

**MODUL PRAKTIKUM**

**DOKUMENTASI KEPERAWATAN**

**PENYUSUN:**

Tri Arini, S.Kep.,Ns.M.Kep

**YAYASAN KEPERAWATAN YOGYAKARTA**

**AKADEMI KEPERAWATAN “YKY”**

**YOGYAKARTA**

**2019**

**VISI DAN MISI AKPER YKY**

**Visi**

Menjadi Institusi Pendidikan yang menghasilkantenaga kesehatan yang berkarakter dan unggul di tingkat nasional di tahun 2038

**Misi**

1. Menyelenggarakan pendidikan kesehatan berkualitas, terkini dan unggul
2. Melaksanakan penelitian dan pengabdian kepada masyarakat yang unggul berdasarkan IPTEK Kesehatan
3. Mengembangkan manajemen institusi dengan tata kelola yang baik (good academic governance) dan sumber daya profesional berdasarkan iptek
4. Mengembangkan pembinaan karakter kepada civitas akadmeika berlandaskan kearifan lokal
5. Menjalin kerjasama dan kemitraan baik dalam maupun luar negeri untuk mendukung pelaksanaan Tri Dharma Perguruan Tinggi

**VISI DAN MISI PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN AKPER YKY YOGYAKARTA**

**Visi Program Studi Akper YKY Yogyakarta**

Menjadi Program Studi Diploma III Keperawatan yang mengembangkan ilmu dan praktik keperawatan, dengan unggulan keperawatan keluarga, guna menghasilkan Ahli madya Keperawatan yang berkarakter, unggul dan berdasarkan IPTEK pada tahun 2038

**Misi Pragram Studi Akper YKY Yogyakarta**

1. Melaksanakan pendidikan vokasi keperawatan yang berkualitas, terkini dan unggul berbasis keperawatan pada keluarga
2. Melaksanakan penelitian, publikasi dan pengabdian kepada masyarakat yang berdaya guna pada perkembangan IPTEK keperawatan/kesehatan
3. Melaksanakan tata kelola program studi yang baik berdasarkan standar mutu
4. Melaksanakan kerjasama dan kemitraan dalam meningkatkan kualitas Tri Dharma Perguruan Tinggi bidang keperawatan (didalam dan diluar negeri)

**KATA SAMBUTAN**

Penyusunan buku modul praktikum Dokumentasi Keperawatan Akademi Keperawatan “YKY” Yogyakarta tahun 2019 ini, didasarkan atas ketentuan bahwa; pendidikan profesi termasuk tenaga perawat diwajibkan memenuhi standar kompetensi yang dipersyarakatkan. Dalam pemenuhan standar kompetensi tersebut dapat ditempuh melalui pembelajaran teori, pembelajaran praktika dan pembelajaran klinik atau lapangan. Untuk itu Akademi Keperawatan “YKY” menyusun buku modul Dokumentasi Keperawatan Akademi Keperawatan “YKY” Yogyakarta tahun 2019 untuk memenuhi pembelajaran praktika di laboratorium.

Buku modul Dokumentasi Keperawatan Akademi Keperawatan “YKY” Yogyakarta tahun 2018 ini disusun dengan tujuan agar tercapainya pemahaman yang sama antara dosen dan mahasiswa tentang kompetensi-kompetensi yang harus dicapai oleh mahasiswa Akademi Keperawatan “YKY” Yogyakarta dalam pelaksanaan pembelajaran praktika yang sesuai dengan standar kompetensi yang dipersyaratkan. Untuk itu semua dosen dan mahasiswa Akademi Keperawatan “YKY” wajib memahami buku modul Dokumentasi Keperawatan Akademi Keperawatan “YKY” Yogyakarta tahun 2018 ini, dengan harapan pelaksanaan pembelajaran praktika dapat berjalan dengan lancar dan baik.

Kami mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada penyusun / tim penyusun yang telah berupaya dengan sungguh-sungguh untuk dapat tersusunnya buku modul ini, dan kepada semua pihak yang telah membantu dalam proses penyusunan buku ini.

Buku ini perlu terus dilakukan penyempurnaan untuk memenuhi kebutuhan yang terus berkembang dengan cara dilakukan evaluasi secara periodik / tahun yang disesuaikan dengan perkembangan IPTEK Keperawatan / Kesehatan. Diharapkan buku Modul Dokumentasi Keperawatan Akademi Keperawatan “YKY” Yogyakarta tahun 2018 ini dapat dimanfaatkan oleh dosen dan mahasiswa dengan sebaik-baiknya, untuk dapat menghasilkan lulusan tenaga perawat berkualitas tinggi yang siap memasuki dunia kerja dan dapat bersaing di era global.

Yogyakarta, Januari 2019

Direktur,

Tri Arini, S.Kep.Ns.M.Kep.

NIK 1141 03 052

**KATA PENGANTAR**

Puji syukur, penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena atas rahmat dan karunia-Nyalah penulis mampu menyusun modul praktikum Dokumentasi Keperawatan.Modul ini disusun sebagai salah satu media pembelajaran mata ajar Modul Dokumentasi Keperawatan.

Penyusunan modul ini mendapat dukungan dari berbagai pihak, oleh karena itu pada kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih sebesar-besarnya kepada semua pihak yang telah membantu dan memberikan dukungan. Semoga segala bantuan dan kebaikan, menjadi amal sholeh yang akan mendapat balasan yang lebih baik dari Tuhan Yang Maha Esa.

Penulis juga menyadari modul ini masih belum sempurna, dengan kerendahan hati penulis sangat mengharapkan masukan, saran dan kritik yang membangun dari berbagai pihak terutama dari Senior dan sejawat keperawatan demi perbaikan modul ini. Penulis berharap semoga modul ini dapat memberikan manfaat positif demi perkembangan keperawatan.Akhir kata penulis memohon kepada Tuhan Yang Maha Esa agar selalu mendapatkan petunjuk dan ridloNya, serta selalu berada di jalanNya.

Yogyakarta, Januari 2019

Penulis

**DAFTAR ISI**

|  |  |
| --- | --- |
|  | HAL |
| Visi dan Misi ……………………………………………………………………………. | i |
| Kata Pengantar ………………………………………………………………………….. | ii |
| Daftar Isi ………………………………………………………………………………... | iii |
| Deskripsi Modul Dokumentasi Keperawatan ………………………………………… | 1 |
| Praktikum 1: Pendokumentasian Proses Keperawatan ……………………………….. | 4 |
| Praktikum 2: Pendokumentasian Aplikasi NANDA NOC NIC……………………….. | 8 |
| Praktikum 3: Pendokumentasian asuhan keperawatan pada karya tulis ilmiah ………… | 11 |
| Praktikum 4: Presentasi hasil diskusi pendokumentasian ……………………………… | 15 |



**MODUL**

**DOKUMENTASI KEPERAWATAN**

1. **DISKRIPSI MODUL**

Mata Ajaran ini membahas tentang konsep dokumentasi keperawatan yang mencakup pengertian dokumentasi keperawatan, tujuan, prinsip-prinsip pentingnya  dokumentasi keperawatan, manfaat dokumentasi, model dokumentasi keperawatan, tehnik  dokumentasi asuhan keperawatan berdasarkan  metode  proses  keperawatan, standard  dokumentasi keperawatan, aspek  legal serta manajemen resiko, pendokumentasian asuhan keperawatan meliputi pengkajian, perumusan diagnosa keperawatan, perencanaan tindakan keperawatan, evaluasi, Pendokumentasian dengan aplikasi NANDA NOC NIC, pendokumentasian pada populasi khsusus di area tatanan keperawatan dan bedah pendokumentasianstudi kasus larya tulis ilmiah. Kegiatan belajar dilakukan melalui kuliah, diskusi, dan praktika. Proses pembelajaran praktikum ini melaui demonstrsi, diskusi, penugasan dan presentasi.

Mahasiswa akan didorong untuk mendemonstrasikan, menyusun pendokumentasian proses keperawatan yang mencakup pengkajian, perumusan diagnosa keperawatan, perencanaan tindakan keperawatan, evaluasi, dan dokumentasi. Selain itu diharapkan mahasiswa mampu menguasai konsep dokumentasi keperawatan sebagai bentuk tanggung gugat dan tanggung jawab dalam melaksanakan pelayanan asuhan keperawatan secara holistik dan komprehensif pada pasien.

Adapun hal – hal yang mahasiswa persiapkan sebelum melakukan praktikum, yaitu :

* + - 1. Pahami tujuan pembelajaran sebagai target yang akan dicapai
      2. Pelajari kasus / materi yang tersedia dan pastikan untuk memahaminya
      3. Baca petunjuk praktikum dengan teliti
      4. Baca setiap langkah yang tercantum dalam LO (Lembar Observasi)
      5. Siapkan peralatan dan bahan sesuai kebutuhan untuk setiap tindakan / keterampilan yang akan dipraktikan
      6. Perhatikan demonstrasi dan arahan dari dosen dengan baik
      7. Demonstrasikan dan kerjakan setiap tindakan sesuai dengan prosedur langkah kerja
      8. Catat kesulitan yang anda alami dan diskusikan dengan teman atau dosen

1. **TATA TERTIB PRAKTIKUM**
   * + 1. Kehadiran praktikum 100%
       2. Berpakaian rapih dan sopan sesuai dengan seragam yang telah ditentukan (menggunakan jas lab ketika di laboratorium).
       3. Mengganti alat laboratorium, apabila menghilangkan atau merusakkan.
       4. Mahasiswa menyiapkan alat satu hari sebelum pelaksanaan praktikum.
       5. Merapikan kembali alat yang digunakan.
2. **PENILAIAN**
   * 1. Pretest : 10%
     2. Postest : 10%
     3. Tugas : 25%
     4. Evaluasi : 25%
     5. Sikap : 15%
     6. Kehadiran : 15%

**Nilai Batas Lulus (NBL) Praktikum: 75**

1. **AKTIVITAS PEMBELAJARAN**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Metode** | **Dosen** | **Mahasiswa** |
| **Demonstrasi** | 1. Melakukan apersepsi. 2. Menjelaskan tujuan dan persiapan. 3. Mendemonstrasikan tehnik pendokumentasian | Memperhatikan dan mencatat. |
| **Simulasi** | * + - 1. Memberikan kesempatan mahasiswa untuk mendiskusikan dalam kelompok       2. Memberi kesempatan pada semua mahasiswa untuk melakukan simulasi secara bergantian. | Mahasiswa melakukan diskusi kelompok dan simulasi secara bergantian. |
| **Evaluasi** | Melakukan observasi dan memberikan evaluasi pada semua mahasiswa tentang simulasi yang dilakukan.  Memberi kesempatan pada mahasiswa untuk bertanya apabila mengalami kesulitan.  Mengarahkan saat diskusi kelompok dilaksanakan | Memperhatikan uraian hasil observasi dosen dan evaluasinya.  Mengajukan pertanyaan apabila mengalami kesulitan.  Melakukan presentasi hasil diskusi kelompok |

1. **REFERENSI**

Anne G.Perry, A.Potter, (1997), *Clinical Nursing Skills and Techniques,* St. Louis, Toronto, Princetown, The C.V. Mosby Co.

Barbara Kozier, Glenora Erb. , (1997), *Fundamental of Nursing Concepts and Procedures.Third Editions Massachusets Addison – Wesley. ,* Publishing Company

Bulechek, GM, et al.,(2013), Nursing Interventions Classification (NIC) edisi 6 . Elseiver Global Right; United Kingdom

Francess Talaksa Fibach, (1991), *Documenting Care Communication The Nursing Process and Documentation Standard. ,Philadelphia : F.A. Davis. Company.*

Hidayat, A.A. (2010), Pengantar Konsep Dasar Keperawatan, Salemba Medika, Jakarta.

Kozier, (2010), Fundamentals of Nursing; Concepts, Process and Practice. Edisi 4, Penerbit Buku Kedokteran, EGC Jakarta

Patricia A. Potter. Annes G. Perry , (1985), *Fundamental of Nursing Concept Process and Practice,* St. Louis,  Toronto. Princetown The C.V. Mosby Company.

Moorhead Sue., et al (2013), Nursing Outcomes Classification (NOC) edisi 5, Elseiver Global Right; United Kingdom

Mulyanti Y; Dinarti, (2017), *Bahan Ajar Dokumentasi Keperawatan*, KementerianKesehatan Republik IndonesiaPusatPendidikanSumberDayaManusiaKesehatanSadanPengembanganDan PemberdayaanSumberDayaManusiaKesehatan

Nursalam.2009. *Proses danDokumentasi Keperawatan Konsep dan Praktik*. SalembaMedika. Jakarta.

NANDA, (2015), Nursing Diagnoses: Definition and Classification (2015-2017), Philadelphia

Patricia,W.L. Nancy, H.C.2005.*DokumentasiKeperawatan Suatu Pendekatan.*

Potter-Perry,2002.*FundamentalofNursing:Concepts,Process,andPractice,*4th edition*.*PearsonPrenticeHall.*ProsesKeperawatan*.Edisi3.Jakarta:EGC.

Setiadi.*(2012.) Konsep dan Penulisan DokumentasiAsuhan Keperawatan(teoridan praktik).*GrahaIlmu,Yogyakarta

SerriHutahaean.2010.*KonsepdanDokumentasiProsesKeperawatan*.Jakarta:TransInfoMedia

ZaidinAli(2010).*Dasar-Dasar DokumentasiKeperawatan*,Jakarta,EGC



**PRAKTIKUM**

DOKUMENTASI PROSES KEPERAWATAN

Sebelum mengikuti kegiatan praktikum ini, pastikan bahwa anda telah memahami praktika dokumentasi proses keperawatan meliputi pengkajian, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

Kegiatan praktikum 1 ini akan memberikan pengalaman kepada mahasiswa Melakukan dokumentasi proseskeperawatan meliputi pengkajian, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi

Setelah mempelajari kegiatan praktikum 1 (unit ) ini diharapkan mahasiswa dapat :

1. Mempraktikkandokumentasi proses keperawatan meliputi pengkajian, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi

**URAIAN MATERI**

1. **Dokumentasi pengkajiankeperawatan**

Dokumentasi pengkajian keperawatan merupakan catatan tentang hasil pengkajian yang dilaksanakan untuk mengumpulkan informasi dari pasien, membuat data dasar tentang pasien, dan membuat catatan tentang respons kesehatan pasien. Pengkajian yang komprehensif atau menyeluruh,sistematis yang logis akan mengarah dan mendukung pada identifikasi masalah-masalah pasien. Masalah-masalah ini dengan menggunakan data pengkajian sebagai dasar formulasi yang dinyatakan sebagai diagnosa keperawatan.

Metode dokumentasi dalam pengkajian keperawatan bertujuan untuk:

* + - 1. Mengumpulkan,mengorganisir,danmencatatdatayangmenjelaskanresponmanusia yangmempengaruhipola-pola kesehatan pasien.

1. Hasil dokumentsi pengkajian akan menjadi dasar penulisan rencana asuhan keperawatan
2. Memberikan keyakinan tentang informasi dasar tentang kesehatan pasien untuk dijadikan referensistatus kesehatannya saatiniatauyanglalu
3. Memberikan data yang cukup untuk menentukan strategi perawatan yang sesuai dengankebutuhanpasien.

Prosedur cara mendokumentasikan pengkajian

|  |  |
| --- | --- |
| **Tahap** | **Kegiatan** |
| Pengkajian awal  Catatan pengkajian awal  Catatan Pengkajian Terus Menerus  Data Penguat  Data yang dikembangkan  Pencatatan Pengkajian khusus | Pengkajian awal terjadi ketika pasien masuk dalam fasilitas pelayanan kesehatan atau mulai menggunakan jasa pelayanan. pengkajian pertama ini didokumentasikan pada bentuk chart khusus, biasanya ditunjuk sebagai formulir data keperawatan. Skope informasi cenderung luas karena perawat perlu menentukan garis dasar informasi klinis yang komprehensif. Selama pengkajian umum ini, perawat bisa mengidentifikasikan area-area masalah tertentu yang dapat memerlukan penggalian yang lebih dalam. Dalam kasus ini pengkajian akan memerlukan penggunaan alat penilaian yang khusus dan terperinci. Pengkajian umum dan khusus ini memberikan tipe informasi yang perlu untuk mengidentifikasi masalah-masalah pasien dan mengawali serta merencanakan asuhan keperawatan pasien  Pengkajian awal dicatat dalam bentuk data base yang dikembangkan untuk penggunaan spesifik pada unit perawat khusus, atau untuk tipe populasi pasien tertentu. Bentuk data base membantu dalam strukturasi histori pasien dan pencatatan hasil pemeriksaan fisik. Beberapa format yang berbeda dalam penggunaan termasuk format tanya jawab, daftar pemeriksaan,dan kuisoner diri pasien.   1. Format tanya jawab   Perawat mencatat respons pasien terhadap pertanyaan yang didaftar. Data pemeriksaan fisik dikumpulkan dan didokumentasikan dalam interview atau dilengkapi pada akhir riwayat yang diambil dan pemeriksaan fisik.   1. Checklist dengan format komentar terbuka   Format checklist menghemat waktu perawat dari pada menghabiskan waktu untuk menulis setiap respons individu. Karena cara pertanyaan dinyatakan, perawat perlu mengecek ya atau tidak dan untuk mendokumentasikan lebih lanjut atau menjelaskan penemuan yang abnormal.   1. Format kuisioner diri pasien   Format ini yang paling sering digunakan dalam klinis medis dan keperawatan. Biasanya pasian diperlukan untuk mengecek informasi yang sudah ada yang berhubungan dengan riwayat kesehatan. bentuk ini yang paling sesuai untuk populasi pasien yang spesifik dengan tingkat membaca dan kosa kata yang sesuai. Ketika selesai, perawat mengesahkan informasi yang diberikan dan selanjutnya dengan pemeriksaan fisik.  Pengkajian selanjutnya dicatat dalam catatan kemajuan perawat atau pada lembar yang sesuai. ini dapat dikategorikan sebagai data penguat atau data yang dikembangkan. Klasifikasi pengkajian dengan cara ini memungkinkan seseorang untuk menentukan dimana data harus dicatat.  Data penguat adalah informasi yang diulang atau data yang sudah dikumpulkan sebelumnya, didokumentasikan untuk menunjukkan monitoring pasien yang terus menerus dan pengawasan ketika perawat terus menerus memecahkan masalah klien. Tidak semua data penguat dicatat pada lembar catatan kemajuan perawat sering kali digunakan ketika lembar observasi (flowsheet) tidak ada atau tidak sesuai untuk dokumentasi tipe informasi spesifik.  Data yang dikembangkan tidak selalu dicatat pada flowsheet.Contohnya, temperatur yang tiba-tiba tinggi dicatat pada catatan grafis tidak mengindikasikan bahwa pasien juga menerima transfusi darah pada saat yang sama. Perawat mendokumentasikan data relevan yang dikembangkan ini dalam catatan kemajuan guna mendukung penilaian keperawatan bahwa klien mengalami reaksi transfusi darah pada waktu temperatur tinggi. Maka, ini satu cara dimana informasi baru dapat diperkenalkan pada proses penyelesaian masalah.  Ketika alat pengukuran khusus dimasukkan kedalam proses pembuatan keputusan klinis, maka penggunaannya harus selalu dicatat dalam catatan klinis. Dalam kasus ini, hasilnya langsung dicatat pada formulir, dan formulir ini (alat) menjadi bagian yang valid dari asuhan keperawatan, catatan (misalnya Glosgow Coma Scale). Suatu skala menggunakan angka untuk mencatat urutan data pengkajian yang dikumpulkan. Alat penilaian tersebut umumnya digunakan untuk mendokumentasikan penemuan neurologis obyektif dan perubahan yang sesuai dalam status mental. |
| Pengkajian selanjutnya | Pengkajian selanjutnya menguatkan dan memperluas informasi dasar yang diperoleh selama pengkajian awal. Ketika kepercayaan berkembang. |
| Pengkajian ulang | Dalam pengkajian ulang adalah item informasi yang diperoleh dari aktifitas evaluasi dari proses keperawatan. ketika hasil evaluasi pasien menunjukkan kemungkinan yang ada bahwa masalah pasien diidentifikasi dengan tidak begitu benar, bahwa intervensi yang diidentifikasikan dalam rencana tidak sesuai atau intervensi belum dilakukan dengan durasi yang cukup atau intensitasnya kurang mencukupi. |
| Pengkajian kembali | Pengkajian kembali berarti bahwa perawat harus memeriksa kembali data pengkajian sebelumnya untuk petunjuk baru bagi masalah-masalah pasien, atau harus mengembangkan data asal untuk memperoleh informasi tambahan tentang pasien. dokumentasi pangkajian data ulang menunjukkan pertanggungjawaban perawat untuk melanjutkan usaha menyelesaikan masalah. |
| Petunjuk penulisan pengkajian | 1. Gunakan format yang sistematis untuk mencatat pengkajian, yang meliputi: 2. Riwayat pasien masuk rumah sakit. 3. Respon klien yang berhubungan dengan persepsi kesehatan klien. 4. Riwayat pengobatan. 5. Data pasien rujukan, pulang, dan keuangan. 6. Kelompok data-data berdasarkan model pendekatan yang digunakan (seperti tabel diatas). 7. Tulis data obyektif tanpa bias (tanpa mengartikan), menilai, memasukkan pendapat pribadi. 8. Sertakan pernyataan yang mendukung interpretasi data obyektif. 9. Jelaskan observasi dan temuan secara sistematis, termasuk definisi karakteritiknya. 10. Ikuti aturan atau prosedur yang dipakai dan disepakati di instansinya. |

Jenis dokumentasi keperawatan meliputi:

1. Dokumentasi pada saat pengkajian awal (*InitialAssessment*)

Dokumentasi yang dibuat ketika pasien pertama kali masuk rumah sakit. Data yang dikaji pada pasien berupa data awal yang digunakan sebagai dasar dalam pemberian asuhan keperawatan

1. Dokumentasi pengkajian lanjutan (*Ongoing Assessment*)

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

1. Dokumentasi pengkajian ulang (*Reassessment*)

Dokumentasi ini merupakan pencatatan terhadap hasil pengkajian yang didapat dari informasi selama evluasi. Perawat mengevauasi kemajuan data terhadap pasien yang sudah ditentukan

Lakukan pendokumentasian pengkajian menyesuaikan format yang tersdia.

1. **Dokumentasi Diagnosis keperawatan**

NANDA menyatakan bahwa diagnosa keperawatan adalah "keputusan klinik tentang respons individu, keluarga dan masyarakat tentang masalah kesehatan aktual atau potensial, sebagai dasar seleksi intervensi keperawatan untuk mencapai tujuan asuhan keperawatan sesuai dengan kewenangan perawat". Semua diagnosa keperawatan harus didukung oleh data, dimana menurut NANDA diartikan sebagai" definisi karakteristik".Definisi karakteristik tersebut dinamakan" tanda dan gejala",Tanda adalah sesuatu yang dapat diobservasi dan gejala adalah sesuatu yang dirasakan oleh klien.

Tujuan dokumentasi diagnosa keperawatan adalah:

* + - 1. Menyampaikan masalah klien dalam istilah yang dapat dimengerti semua perawat
      2. Mengenali masalah-masalah utama klien pada pengkajian
      3. Mengetahui perkembangan keperawatan
      4. Masalah dimana adanya respons klien terhadap status kesehatan atau penyakit
      5. Faktor-faktor yang menunjang atau menyebabkan suatu masalah (*etiologi*)

1. Kemampuan klien untuk mencegah atau menyelesaikan masalah

Metode umum dokumentasi diagnose keperawatan meliputi:

* + - 1. Tuliskan masalah/problem pasien atau perubahan status kesehatan pasien

1. Masalah yang dialami pasien didahului adanya penyebab dan keduanya dihubungkan dengan kata"sehubungan dengan atau berhubungan dengan"
2. Setelah masalah (*problem*) dan penyebab (*etiologi*), kemudian diikuti dengan tanda dan gejala (*symptom*) yang dihubungkan dengan kata "ditandai dengan"
3. Tulis istilah atau kata-kata yang umum digunakan
4. Gunakan bahasa yang tidak memvonis
5. Cantumkan hari/tanggal/jam, paraf dan nama terang

Contoh pendokumentasian **diagnosis keperawatan aktual** (PES) atau diagnosis berfokus masalah menurut NANDA 2015-2017:

Selasa, 6 Juli 2018 Jam 09.00 WIB

**Nyeri akut** *berhubungan dengan* **agen injury fisik** *ditandai dengan* :

**DO** : Pasien tampak meringis pada wajah, Skala nyeri 7, Nadi 100 xmnt, pasien sering mengelus daerah perut.

**DS**: Pasien mengatakan nyeri timbul saat melakukan aktivitas seperti miring kanan miring kiri, nyeri seperti tertusuk-tusuk, didaerah perut kanan bawah, pasien mengatakan nyeri sampai 20 menit dan bias terus menerus.

Utari

Contoh pendokumentasian **diagnosis keperawatan risiko** menurut NANDA 2015-2017:

Selasa, 6 Juli 2018 Jam 09.00 WIB

**Risiko infeksi** yang dibuktikan oleh prosesur invasive **(factor risiko)**

Utari

Contoh pendokumentasian **diagnosis keperawatan promosi kesehatan** menurut NANDA 2015-2017:

Selasa, 6 Juli 2018 Jam 09.00 WIB

**Kesiapan meningkatkan perawatan diri** yang dibuktikan oleh keinginan meningkatkan perawatan diri **(batasan karakteristik)**

Utari

1. **Dokumentasi perencanaan keperawatan**

Perawat membuat rencana tindakan keperawatan untuk mengatasi masalah dan meningkatkan kesehatan pasien. Perencanaan keperawatan adalah suatu rangkaian kegiatan penentuan langkah-langkah pemecahan masalah dan prioritasnya, perumusan tujuan,rencana tindakan dan penilaian asuhan keperawatan pada pasien/klien berdasarkan analisis data dan diagnosa keperawatan.

Tujuan dokumentasi perencanaan keperawatan keperawatan adalah:

1. Untuk mengidentifikasi fokus keperawatan kepada klien atau kelompok
2. Untuk membedakan tanggungjawab perawat dengan profesi kesehatan lainnya
3. Untuk menyediakan suatu kriteria guna pengulangan dan evaluasi Keperawatan
4. Untuk menyediakan kriteria klasifikasi klien
5. Menyediakan suatu pedoman dalam penulisan

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Hari/tgl/jam | Diagnosis keperawatan | Perencanaan | |
| Tujuan | Intervensi/rencana tindakan |
|  |  |  | Catat lokasi, karakteristik, durasi,frekuensi,kualitas dan factor presipitasi (PQRST  paraf/nama  Utari |

1. **Dokumentasi Pelaksanaan keperawatan**

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan.

Petunjuk Pedoman PengisianFormat Pelaksanaan Tindakan Keperawatan:

* + - 1. Nomor diagnosis keperawatan/masalah kolaboratif.
      2. Tulislah nomor diagnosis keperawatan /masalah kolaboratif sesuai dengan masalah yang sudah teridentifikasi dalam format diagnosis keperawatan.
      3. Tanggal/jam
      4. Tulislah tanggal,bulan, dan jam pelaksanaan tindakan keperawatan Tindakan
      5. Tulislah nomo rurut tindakan.
      6. Tindakan dituliskan berdasarkan urutan pelaksanaan tindakan.
      7. Tulislah tindakan yang dilakuakn beserta hasil atau respons yang jelas.
      8. Jangan lupa menuliskan nama/jenis obat,dosis,cara memberikat,dan instruksi medis yang lain dengan jelas.
      9. Jangan menuliskan istilah sering, kecil, besar, atau istilah lain yang dapat menimbulkan persepsi yang berbeda atau masih menimbulkan pertanyaan. Contoh: memberi makan lebih sering dari biasanya. Lebih baik tuliskan pada jam berapa saja memberikan makan dan dalam berapa porsi makanan diberikan.
      10. Tuliskan paraf dan nama terang

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Hari/tgl/jam | Diagnosis keperawatan | Perencanaan | | Implementasi |
| Tujuan | Intervensi/rencana tindakan |
|  | paraf/nama  Utari |  | Catat lokasi, karakteristik, durasi,frekuensi,kualitas dan factor presipitasi (PQRST  paraf/nama  Utari | Selasa, 6 Juli 2018 Jam 10.00 WIB  Mencatat lokasi, karakteristik, durasi,frekuensi,kualitas dan factor presipitasi (PQRST*)*  *Evaluasi proses:*  P:nyeri timbul saat melakukan aktivitas seperti miring kanan miring kiri  Q: nyeri seperti tertusuk-tusuk  R:nyeri didaerah perut kanan atas  S: skala7  T:20 menit  paraf/nama  Utari |

1. **Dokumentasi Evaluasi keperawatan**

Dokumentasi pada tahap evaluasi adalah membandingkan secara sistematik dan terencana tentang kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan dengan kenyataan yang ada pada klien, dilakukan dengan cara bersinambungan dengan melibatkan klien dan tenaga kesehatan lainnya. Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari rangkaian proses keperawatan yang berguna apakah tujuan dari tindakan keperawatan yang telah dilakukan tercapaiatau perlu pendekatan lain

Pedoman pendokumentasian evaluasi keperawatan :

* + - 1. Sebelum kesimpulan evaluasi dengan data yang mendukung penilaian perawat
      2. Mengikuti dokumentasi intervensi keperawatan dengan pernyataan evaluasi formatif yang menjelaskan klien terhadap intervensi keperawatan
      3. Menggunakan evalusi sumatif
      4. Catat evaluasi proses mengacu pada tindakan atau pelaksaan yang dilaksanakan

Langkah melakukan evaluasi adalah

1. Menentukan kriteria, standar dan pertanyaan evaluasi.
2. Mengumpulkan data baru tentang *klien*.
3. Menafsirkan databaru.
4. Membandingkan databarudenganstandaryangberlaku.
5. Merangkumhasildanmembuatkesimpulan.
6. Melaksanakan tindakan yangsesuaiberdasarkankesimpulan

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Hari/tgl/jam | Diagnosis keperawatan | Perencanaan | | Implementasi | Eveluasi |
| Tujuan | Intervensi/rencana tindakan |
| Selasa, 6 Juli 2018  Jam 09.00 WIB | paraf/nama  Utari |  | Catat lokasi, karakteristik, durasi,frekuensi,kualitas dan factor presipitasi (PQRST  paraf/nama  Utari | Selasa, 6 Juli 2018  Jam 10.00 WIB  Mencatat lokasi, karakteristik, durasi,frekuensi,kualitas dan factor presipitasi (PQRST*)*  *Evaluasi proses:*  P:nyeritimbulsaat melakukanaktivitas seperti miringkananmiringkiri  Q: nyerisepertitertusuk-tusuk  R:nyerididaerahperutkananatas  S:skala7  T:20 menit  paraf/nama  Utari | Selasa, 6 Juli 2018 Jam 14.00 WIB  S  O  A  P  paraf/nama  Utari |

**LATIHAN**

*Latihan 1 :Lakukan pendokumentasian asuhan keperawatan pada kasus yang telah disediakan.*

**Ilustrasi Kasus :**

Rani (22th) terdiagnosa DHF hari ke 3. Hasil pengkajian didapatkan data:

Anak mengeluh badanya panas. Hasil TTV : t 40 drajat celsius, RR 20 x/mnt. TD:-, Nadi 80x/mnt .Pasien tampak tidur ditempat tidur, terpasang infus RL 20 tpm/mikro, membran mukosa kering, kulit tampak kemerahan, perabaan tubuh panas. Makan diet TKTP dihabiskan, minum 4-5 gelas/hr. BAB/BAK lancar dan tidak ada keluhan.

Hasil lab : AL 11,5 rb/mmk (5-11 )

Hgb 14 g/dl ( 14-17)

Hmt 22% (35-45%)

Plt 100 rb/mmk (150-450)

Test Rumple lead (+)

Pasien mendapat terapi Paracetamol 10mg/kgBB bila suhu >37,5 drajat celsius

Monitor ku/ttv dan cek AT/Hmt per 6 jam

**Tugas :**

1. Buatlah kelompok
2. Lakukan praktikum pendokumentasian asuhan keperawatan dengan tepat seperti pada uraian materi diatas.
3. Lakukan diskusi dalam kelompok
4. Susun dalam sebuah power point untuk dipresentasikan

**PRETEST POSTEST**

1. Apa dokumentasiyangdibuatmanakala pasien pertamakalimasuk rumah sakit.
   1. *earlyassessment*
   2. *initialassement*
   3. *ongoing assesment*
   4. *firstassesment*
2. Pendokumentasian diagnosis keperawatan dengan unsur PES digunakan untuk tipe diagnosis keperawatan….
3. Aktual
4. Risiko
5. Welness
6. Sindrom
7. Promosi kesehatan
8. Apa yang ditulis perawat setelah selesi menulis seluruh perencanaan pasien ?
9. Menyimpan dokumentasi
10. Mengecek kondisi lampiran
11. Mencuci tangan dengan benar
12. Membubuhkan paraf dan nama terang
13. Mendokumentasikan hasil tindakan dengan benar



**PRAKTIKUM**

DOKUMENTASI APLIKASI NANDA NOC NIC

Sebelum mengikuti kegiatan praktikum ini, pastikan bahwa anda telah memahami praktika dokumentasiproses keperawatan meliputi pengkajian, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

Kegiatan praktikum 1 ini akan memberikan pengalaman kepada mahasiswa Melakukan dokumentasi aplikasi NANDA NOC NIC

Setelah mempelajari kegiatan praktikum 1 (unit ) ini diharapkan mahasiswa dapat :

1. Mempraktikkandokumentasi aplikasi NANDA NOC NIC

**URAIAN MATERI**

NANDAmenyatakanbahwadiagnosakeperawatanadalah"keputusankliniktentang respons individu,keluarga danmasyarakattentangmasalahkesehatanaktualataupotensial, sebagaidasarseleksiintervensikeperawatan untukmencapaitujuanasuhankeperawatan sesuaidengankewenanganperawat".Semua diagnosakeperawatanharusdidukung oleh data, dimanamenurutNANDA diartikansebagai"definisikarakteristik".Definisi karakteristik tersebut dinamakan"tandadangejala",Tanda adalahsesuatuyangdapatdiobservasidan gejalaadalah sesuatuyang dirasakanolehklien.

**Nursing Outcome Classification (NOC).**Standar terminology pada nursing-sensitive patient outcomes untuk digunakan oleh perawat di semua spesilalisasi dan tatana praktik yang menggambarkan perubahan status pasien setelah diberikan intervensi.Mengidentifikasi outcome bisa dengan beberapa cara, antara lain:

* 1. Meninjau taksonomi NOC dimana outcome serupa dikelompokan dalam konsep-konsep kunci di keperawatan
  2. Meninjau daftar outcome yang diidentifikasi oleh spesialisasi keperawatan
  3. Melihat tautan NOC dengan diagnosis NANDA-I dan pola kesehatan Gordon

***Point 3 Melihat tautan NOC dengan diagnosis NANDA-I dan pola kesehatan Gordon lebih mudah dalam menggabungkan aplikasi dengan NANDA-NOC NIC***

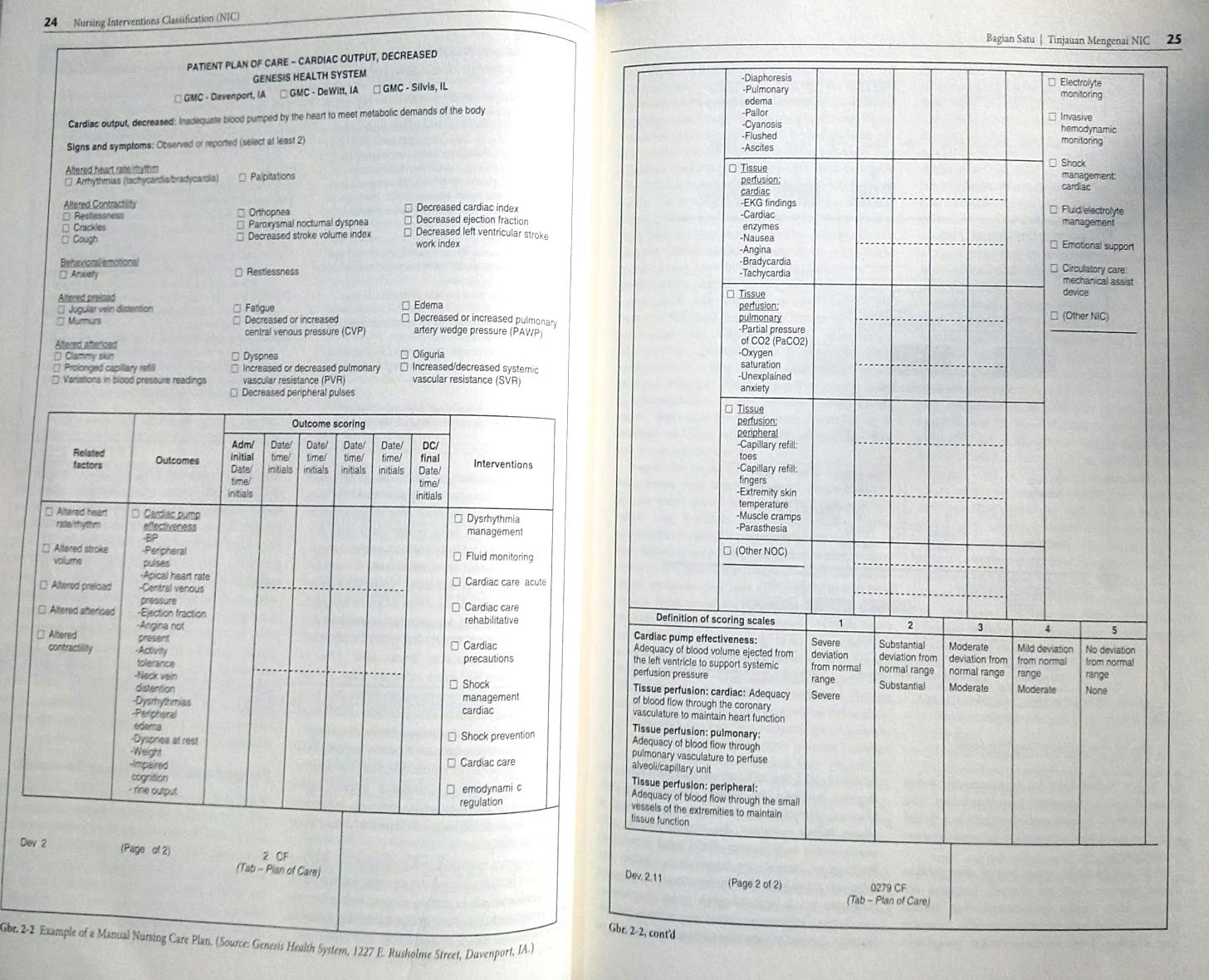
**Nursing Intervention Classification (NIC).**Klasifikasi tindakan keperawatan yang terstandar dan komprehensif**.** Standar intervensi yang komprehensif berdasarkan riset yang mempunyai label NIC, definisi label NIC dan aktivitas keperawatan. Sistem klasifiksi intervensi yang terdiri dari 3 komponen yaitu domain, kelas dan intervensi.

Memilih intervensi antara lain:

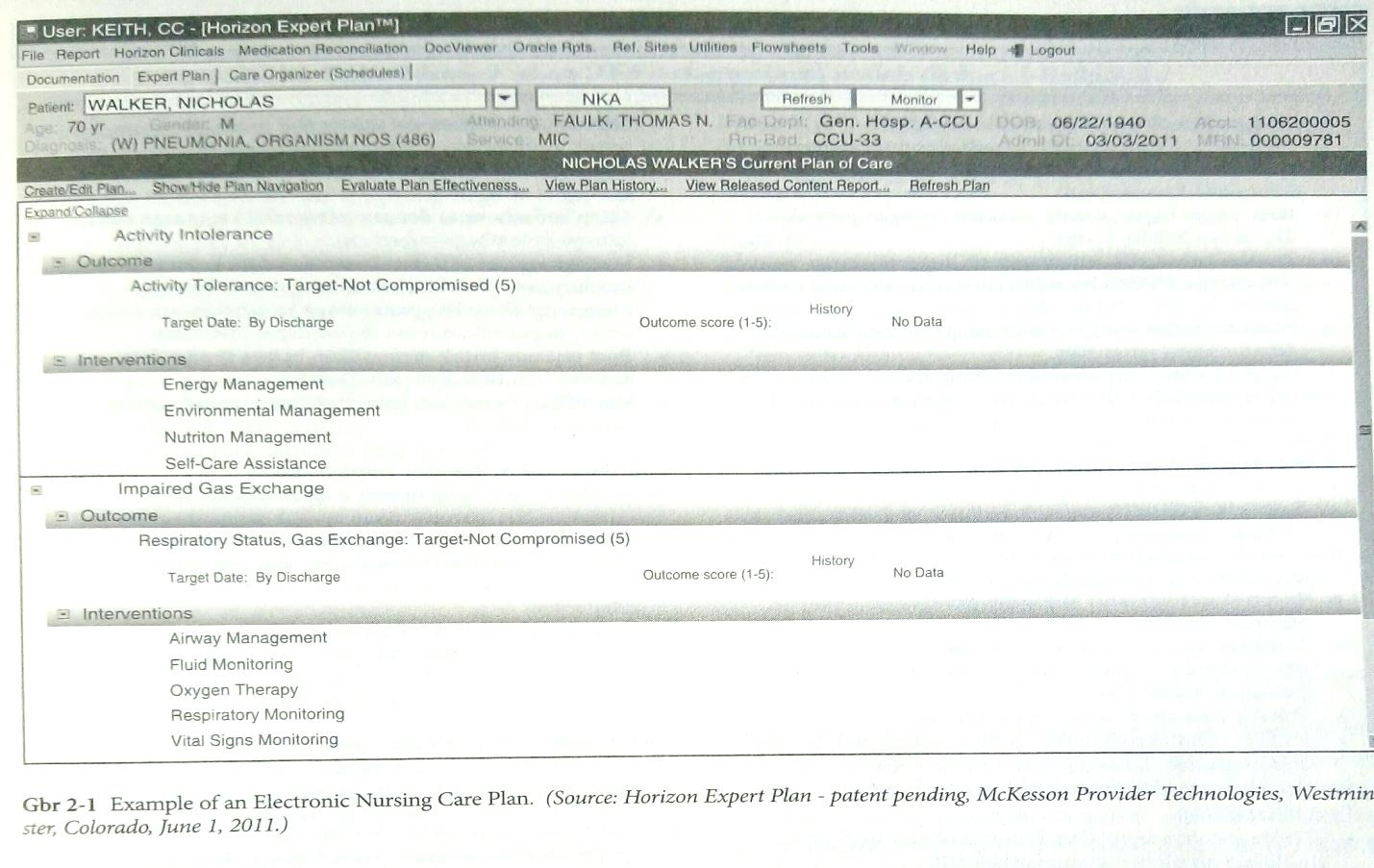
* 1. Meninjau kelas dalam taksonomi NIC
  2. Meninjau daftar intervensi dasar dengan peminataan khusus
  3. Dikaitkan dengan diagosis NANDA-I

***Point 3 Dikaitkan dengan diagosis NANDA-Ilebih mudah dalam menggabungkan aplikasi dengan NANDA-NOC NIC***

Berikut adalah contoh pendokumentasian aplikasi NANDA NOC NIC secara manual (Bulechek, GM, et al.,2013) :



Berikut adalah contoh pendokumentasian aplikasi NANDA NOC NIC secara elektronik.(Bulechek, GM, et al.,2013) :



**LATIHAN**

*Latihan 1 : Lakukan pendokumentasian asuhan keperawatan pada kasus yang telah disediakan menggunapak aplikasi NANDA NOC NIC.*

**Ilustrasi Kasus :**

Rani (22th) terdiagnosa DHF hari ke 3. Hasil pengkajian didapatkan data:

Anak mengeluh badanya panas. Hasil TTV : t 40 drajat celsius, RR 20 x/mnt. TD:-, Nadi 80x/mnt .Pasien tampak tidur ditempat tidur, terpasang infus RL 20 tpm/mikro, membran mukosa kering, kulit tampak kemerahan, perabaan tubuh panas. Makan diet TKTP dihabiskan, minum 4-5 gelas/hr. BAB/BAK lancar dan tidak ada keluhan.

Hasil lab : AL 11,5 rb/mmk (5-11 )

Hgb 14 g/dl ( 14-17)

Hmt 22% (35-45%)

Plt 100 rb/mmk (150-450)

Test Rumple lead (+)

Pasien mendapat terapi Paracetamol 10mg/kgBB bila suhu >37,5 drajat celsius

Monitor ku/ttv dan cek AT/Hmt per 6 jam

**Tugas :**

1. Buatlah kelompok
2. Lakukan praktikum pendokumentasian asuhan keperawatan dengan tepat seperti pada uraian materi dengan menggunakan format dokumentasi pada uraian materi.
3. Lakukan diskusi dalam kelompok
4. Susun dalam sebuah power point untuk dipresentasikan

**PRETEST POSTEST**

* + - 1. Buat satu contoh pendokumentasian diagnosis keperawtan NANDA dengan tipe actual dan tipe risiko!
      2. Sebutkan manfaat pendokumentasian menggunakan NANDA-NOC dan NIC!



**PRAKTIKUM**

**Pendokumentasian asuhan keperawatan pada karya tulis ilmiah**

**(Bedah Pendokumentasian KTI)**

1. **TUJUAN**
2. Tujuan Umum

Diharapkan mahasiswa mampu melakukan dokumentasi asuhan keperawatan dengan baik dan benar.

1. Tujuan Khusus

Diharapkan mahasiswa mampu melakukan PRESENTASI hasil dokumentasi asuhan keperawatan dengan baik dan benar yang meliputi :

1. Presentasi hasil bedah karya tulis ilmiah pada proses pengkajian asuhan keperawatan
2. Presentasi hasil bedah karya tulis ilmiah pada proses diagnosa asuhan keperawatan
3. Presentasi hasil bedah karya tulis ilmiah pada proses rencana asuhan keperawatan
4. Presentasi hasil bedah karya tulis ilmiah pada proses catatan perkembangan asuhan keperawatan
5. **WAKTU PELAKSANAAN**

6 pertemuan x170 menit

1. **TEKHNIS PELAKSANAAN**
2. **Pertemuan IX** : memberikan kasus dan mahasiswa membuat hasil pengkajian dan diagnosa keperawatan kasus tersebut
3. **Pertemuan X** : evaluasi dokumentasi keperawatan pada aspek hasil pengkajian dan diagnosa keperawatan pada masing-masing mahasiswa.
4. **Pertemuan XI** : evaluasi dokumentasi keperawatan pada aspek hasil pengkajian dan diagnosa keperawatan pada masing-masing mahasiswa.
5. **Pertemuan XII** : evaluasi dokumentasi keperawatan pada aspek rencana keperawatan dan catatan perkembangan pada masing-masing mahasiswa.
6. **Pertemuan XIII** : evaluasi dokumentasi keperawatan pada aspek rencana keperawatan dan catatan perkembangan pada masing-masing mahasiswa.
7. **Pertemuan XIV** : evaluasi dokumentasi keperawatan pada pada aspek rencana keperawatan dan catatan perkembangan pada masing-masing mahasiswa.
8. **POKOK BAHASAN**

Evaluasi satu persatu mahasiswa pada pendokumentasian asuhan keperawatan.

1. **MATERI**

-

**Prosedur evaluasi dokumentasi asuhan keperawatan**

|  |  |
| --- | --- |
| **FORMAT** | **KEGIATAN** |
| Lembar observasi dan lembar jawab masing-masing proses keperawatan | * Dosen/fasilitator memberikan kasus vignette kepada mahasiswa * Mahasiswa membuat hasil pengkajian s.d. evaluasi berdasarkan kasus yang telah diberikan * Satu persatu dosen/fasilitator mengevaluasi ketepatan hasil dokumentasi keperawatan masing-masing mahasiswa. * Perekapan nilai oleh dosen/fasilitator |

1. **INSTRUMEN PENILAIAN/*ASESSMENT TOOLS***
2. **Self asessment / penilaian masing-masing mahasiswa menggunakan Lembar Observasi (LO) kegiatan ( LO menggunakan LO pada saat uji skill semester)**



**PRAKTIKUM**

**PRESENTASI PENDOKUMENTASIAN PROSES KEPERAWATAN**

1. **TUJUAN**
2. Tujuan Umum

Diharapkan mahasiswa mampu melakukan PRESENTASI hasil dokumentasi asuhan keperawatan dengan baik dan benar.

1. Tujuan Khusus

Diharapkan mahasiswa mampu melakukan PRESENTASI hasil dokumentasi asuhan keperawatan dengan baik dan benar yang meliputi :

1. Presentasi hasil bedah karya tulis ilmiah pada proses pengkajian asuhan keperawatan
2. Presentasi hasil bedah karya tulis ilmiah pada proses diagnosa asuhan keperawatan
3. Presentasi hasil bedah karya tulis ilmiah pada proses rencana asuhan keperawatan
4. Presentasi hasil bedah karya tulis ilmiah pada proses catatan perkembangan asuhan keperawatan
5. **WAKTU PELAKSANAAN**
6. Presentasi hasil bedah karya tulis ilmiah pada proses pengkajian asuhan keperawatan selama 1x120 menit pada **pertemuan V.**
7. Presentasi hasil bedah karya tulis ilmiah pada proses diagnosa asuhan keperawatan selama 1x120 menit pada **pertemuan VI.**
8. Presentasi hasil bedah karya tulis ilmiah pada proses rencana asuhan keperawatan selama 1x120 menit pada **pertemuan VII.**
9. Presentasi hasil bedah karya tulis ilmiah pada proses catatan perkembangan asuhan keperawatan selama 1x120 menit pada **pertemuan VIII.**
10. **TEKHNIS PELAKSANAAN**

Mahasiawa satu kelas membagi diri menjadi empat (4) kelompok atau pembagian kelompok sesuai pada absen PBP praktikum/laboratorium

1. **POKOK BAHASAN**

Presentasi hasil bedah karya tulis ilmiah (studi kasus) masing-masing pada proses keperawatan.

1. **MATERI**

**Hasil diskusi kelompok**

1. **INSTRUMEN PENILAIAN/*ASESSMENT TOOLS***
2. **Peergroup asessment / penilaian antar kelompok oleh kelompok tersebut**

**INSTRUMEN PENILAIAN KERJASAMA TIM *(PEER GROUP ASSESSMENT)***

Topik :

Pertemuan Ke :

Pembimbing :

Kelompok :

**Petunjuk Pengisian** :

* Berikan nilai sesuai dengan petunjuk rubrik penilaan (skor 1-4) untuk setiap mahasiswa
* Diperbolehkan memberikan nilai dengan pecahan desimal (misal 3,5)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Aspek yang diobservasi** | **Nama Mahasiswa yang dinilai** | | | | | | | | | | | | | | |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 1 | Kelengkapan materi |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 | Penulisan materi |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 | Kemampuan presentasi |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Jumlah skor | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Nilai akhir | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Rumus Nilai Akhir (NA) :

*NA =*

**Pedoman Penskoran** :

|  |  |
| --- | --- |
| Kriteria Jawaban | Skor |
| Patut dicontoh (A) | 85 – 100 |
| Memuaskan (AB) | 80 – 84,9 |
| Di bawah harapan (B) | 75 – 79.9 |

1. **Presentation asessment / penilaian presentasi (seminar)**

**INSTRUMEN PENILAIAN PRESENTASI LISAN**

**(Kelompok)**

Topik :

Pertemuan Ke :

Pembimbing :

Kelompok :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **No** | **NIM** | **Nama Mahasiswa** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Petunjuk Pengisian** :

* Berikan nilai sesuai dengan petunjuk rubrik penilaan (skor 1-4) untuk setiap mahasiswa
* Diperbolehkan memberikan nilai dengan pecahan desimal (misal 3,5)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Aspek yang diobservasi** | **Nama Mahasiswa ke** | | | | |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 1 | Kelengkapan materi |  |  |  |  |  |
| 2 | Penulisan materi |  |  |  |  |  |
| 3 | Kemampuan presentasi |  |  |  |  |  |
| Jumlah skor | |  |  |  |  |  |
| Nilai akhir | |  |  |  |  |  |

Rumus Nilai Akhir (NA) :

*NA =*

Pedoman Penskoran :

|  |  |
| --- | --- |
| **Kriteria Jawaban** | **Skor** |
| Patut dicontoh (A) | 85 – 100 |
| Memuaskan (AB) | 80 – 84,9 |
| Di bawah harapan (B) | 75 – 79.9 |

-**Prosedur presentasi hasil bedah karya tulis ilmiah**

|  |  |
| --- | --- |
| **FORMAT** | **KEGIATAN** |
| Slide PPT | * Kelompok menyiapkan materi/slide dalam bentuk PPT, tempat, alat untuk presentasi dan pengorganisasian presentasi (moderator, presentator dll) * Semua anggota kelompok maju ke depan untuk presentasi * Moderator membuka acara * Presentator mempresentasikan materi dengan jelas * Moderator memberi kesempatan kepada audien untuk bertanya, berpendapat dan mengoreksi materi yang dipresentasikan * Moderator mempersilakan kelompok menjawab/menanggapi satu persatu pertanyaan/tanggapan yang dilontarkan * Moderator menutup acara |

Dalam mempresentasikan hasil bedah karya tulis ilmiah, diperlukan beberapa hal yang perlu diperhatikan antara lain :

1. Moderator dan presentator menghadap ke audien
2. Presentator mempresentasikan materi dengan suara yang lantang dan jelas
3. Presentator dan anggota kelompok **wajib menguasai segala sesuatu mengenai materi yang dipresentasikan**
4. Presentator fokus ke semua audien tidak fokus ke slide materi yang dipresentasikan
5. Bagi audien jika ingin bertanya/berpendapat/mengoreksi, terlebih dahulu menyebutkan nama dan asal kelompok serta wajib menggunakan bahasa yang baku dan bersikap sopan