### TERBARU

Pendokumentasian yang tepat waktu sangat penting bagi keberlanjutan perawatan pasien. keterlambatan dokumentasi dapat menimbulkan perawatan yang tidak aman.

### LENGKAP

Informasi dalam dokumentasi harus lengkap dengan informasi yang tepat dan penting. Informasi yang tertulis menggambarkan asuhan keperawatan respon pasien.

# Peran dan Fungsi

## Perawat Penanggung Jawab Asuhan dalam pelaksanaan Dokumentasi Asuhan Keperawatan

PROGRAM STUDI KEPERAWATAN
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS LAMBUNG MANGKURAT

# PERAN & FUNGSI

PPJA dalam Pendokumentasian

## Kondisi Dinas Pagi

### 1 Asesmen Keperawatan

Pada kondisi adanya pasien baru yang masuk ruang perawatan pada saat *shift* pagi, seorang Perawat Penanggung Jawab Asuhan (PPJA) bertanggung jawab untuk melakukan asesmen keperawatan (atau dalam istilahnya yaitu asesmen awal dan atau asesmen lanjutan) di ruang perawatan dan dapat dibantu oleh Perawat Pelaksana (PP) yang ada. Asesmen ini dapat meliputi wawancara, pemeriksaan fisik, dan studi dokumentasi dari rekam medis pasien (jika tersedia).

Pada saat asesmen keperawatan dilakukan, PPJA dapat membagi tugas kepada PP dalam melakukan asesmen keperawatan ini. Misalnya saja pada saat PPJA melakukan wawancara, PPJA dapat meminta PP untuk melakukan pemeriksaan fisik dan studi dokumentasi dari rekam medis pasien (jika tersedia).

Setelah mendapatkan sebagian data hasil dari asesmen keperawatan yang dilakukan PP, yang dilakukan PPJA berikutnya adalah menggabungkan data yang didapatkan PPJA dengan data yang didapatkan PP. Kemudian data tersebut dikolektifkan untuk dilakukan analisis data untuk menyusun perencanaan keperawatan.

# PERAN & FUNGSI

PPJA dalam Pendokumentasian

## Kondisi Dinas Pagi

### 2 Perencanaan Keperawatan

**Penegakkan Diagnosis Keperawatan**

Seorang Perawat Penanggung Jawab Asuhan (PPJA) bertanggung jawab untuk menegakkan diagnosis keperawatan berdasarkan data subjektif dan objektif yang didapatkan saat dilakukan asesmen keperawatan.

Jika di suatu kondisi PPJA harus mendelegasikan penegakkan diagnosis keperawatan kepada Perawat Pelaksana (PP). Maka, dalam kondisi ini PPJA bertugas untuk melakukan review dan validasi penegakan diagnosis keperawatan yang dilakukan oleh PP.

**Penentuan Luaran Keperawatan**

Seorang Perawat Penanggung Jawab Asuhan (PPJA) bertanggung jawab untuk menentukan luaran keperawatan berdasarkan diagnosis keperawatan yang ditegakkan sebelumnya.

Jika di suatu kondisi PPJA harus mendelegasikan penentuan luaran keperawatan kepada Perawat Pelaksana (PP). Maka, dalam kondisi ini PPJA bertugas untuk melakukan review dan validasi penentuan luaran keperawatan yang dilakukan oleh PP.

# PERAN & FUNGSI

PPJA dalam Pendokumentasian

## Kondisi Dinas Pagi

**Pemilihan Intervensi Keperawatan**

Seorang Perawat Penanggung Jawab Asuhan (PPJA) bertanggung jawab untuk memilih intervensi keperawatan berdasarkan diagnosis keperawatan dan luaran keperawatan yang telah ditetapkan sebelumnya. PPJA harus memastikan agar intervensi keperawatan yang dipilih bersesuaian dengan kondisi pasien, diagnosis keperawatan yang ditegakkan serta luaran keperawatan yang ditentukan berdasarkan hasil asesmen keperawatan yang telah dilakukan sebelumnya.

Jika di suatu kondisi PPJA harus mendelegasikan pemilihan intervensi keperawatan kepada Perawat Pelaksana (PP). Maka, dalam kondisi ini PPJA bertugas untuk melakukan review dan validasi pemilihan intervensi keperawatan yang dilakukan oleh PP.

## 3 Implementasi Keperawatan

Dalam pelaksanaan implementasi keperawatan (biasanya berupa tindakan-tindakan keperawatan baik bersifat observasi, terapeutik, edukasi atau kolaborasi) seorang Perawat Penanggung Jawab Asuhan (PPJA) perlu memberikan arahan kepada Perawat Pelaksana (PP) dalam implementasi tindakan pada kasus kelolaannnya di masing-masing pasien.

**Catatan:**
PPJA mengingatkan PP untuk melaporkan tindakan yang telah dilakukan dan respon yang ditunjukkan pasien guna keperluan data dalam menyusun evaluasi keperawatan.

# PERAN & FUNGSI

PPJA dalam Pendokumentasian

## Kondisi Dinas Pagi

### 4 Evaluasi Keperawatan

Seorang Perawat Penanggung Jawab Asuhan (PPJA) perlu mengevaluasi asuhan keperawatan dengan membandingkan hasil implementasi keperawatan dengan luaran keperawatan yang telah ditentukan sebelumnya berdasarkan diagnosis keperawatan yang ditegakkan.

Pendokumentasian evaluasi keperawatan dilakukan dengan menggunakan format dokumentasi SOAP. PPJA bertanggung jawab menuliskan SOAP dan instruksi untuk Perawat Pelaksana (PP) *shift* selanjutnya (shift siang dan shift malam ketika PPJA hanya berdinas di *shift* pagi). Selain itu, PPJA harus menuliskan nama dan tanda tangannya sebagai bentuk validasi yang dilakukan.

PONDOK ASKEP | Pengoptimalan Dokumentasi Asuhan Keperawatan

# PERAN & FUNGSI

PPJA dalam Pendokumentasian

## Kondisi Dinas Siang

### 1 Asesmen Keperawatan

Pada kondisi adanya pasien baru yang masuk ruang perawatan pada saat shift siang, Perawat Penanggung Jawab Asuhan (PPJA) mendapatkan laporan dari Perawat Pelaksana (PP) terkait hasil asesmen keperawatan pada pasien yang masuk di shift siang. Pelaporan terkait pasien baru dapat dilakukan dengan metode *Situation, Background, Assessment, Recommendation* (SBAR) sesuai kaidah komunikasi efektif.

Seorang PPJA bertanggung jawab dalam memastikan kelengkapan data hasil asesmen keperawatan yang dilakukan oleh PP. Seorang PPJA dapat memberikan arahan kepada PP untuk melengkapi asesmen keperawatan yang diperlukan agar analisis data dapat dilakukan dengan data yang lengkap.

**Catatan:**
Pada shift berikutnya ketika PPJA berhadir di ruang perawatan, maka PPJA wajib melakukan *review* dan validasi terkait asesmen keperawatan yang telah dilakukan PP.

# PERAN & FUNGSI

PPJA dalam Pendokumentasian

## Kondisi Dinas Siang

### 2 Perencanaan Keperawatan

**Penegakkan Diagnosis Keperawatan**

Seorang Perawat Penanggung Jawab Asuhan (PPJA) memberikan kesempatan kepada Perawat Pelaksana (PP) untuk melakukan penegakkan diagnosis keperawatan dengan tetap memberikan masukan terhadap diagnosis keperawatan yang ditegakkan oleh PP.

**Catatan:**
PPJA bertanggung jawab melakukan *review* dan memberikan validasi penegakkan diagnosis keperawatan yang dilakukan PP.

**Penentuan Luaran Keperawatan**

Seorang Perawat Penanggung Jawab Asuhan (PPJA) memberikan kesempatan kepada Perawat Pelaksana (PP) untuk menentukan luaran keperawatan dengan tetap memberikan masukan terhadap luaran keperawatan yang ditentukan oleh PP.

**Catatan:**
PPJA bertanggung jawab melakukan *review* dan memberikan validasi penentuan luaran keperawatan yang dilakukan PP.

# PERAN & FUNGSI

PPJA dalam Pendokumentasian

## Kondisi Dinas Siang

**Pemilihan Intervensi Keperawatan**

Seorang Perawat Penanggung Jawab Asuhan (PPJA) memberikan kesempatan kepada Perawat Pelaksana (PP) untuk melakukan pemilihan intervensi keperawatan dengan tetap memberikan masukan terhadap intervensi keperawatan yang dipilih oleh PP.

**Catatan:**
PPJA bertanggung jawab melakukan *review* dan memberikan validasi pemilihan intervensi keperawatan yang dilakukan PP.

## 3 Implementasi Keperawatan

Seorang Perawat Penanggung Jawab Asuhan (PPJA) mengingatkan Perawat Pelaksana (PP) untuk melihat dan mengerjakan tindakan yang telah dituliskan pada kolom instruksi di Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi (CPPT).

**Catatan:**
PPJA perlu melakukan *review* dan memberikan validasi atas implementasi keperawatan yang dilakukan oleh PP.

# PERAN & FUNGSI

PPJA dalam Pendokumentasian

## Kondisi Dinas Siang

### 4 Evaluasi Keperawatan

Seorang Perawat Penanggung Jawab Asuhan (PPJA) menerima laporan hasil evaluasi keperawatan dari Perawat Pelaksana (PP). Jika PP melaporkan adanya perubahan kondisi pasien kelolaannya, PPJA mendelegasikan tugas kepada PP untuk menuliskan analisis (berisikan diagnosis keperawatan) tambahan, planning (berisikan outcome) tambahan, dan instruksi tambahan berdasarkan arahan PPJA sesuai dengan data subjektif dan objektif yang disampaikan oleh PP.

**Catatan:**
PPJA perlu melakukan *review* dan memberikan validasi terhadap evaluasi keperawatan yang dilakukan oleh PP.

# PERAN & FUNGSI

PPJA dalam Pendokumentasian

## Kondisi Dinas Malam

### 1 Asesmen Keperawatan

Pada kondisi adanya pasien baru yang masuk ruang perawatan pada saat *shift* malam, Perawat Penanggung Jawab Asuhan (PPJA) mendapatkan laporan dari Perawat Pelaksana (PP) terkait hasil asesmen keperawatan pada pasien yang masuk di shift malam. Pelaporan terkait pasien baru dapat dilakukan dengan metode *Situation, Background, Assessment, Recommendation* (SBAR) sesuai kaidah komunikasi efektif.

Seorang PPJA bertanggung jawab dalam memastikan kelengkapan data hasil asesmen keperawatan yang dilakukan oleh PP. Seorang PPJA dapat memberikan arahan kepada PP untuk melengkapi asesmen keperawatan yang diperlukan agar analisis data dapat dilakukan dengan data yang lengkap.

**Catatan:**
Pada *shift* berikutnya ketika PPJA berhadir di ruang perawatan, maka PPJA wajib melakukan review dan validasi terkait asesmen keperawatan yang telah dilakukan PP.

# PERAN & FUNGSI

PPJA dalam Pendokumentasian

## Kondisi Dinas Malam

### 2 Perencanaan Keperawatan

**Penegakkan Diagnosis Keperawatan**

Seorang Perawat Penanggung Jawab Asuhan (PPJA) memberikan kesempatan kepada Perawat Pelaksana (PP) untuk melakukan penegakkan diagnosis keperawatan dengan tetap memberikan masukan terhadap diagnosis keperawatan yang ditegakkan oleh PP.

**Catatan:**
PPJA bertanggung jawab melakukan *review* dan memberikan validasi penegakkan diagnosis keperawatan yang dilakukan PP.

**Penentuan Luaran Keperawatan**

Seorang Perawat Penanggung Jawab Asuhan (PPJA) memberikan kesempatan kepada Perawat Pelaksana (PP) untuk menentukan luaran keperawatan dengan tetap memberikan masukan terhadap luaran keperawatan yang ditentukan oleh PP.

**Catatan:**
PPJA bertanggung jawab melakukan *review* dan memberikan validasi penentuan luaran keperawatan yang dilakukan PP.

# PERAN & FUNGSI

PPJA dalam Pendokumentasian

## Kondisi Dinas Malam

**Pemilihan Intervensi Keperawatan**

Seorang Perawat Penanggung Jawab Asuhan (PPJA) memberikan kesempatan kepada Perawat Pelaksana (PP) untuk melakukan pemilihan intervensi keperawatan dengan tetap memberikan masukan terhadap intervensi keperawatan yang dipilih oleh PP.

**Catatan:**
PPJA bertanggung jawab melakukan *review* dan memberikan validasi pemilihan intervensi keperawatan yang dilakukan PP.

## 3 Implementasi Keperawatan

Seorang Perawat Penanggung Jawab Asuhan (PPJA) mengingatkan Perawat Pelaksana (PP) untuk melihat dan mengerjakan tindakan yang telah dituliskan pada kolom instruksi di Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi (CPPT).

**Catatan:**
PPJA perlu melakukan *review* dan memberikan validasi atas implementasi keperawatan yang dilakukan oleh PP.

# PERAN & FUNGSI

PPJA dalam Pendokumentasian

## Kondisi Dinas Malam

### 4 Evaluasi Keperawatan

Seorang Perawat Penanggung Jawab Asuhan (PPJA) menerima laporan hasil evaluasi keperawatan dari Perawat Pelaksana (PP). Jika PP melaporkan adanya perubahan kondisi pasien kelolaannya, PPJA mendelegasikan tugas kepada PP untuk menuliskan analisis (berisikan diagnosis keperawatan) tambahan, *planning* (berisikan *outcome*) tambahan, dan instruksi tambahan berdasarkan arahan PPJA sesuai dengan data subjektif dan objektif yang disampaikan oleh PP.

**Catatan:**
PPJA perlu melakukan *review* dan memberikan validasi terhadap evaluasi keperawatan yang dilakukan oleh PP.

RUMAH SAKIT DAERAH BIDAMAN KOTA BANJARBARU

# PROGRAM INOVASI MEDIA SKRIPSI KEPERAWATAN

UNIVERSITAS LAMBUNG MANGKURAT 2023

# BOOKLET PONDOK ASKEP

**(Pengoptimalan Dokumentasi Asuhan Keperawatan)**

## INFORMASI KONTAK


**Program Studi Keperawatan**
**Fakultas Kedokteran**
**Universitas Lambung Mangkurat**
Alamat: Jl. A. Yani Km. 36,00 Banjarbaru 70714 Kalsel
Telp./Fax. (0511) 4772745
website: www.keperawatan.ulm.ac.id


## TIM PENYUSUN

Herry Setiawan, S.Kep., Ns., M.Kep.

Noor Diani, S.Kep., Ns., M.Kep., Sp.Kep.MB

Nanang Miftakhul Wakhdi, S.Kep., Ns., M.Kep.

Hery Wibowo, S.Kep., Ns., M.Kep.

M. Hadarani, S.Kep., Ns., M.PH.

Herman Ariadi, S.Kep., Ns., M.Kep.

Rahmat Nur Fadilah