

BMP.UKI : HL-19-DK-PK-III-2019

MODUL DOKUMENTASI KEPERAWATAN

Penyusun :

Ns. Hasian Leniwita, S.Kep., M.Kep

Ns. Yanti Anggraini, S.Kep., M.Kep

**PROGRAM STUDI DIPLOMA TIGA KEPERAWATAN
FAKULTAS VOKASI
UNIVERSITAS KRISTEN INDONESIA
2019**





Bahan Ajar Keperawatan

DOKUMENTASI KEPERAWATAN




Ns.Hasian Leniwita,S.Kep.,M.Kep

Ns.Yanti Anggraini,S.Kep.,M.Kep

**PRODI DIII KEPERAWATAN FAKULTAS VOKASI
UNIVERSITAS KRISTEN INDONESIA JAKARTA**

Hak Cipta dan Hak Penerbitan Dilindungi oleh Undang-undang

Penulis : Ns.Hasian Leniwita., M.Kep

Jumlah Halaman : 179 halaman

DAFTAR ISI

BAB I PRAKTIKA DOKUMENTASI ASUHAN KEPERAWATAN BERDASARKAN METODE PROSES KEPERAWATAN	5
TOPIK 1 DOKUMENTASI PENGAJIAN	7
A. Pengertian Dokumentasi Pengkajian	7
B. Tujuan.....	7
C. Jenis Dokumentasi Pengkajian.....	8
D. Jenis Data Pada Pengkajian	8
E. Metode Memperoleh Data.....	9
F. Mengidentifikasi Format atau Lembar yang Digunakan Untuk Pengkajian Keperawatan	10
Format Pengkajian Keperawatan Medikal Bedah	11
Latihan Kasus	21
TOPIK 2 DOKUMENTASI DIAGNOSA KEPERAWATAN	36
A. Pengertian Diagnosa Keperawatan.....	36
B. Tujuan Dokumentasi Diagnosa Keperawatan	37
C. Metode Dokumentasi Diagnosa Keperawatan	37
D. Langkah-langkah Penulisan Diagnosa Keperawatan	37
E. Kategori Diagnosa Keperawatan.....	38
F. Mengetahui Format atau Lembar Diagnosa Keperawatan	39
Latihan Kasus	41
TOPIK 3 DOKUMENTASI PERENCANAAN KEPERAWATAN	45
A. Pengertian.....	45
B. Tujuan.....	45
C. Tahap-tahap Perencanaan Keperawatan.....	45
Latihan Kasus	48

TOPIK 4 DOKUMENTASI IMPLEMENTASI DAN EVALUASI KEPERAWATAN	52
A. Pengertian.....	52
B. Jenis Implementasi Keperawatan	52
C. Prinsip Implementasi Keperawatan.....	53
D. Dokumentasi Evaluasi Keperawatan.....	54
E. Metode Evaluasi	54
F. Langkah-langkah Evaluasi	54
Latihan Kasus	55
DAFTAR PUSTAKA.....	58
BAB II PRATIKA DOKUMENTASI KEPERAWATAN PADA BERBAGAI TATANAN PELAYANAN KESEHATAN, POPULASI DAN KELOMPOK KHUSUS	59
TOPIK 1 DOKUMENTASI KEPERAWATAN PADA TATANAN PELAYANAN KESEHATAN	60
A. Dokumentasi Keperawatan Akut.....	60
FORMAT IGD	61
B. Dokuemntasi Perawatan Jangka Panjang	64
C. Dokumentasi Perawatan Dirumah Keluarga	66
Pengkajian Keperawatan Keluarga.....	68
Latihan Kasus	71
TOPIK 2 DOKUMENTASI KEPERAWATAN DI POPULASI KHUSUS.....	81
A. Mengidentifikasi Format atau Lembar Dokumentasi Keperawatan Pada Populasi Anak (Pediatrik).....	82
B. Mengidentifikasi format atau lembar dokumentasi keperawatan pada populasi perinatal	97
C. Mengidentifikasi format atau lembar dokumentasi keperawatan pada populasi psikiatrik	101
D. Mengidentifikasi format atau lembar dokumentasi keperawatan pada populasi komunitas.....	101
Latihan Kasus	102

TOPIK 3 DOKUMENTASI KEPERAWATAN PADA KELOMPOK KHUSUS	108
A. Mengidentifikasi format atau lembar dokumentasi keperawatan kelompok okupasi.....	109
Latihan Kasus	119
Formulir Pengkajian Keperawatan Kesehatan Jiwa.....	120
DAFTAR PUSTAKA.....	130
BAB III PRAKTIKA DOKUMENTASI PADA PELAYANAN DAN STRATEGI KHUSUS	131
PADA PELAYANAN KHUSUS.....	133
A. Dokumentasi Perioperatif.....	134
B. Dokumentasi gawat darurat.....	141
C. Dokumentasi perawatan kritis	143
D. Dokumentasi perawatan menjelang ajal	144
Latihan Kasus	147
TOPIK 2 PRAKTIKA DOKUMENTASI PADA STRATEGI KHUSUS	150
Latihan Kasus	151
A. Praktika Dokumentasi Pemberian Obat	154
B. Praktika Dokumentasi Keperawatan Pemenuhan kebutuhan Oksigenasi.....	158
C. Dokumentasi keseimbangan cairan elektrolitdan asam basa.....	161
D. Dokumentasi kebutuhan nutrisi	164
E. Dokumentasi eliminasi urin dan fekal	168
F. Dokumentasi rasa aman dan nyaman	174
G. Dokumentasi istirahat dan tidur	177
DAFTAR PUSTAKA	180

BAB I

PRAKTIKA DOKUMENTASI ASUHAN KEPERAWATAN BERDASARKAN METODE PROSES KEPERAWATAN

A. Pendahuluan

Bagaimana keadaannya hari ini? Mudah-mudahan Anda selalu dalam keadaan sehat walafiat. Selamat datang pada Bab I, Bab ini akan sangat membantu Anda dalam memahami bagaimana cara melakukan dokumentasi keperawatan, yaitu praktika mata kuliah Dokumentasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Metode Proses Keperawatan.

Saya yakin Anda tentu sudah siap untuk mempelajari Bab ini. Bab ini membahas tentang dokumentasi Keperawatan yang meliputi tahapan: (1) Pengkajian (2) Diagnosa Keperawatan (3) Perencanaan, (4) Implementasi dan Evaluasi.

Sekarang saatnya Anda memperoleh pengalaman secara langsung untuk mendokumentasikan asuhan keperawatan sesuai dengan langkah-langkah dalam proses keperawatan mulai dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi sesuai dengan standar asuhan keperawatan sehingga dapat memenuhi aspek legal dan etik.

Bab ini dapat Anda pelajari secara mandiri. Sebelum mempelajari materi ini sebaiknya Anda pelajari terlebih dahulu tentang (1) Konsep Dokumentasi Keperawatan dan Aspek Legal Etik, (2) Standar dan Model Dokumentasi Keperawatan, (3) Dokumentasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Metode Proses Keperawatan.

Dalam mempelajari Bab ini sebaiknya Anda pelajari secara bertahap, mulai dari materi pembelajaran yang disajikan pada Topik 1 dan mengerjakan latihan keterampilan serta apabila telah yakin memahaminya, barulah Anda diperkenankan untuk melanjutkan mempelajari materi pembelajaran Topik 2.

Satu hal yang penting adalah membuat catatan tentang materi pembelajaran yang sulit untuk Anda pahami atau kurang mengerti tentang prosedur. Cobalah terlebih dahulu mendiskusikan materi pembelajaran yang sulit dengan sesama perawat atau teman sejawat. Apabila masih dibutuhkan, Anda dianjurkan untuk mendiskusikannya dengan narasumber pada kegiatan pembelajaran tatap muka.

Di dalam Bab ini tersedia latihan dan tugas praktika yang hendaknya semua latihan dan tugas ini Anda kerjakan dengan tuntas. Dengan mengerjakan semua tugas praktika yang ada, Anda diharapkan dapat menilai sendiri melalui tingkat penguasaan atau pemahaman terhadap materi pembelajaran yang disajikan dalam Bab ini. Dengan mengerjakan semua praktika juga akan dapat membantu Anda mengetahui bagian-bagian mana dari materi pembelajaran yang disajikan di dalam Bab yang masih belum sepenuhnya dipahami.

Manfaat mempelajari Bab ini adalah membantu keperawatan pada tahap pengkajian, diagnosa, perencanaan, implementasi dan evaluasi. Oleh karena itu, pentingnya atau kegunaan menguasai praktika dokumentasi keperawatan pada tiap tahapan adalah memudahkan tugas Anda pada tahap pengkajian, diagnosa, perencanaan, implementasi dan evaluasi.

Perkiraan waktu yang dibutuhkan untuk mempelajari praktika ini adalah sekitar 24 x 50 menit. Oleh karena itu, Anda dapat membuat catatan mengenai hal-hal yang perlu didiskusikan pada waktu pelaksanaan kegiatan pembelajaran secara tatap muka.

Keberhasilan Anda mempelajari materi ini tentunya sangat tergantung pada keseriusan Anda. Hendaknya Anda tidak segan-segan untuk bertanya tentang materi pembelajaran yang belum Anda pahami kepada narasumber pada saat dilaksanakan kegiatan pembelajaran tatap muka, atau berdiskusi dengan rekan Anda. Di samping itu, Anda juga harus berusaha dengan sungguh-sungguh untuk menyelesaikan semua tugas yang ada di dalam modul ini. Yakinlah bahwa Anda berhasil dengan baik apabila memiliki semangat belajar yang tinggi. Jangan lupa berdoa kepada Tuhan agar senantiasa diberikan kemudahan belajar.

TOPIK I

DOKUMENTASI KEPERAWATAN

Tujuan Umum

Topik 1 (satu) membahas tentang praktika dokumentasi pengkajian dalam proses keperawatan.

Tujuan Khusus

Setelah mempelajari Topik 1 diharapkan Anda mampu mempraktikkan dokumentasi pengkajian dalam proses keperawatan.

Setelah mempelajari Topik 1 diharapkan Anda mampu:

1. Mengidentifikasi format atau lembar yang digunakan untuk pengkajiankeperawatan
2. Mengumpulkan data subjektif dan objektif sebagai bahan kajian asuhan keperawatan
3. Menyajikan informasi pasien yang digunakan sebagai bahan kajian asuhankeperawatan
4. Memvalidasi dan mengorganisasi data pengkajian keperawatan
5. Mendokumentasikan berbagai data secara utuh

Uraian Materi

A. Pengertian Dokumentasi Pengkajian

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 penkajian sebagai dasar formulasi yang dinyatakan sebagai diagnosa keperawatan.

B. Tujuan

Metode dokumentasi dlam pengkajian keperawatan bertujuan untuk:

1. Mengumpulkan, mengorganisir, dan mencatat data yang menjelaskan respon manusia yang mempengaruhi pola-pola kesehatan pasien
2. Hasil dokumentsi pengkajian akan menjadi dasar penulisan rencana asuhan keperawatan
3. Memberikan keyakinan tentang informasi dasar tentang kesehatan pasien untuk dijadikan referensi status kesehatannya saat ini atau yang lalu
4. Memberikan data yang cukup untuk menentukan strategi perawatan yang sesuai dengan kebutuhan pasien.

C. Jenis Dokumentasi Pengkajian

Dalam melaksanakan dokumentasi pada tahap pengkajian perlu diketahui bahwa jenis dokumentasi keperawatan meliputi:

A. Dokumentasi pada saat pengkajian awal (*Initial Assessment*)

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.

B. Dokumentasi pengkajian lanjutan (*Ongoing Assessment*)

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

C. Dokumentasi pengkajian ulang (*Reassessment*)

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

D. Jenis Data Pada Pengkajian

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

1. Data Subjektif

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

2. Data Objektif

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

E. Metode Memperoleh Data

Untuk memperoleh data pada tahap pengkajian metode yang dapat digunakan perawat adalah:

1. Komunikasi Efektif

Komunikasi dalam pengkajian keperawatan lebih dikenal dengan komunikasi terapeutik yang merupakan upaya mengajak pasien dan keluarga untuk bertukar pikiran dan perasaan. Untuk dapat memperoleh data yang akurat perawat perlu menjadi pendengar aktif terhadap keluhan pasien, adapun unsur yang menjadi pendengar yang aktif adalah dengan mengurangi hambatan dalam berkomunikasi, memperhatikan keluhan yang disampaikan oleh pasien dan menghubungkannya dengan keluhan yang dialami oleh pasien, mendengarkan dengan penuh perhatian apa yang dikeluhkan pasien, memberikan kesempatan pasien untuk menyelesaikan pembicaraannya, bersikap empati dan hindari untuk interupsi, berikan perhatian penuh pada saat berbicara dengan pasien.

Data yang lengkap memerlukan upaya pengkajian yang fokus dan lebih komprehensif. Beberapa persyaratan yang harus dipenuhi agar data yang diperoleh menjadi data yang baik adalah menjaga kerahasiaan pasien, memperkenalkan diri, menjelaskan tujuan wawancara, pertahankan kontak mata serta mengusahakan agar saat pengkajian tidak tergesa-gesa.

2. Observasi

Observasi merupakan tahap kedua dari pengumpulan data. Pada pengumpulan data ini perawat mengamati perilaku dan melakukan observasi perkembangan kondisi kesehatan pasien. Kegiatan observasi meliputi *sight*, *smell*, *hearing*, *feeling*, dan *taste*. Kegiatan tersebut mencakup aspek fisik, mental, sosial dan spiritual.

3. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik dilakukan bersamaan dengan wawancara, yang menjadi fokus perawat pada pemeriksaan ini adalah kemampuan fungsional pasien. Tujuan dari pemeriksaan fisik ini adalah untuk menentukan status kesehatan pasien, mengidentifikasi masalah kesehatan dan mengambil data dasar untuk menentukan rencana tindakan perawatan.

F. Mengidentifikasi Format atau Lembar yang Digunakan Untuk Pengkajian Keperawatan

G. Sebelum berlatih mendokumentasikan tahapan pengkajian, ada beberapa format yang disediakan antara lain format catatan masuk, format data dasar, flow sheet, dan format data fungsional. Saat pembuatan modul teori saudara mempelajari tentang tahapan pengkajian yang meliputi identitas klien, riwayat keperawatan, pengkajian fisik, data penunjang dan penatalaksanaan medis. Sekarang silahkan saudara menyiapkan format yang akan digunakan untuk mendokumentasikan pengkajian keperawatan seperti:

1. Format catatan masuk
2. Format data dasar
3. Flow sheet
4. Format data fungsional

Pada format pengkajian saudara perhatikan komponen data apa saja yang ada pada format tersebut. Komponen yang ada pada format pengkajian antara lain identitas klien, riwayat keperawatan, pengkajian fisik, data penunjang dan penatalaksanaan medis. Tugas saudara adalah memasukan data hasil pengkajian kedalam format sesuai komponen data.



**PRODI DIII KEPERAWATAN FAKULTAS VOKASI
UNIVERSITAS KRISTEN INDONESIA**

Nama Mahasiswa :

NIM :

FORMAT PENGKAJIAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH

Tanggal Pengkajian :

Tanggal masuk :

Ruang/Kelas :

Nomor Register :

Diagnosa Medis :

A. IDENTITAS KLIEN

Nama Klien :

Usia :

Status Perkawinan :

Agama :

Suku Bangsa :

Pendidikan :

Bahasa yang Digunakan :

Pekerjaan :

Alamat :

Sumber Biaya :

Sumber Informasi :

B. RIWAYAT KEPERAWATAN

1. Riwayat Kesehatan Sekarang

a. Keluhan Utama :

b. Kronologis Keluhan

• Faktor Pencetus :

• Timbulnya Keluhan :

• Lamanya :

• Cara Mengatasi :

2. Riwayat Kesehatan Masa Lalu
 - a. Riwayat Alergi (obat, makanan, binatang, lingkungan) :

 - b. Riwayat Kecelakaan :

 - c. Riwayat dirawat di Rumah Sakit (kapan, alasan, dan berapa lama)

 - d. Riwayat Pemakaian Obat :

3. Riwayat Kesehatan Keluarga (Genogram dan Keterangan)

4. Penyakit yang pernah diderita oleh keluarga yang menjadi faktor resiko

5. Penyakit Psikososial dan Spiritual
 - a. Adakah orang terdekat dengan pasien :

 - b. Interaksi dalam keluarga :
 - Pola komunikasi :
 - Pembuat keputusan :
 - Kegiatan kemasyarakatan :
 - c. Dampak penyakit pasien terhadap keluarga :

 - d. Masalah yang mempengaruhi pasien :

 - e. Mekanisme koping terhadap stress

() Pemeriksaan masalah	() Minum obat
() Makan	() Cari pertolongan
() Tidur	() Lain-lain
 - f. Persepsi pasien terhadap keluarga
 - Hal yang sangat dipikirkan saat ini :
.....
 - Harapan setelah menjalani keperawatan :
.....
 - Perubahan yang dirasakan setelah jatuh sakit
:.....
 - g. Sistem nilai kepercayaan
 - Nilai-nilai yang bertentangan dengan kesehatan :

- Aktivitas agama/kepercayaan yang dilakukan :

6. Kondisi Lingkungan Rumah

7. Pola Kebiasaan

Hal yang Dikaji	POLA KEBIASAAN	
	Sebelum Sakit	Dirumah sakit/saat ini
<p>a. Pola Nutrisi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Frekuensi makan : ... x/hari • Nafsu makan : baik/tidak Alasan : (mual, muntah,sariawan) • Porsi makan yang dihabiskan • Makanan yang tidak disukai • Makanan yang membuat alergi • Makanan pantangan • Makanan diet • Penggunaan obat sebelum makan • Penggunaan alat (NGT,dll) 	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>b. Pola Eliminasi</p> <p>1. BAK</p> <ul style="list-style-type: none"> • Frekuensi :..... x/hari • Warna : • Keluhan : • Penggunaan alat bantu (kateter,dll) <p>2. BAB</p> <ul style="list-style-type: none"> • Frekuensi :..... x/hari • Waktu (Pagi/Siang/Malam/Tidak tentu) • Warna : • Konsistensi : • Penggunaan Laxatif : 	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>c. Pola Personal Hygiene</p>		

1. Mandi	.....	.....
• Frekuensi :..... x/hari	.....	.....
• Waktu : Pagi/Sore/Malam		
2. Oral Hyiene	.....	.....
• Frekuensi :..... x/hari	.....	.....
• Waktu : Pagi/Siang/Setelah makan	.....	.....
3. Cuci Rambut	.....	.....
• Frekuensi :..... x/hari	.....	.....
Rambut klien terlihat kotor	.....	.....
4. Mengganti Pakaian		
d. Pola Istirahat dan tidur	.....	.....
• Lama tidur siang: ... jam/hari	.....	.....
• Lama tidurmalam:... jam/hari	.....	.....
• Kebiasaan sebelum tidur		
e. Pola Aktivitas dan Latihan	.....	.....
• Waktu bekerja :	.....	.....
Pagi/Siang/Malam	.....	.....
• Olahraga : () Ya Tidak ( )	.....	.....
• Jenis olahraga :	.....	.....
• Frekuensi olahraga: ..x/minggu	.....	.....
• Keluhan dalam beraktivitas (Pergerakan tubuh/mandi/mengenakan pakaian/sesak asetelah beraktivitas)	.....	.....
f. Kebiasaan yang Mempengaruhi Kesehatan		
1. Merokok : Ya/Tidak	.....	.....
• Frekuensi : .....	.....	.....
• Jumlah : .....	.....	.....
• Lama Pemakaian : .....	.....	.....
2. NAPZA/MIRAS		

C. PENGKAJIAN FISIK

1. Pemeriksaan Fisik Umum

- a. Berat badan : Kg Tinggi badan : cm
- b. Tekanan darah :
- c. Nadi : x/menit, Irama :
- d. Frekuensi nafas : x/menit
- e. Suhu tubuh : °C
- f. Keadaan umum : () Ringan () Sedang () Berat
- g. Kesadaran :
- h. Pembesaran kelenjar getah bening : () Ya () Tidak

2. Sistem Penglihatan

- a. Posisi mata : () Simetris () Asimetris
- b. Kelopak mata : () Normal () Ptosis
- c. Pergerakan bola mata : () Normal () Abnormal
- d. Konjungtiva : () Merah muda () Anemis
() Sangat merah
- e. Kornea : () Normal () Keruh/berkabut
() Terdapat pendarahan
- f. Sklera : () Ikterik () Anikterik
- g. Pupil : () Isokor () Anisokor
() Midriasis () Miosis
- h. Otot-otot mata : () Tidak ada kelainan () Juling keluar
() Juling kedalam () Berada diatas
- i. Fungsi penglihatan : () Baik () Kabur () Dua bentuk
- j. Tanda-tanda radang :
- k. Pemakaian kacamata :
- l. Pemakaian lensa kontak :
- m. Pemakaian lensa kontakreaksi terhadap cahaya :

3. Sistem Pendengaran

- a. Daun telinga : () Normal () Tidak, kanan/kiri
- b. Karakteristik serumen (warna, konsistensi, bau) :
- c. Kondisi telinga tengah : () Normal () Kemerahan
() Bengkak () Terdapat lesi
- d. Cairan dari telinga : () Tidak () Ada

- e. Perasaan penuh ditelinga : () Ya () Tidak
- f. Tinnitus : () Ya () Tidak
- g. Fungsi pendengaran : () Normal () Kurang
() Tuli, kanan/kiri
- h. Gangguan Keseimbangan : () Tidak () Ya
- i. Pemakaian alat bantu : () Ya () Tidak

4. **Sistem Wicara** : () Normal () Tidak normal
() Aphasia () Aponia
() Dysatria () Dyphasia
() Anarthia

5. Sistem Pernafasan

- a. Jalan nafas : () Bersih () Ada Sumbatan
- b. Pernafasan : () Tidak sesak () Sesak
- c. Menggunakan otot bantu nafas : () Ya () Tidak
- d. Frekuensi : x/menit
- e. Irama : () Teratur () Tidak teratur
- f. Jenis pernafasan :
- g. Kedalaman : () Dalam () Dangkal
- h. Batuk : () Tidak () Ya
- i. Sputum : () Tidak () Ya
- j. Konsistensi : () Kental () Encer
- k. Terdapat darah : () Ya () Tidak
- l. Inspeksi dada :
- m. Palpasi dada :
- n. Perkusi dada :
- o. Auskultasi dada :
- p. Suara nafas : () Vesikuler () Ronchi
() Wheezing () Rales
- q. Nyeri saat bernafas : () Ya () Tidak
- r. Penggunaan alat bantu nafas : () Tidak () Ya

6. Sistem Kardiovaskuler

a. Sirkulasi Perifer

- Nadi x/menit: Irama : () Teratur () Tidak
Denyut : () Lemah () Kuat
- Tekanan darah : mmHg
- Distensi vena jugularis : Kanan : () Ya () Tidak
Kiri : () Ya () Tidak
- Temperatur kulit : () Hangat () Dingin
- Warna kulit : () Pucat () Sianosis () Kemerahan
- Pengisian kapiler :
- Edema : () Ya () Tidak
() Tungkai atas () Tungkai bawah
() Periorbital () Muka
() Skrotalis () Anasarka

b. Sirkulasi Jantung

- Kecepatan denyut apikal :
- Irama : () Teratur () Tidak teratur
- Kelainan bunyi jantung : () Murmur () Gallop
- Sakit dada : () Ya () Tidak
 - Timbulnya : () Saat aktivitas () Tanpa aktivitas
 - Karakteristik : () Seperti ditusuk-tusuk
() Seperti dibakar
() Seperti ditimpa berat badan
 - Skala nyeri :

7. Sistem Hematologi

Gangguan Hematologi

- Pucat : () Tidak () Ya
- Pendarahan : () Tidak () Ya
() Ptechie () Purpura () Mimisan
() Pendarahan gusi () Etchimosis

8. Sistem Saraf Pusat

- a. Keluhan sakit kepala :
- b. Tingkat kesadaran :
- c. Glasgow Come Scale (GCS) : E : M : V :
- d. Tanda-tanda peningkatan TIK : () Tidak () Ya

Muntah proyektil

Nyeri kepala

Papil edema

e. Gangguan system persyarafan

Kejang Pelo

Mulut mencong Kesemutan/polyneuritis

Kelumpuhan ekstremitas Disorientasi

f. Pemeriksaan reflek

• Refleks fisiologis : Normal Tidak

• Refleks patologis : Tidak Ya

9. Sistem Pencernaan

a. Keadaan mulut

1. Gigi : Caries Tidak

2. Gigi palsu : Ya Tidak

3. Stomatitis : Ya Tidak

4. Lidah kotor : Lidah kotor Tidak

5. Saliva : Normal Abnormal

b. Muntah : Tidak Ya

c. Nyeri daerah perut : Ya Tidak

d. Skala nyeri lokasi dan karakteristik

Seperti di tusuk-tusuk Melilit Cramp

Panas Setempat Menyebar

Berpindah-pindah Kanan/kiri bawah

e. Skala nyeri :

f. Bising usus :

g. Diare : Tidak Ya

h. Warna feses : Kuning Putih seperti air cucian beras

Coklat Hitam Dempul

i. Konsistensi feses : Setengah padat Cair

Terdapat lender Berdarah

j. Konstipasi : Tidak Ya, lamanya..... hari

k. Hepar : Teraba Tidak teraba

l. Abdomen : Lembek Asites

Kembung Distensi

10. Sistem Endokrin

- a. Pembesaran kelenjar tiroid : () Tidak () Ya
() Exoptalmus
() Tremor
() Diaporesis
- b. Nafas berbau keton : () Ya () Tidak
() Poliuri () Polidipsi
() Polipagia
- c. Luka ganggren : () Tidak () Ya

11. Sistem Urogenital

- a. Balance cairan :
- b. Perubahan pola kemih : () Retensi () Urgency () Disuria
() Tidak lampias () Nokturia
() Inkontinen
- c. BAK : Warna : () Kuning () Kuning kental
() Merah () Putih
- d. Distensi kandung kemih : () Ya () Tidak
- e. Keluhan pinggang : () Ya () Tidak
- f. Klien mengatakan selalu berkeringat :

12. Sistem Integumen

- a. Turgor kulit : () Baik () Buruk
- b. Temperatur kulit :
- c. Warna kulit : () Pucat () Sianosis () Kemerahan
- d. Keadaan kulit : () Baik () Lesi () Ulkus
() Luka, lokasi.....
Kelainan kulit : () Tidak () Ya
- e. Kondisi kulit disekitar pemasangan infus :
- f. Keadaan rambut : - Tekstur : () Baik () Tidak
() Alopesia ()
- Kebersihan : () Bersih () Bau

13. Sistem Muskuloskeletal

- a. Kesulitan dalam pergerakan : () Ya () Tidak
- b. Sakit pada tulang, sendi, kulit : () Ya () Tidak
- c. Fraktur : () Ya () Tidak
- d. Lokasi fraktur :
- e. Kelainan pada bentuk tulang dan sendi: () Kontraktur () Bengkak
- f. Kelainan struktur tonus otot : () Skoliosis () Lordosis
() Kifosis
- g. Kekuatan otot : () Baik () Hipotoni
() Hipertoni () Atoni

* Berikan penjelasan untuk seluruh pertanyaan jika jawaban “Ya”

DATA TAMBAHAN

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

D. DATA PENUNJANG (Hasil pemeriksaan diagnostic yang menunjang masalah :
Lab, Radiologi, Endoskopi, dll) lengkapi dengan tanggal pemeriksaan

E. PENATALAKSANAAN MEDIS

- 1. Cairan :
- 2. Diet :
- 3. Obat :

Jakarta

Yang mengkaji

(.....)

Latihan Kasus

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

KASUS

Klien bernama Tn. Z berusia 32 tahun, dengan nomor rekam medik 0140568, jenis kelamin laki-laki, beragama Islam, belum menikah, pekerjaan pegawai swasta, pendidikan terakhir SMA dan bertempat tinggal di Kelapa Dua Tugu Cimanggis Depok, sumber informasi dari klien, keluarga dan status rekam medik. Klien masuk RSUP Fatmawati Jakarta pada tanggal 30 Juli 2017.

Keluhan utama klien saat dilakukan pengkajian tanggal 31 Juli 2017 nyeri di daerah perut kuadran kanan atas dan dibelakang tengah, faktor pencetus berubah posisi dan melakukan aktivitas sedang seperti berjalan, karakteristik nyeri panas dengan skala nyeri 8, intensitas 30 menit, timbul keluhan mendadak. Nyeri semakin berat bila klien beraktivitas sedang seperti berjalan dan berkurang saat klien tiduran dengan posisi semi fowler dan setelah diberikan obat Paracetamol 2 x 500 mg via oral. Klien mual, tidak selera makan, perut terasa begah, berat badan turun 2 kg, makanan habis ½ porsi. Klien mengatakan minum dalam sehari kurang lebih 1 ½ liter.

Hasil pemeriksaan fisik di dapatkan data: Keadaan umum: sedang, kesadaran: compos mentis, GCS: 15 (E: 4, M: 6, V: 5), klien meringis sambil memegang bagian yang nyeri perut kanan atas. Tekanan darah: 100/70 mmHg, nadi: 128 x/menit, pernafasan: 22 x/menit, Suhu: 36.3°C. BB saat ini: 57 kg, BB sebelum sakit: 59 Kg, tinggi badan 164 cm, BBI: 57.6-70.4 kg. Makanan yang di sajikan habis ½ porsi, LILA: 24 cm, lingkar perut: 90 cm, konjungtiva anemis, warna kulit pucat, akral dingin, sklera ikterik, CRT: 4 detik. Pemeriksaan inspeksi permukaan Abdomen asites, auskultasi: Peristaltik (+), bising usus 8 x/menit, palpasi: Perut kembung, nyeri tekan di rasakan pada kuadran kanan atas, terdapat pembesaran hepar/hepar teraba, perkusi: Dullness pada daerah kanan atas, timpani pada kuadran yang lain.

Pemeriksaan penunjang tanggal 30 Juli 2017: Hemoglobin ↓ 7.8 g/dL (13.2 - 17.3 g/dL), Hematokrit ↓ 27 % (33 - 45 %), Leukosit ↓ 2.7 ribu/ul (5.0 - 10.0 ribu/uL), Trombosit

1 55 ribu/ul (150 - 440 ribu/uL), Eritrosit ↓ 3.40 juta/uL (4.40 - 5.90 juta/uL), VER 80.5 fl (80.0 - 100.0 fL), HER ↓ 23.1 pg (26.0 - 34.0 pg), KHER ↓ 28.7 g/dl (32.0 - 36.0 g/dL), RDW ↑ 17.8 % (11.5 - 14.5 %). Pemeriksaan Rontgen thorax tanggal 30

Juli 2017 kesan: Cor danpulmo dalam batas normal. Pemeriksaan ultrasonografi tanggal 29 Juli 2017 hasil: Sirosis hepatis, splenomegaly dan asites.

Terapi obat tanggal 30 Juli 2017: Ciprofloxacin 2 x 400 mg (jam 06.00 dan jam 18.00) via drip, Cefotaxime 3 x 1 gr (jam 10.00, jam 18.00 dan 21.00) via IV, Omeprazole 2 x 40 mg (jam 10.00 dan jam 18.00) via IV, Sukralfat 2 x 500 mg (jam 06.00 dan jam 18.00) via oral, Paracetamol 2 x 500 mg (jam 10.00 dan jam 18.00) via oral, Kalium klorida (KSR) 2 x 1200 mg (jam 10.00 dan jam 18.00) via oral, Laktulak 2 x 60 ml (jam 06.00 dan jam 18.00) via oral, Vit K 2 x 10 mg (jam 06.00 dan jam 18.00) via drip. Tanggal 31 Juli 2017: Furosemide 1 x 40 mg (jam 10.00) via oral, Spironolakton 1 x 100 mg (jam 10.00) via oral. Klien mendapat Diet TKTP 2100 kkal.

Petunjuk Jawaban Latihan Kasus:

Jawaban:

FORMAT PENGKAJIAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH

Tanggal Pengkajian : 31 Juli 2017
Tanggal Masuk : 30 Juli 2017
Ruang/Kelas : Lantai VI utara / 3
Nomor Register : 01405681
Diagnosis Medis : Sirosis Hepatis

A. IDENTITAS KLIEN

Nama Klien	: Tn.kLZ
Jenis Kelamin	: Laki-laki
Usia	: 32 Tahun
Status Perkawinan	: Belum menikah
Agama	: Islam
Suku/Bangsa	: Betawi/Indonesia
Pendidikan	: SMA
Bahasa yang Digunakan	: Indonesia
Pekerjaan	: Pegawai Swasta
Alamat	: Kelapa dua tugu cimanggis, Depok
Sumber biaya (Pribadi,Perusahaan,dll)	: BPJS
Sumber Informais (Pasien/Keluarga)	: Klien, Keluarga, dan status rekam medis

B. RIWAYAT KEPERAWATAN

1. Riwayat Kesehatan Sekarang

- a. Keluhan Utama : Klien mengatakan nyeri di daerah perut kanan atas dan dibelakang tengah, skala nyeri berat 8 (8-10). Klien merasa mual, tidak selera makan, perut begah, makanan habis ½ porsi dan mudah lelah.
- b. Kronologis Keluhan
- Faktor Pencetus : Berubah posisi dan beraktivitas sedang, seperti berjalan
 - Timbul keluhan : (√) Mendadak, (-) Bertahap
 - Lamanya : 30 menit
 - Upaya mengatasi : Tiduran dan minum obat paracetamol 2x500 mg

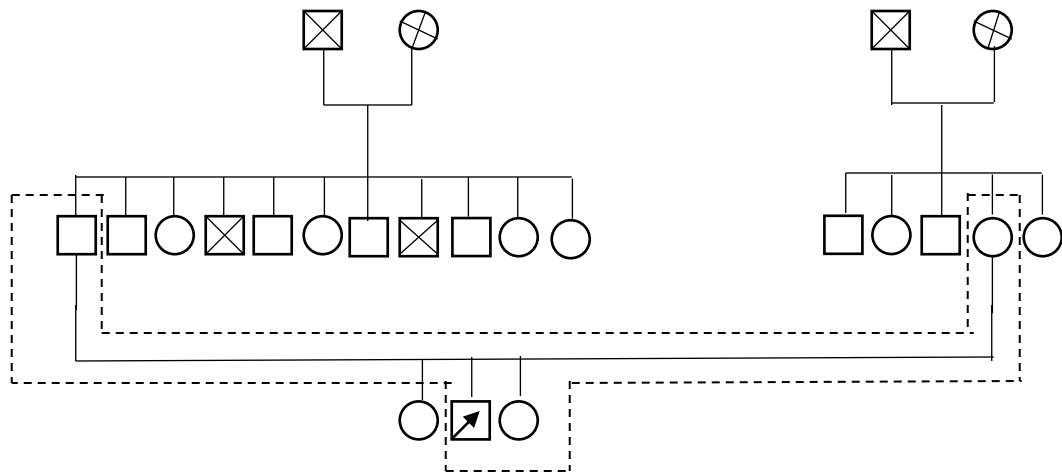
2. Riwayat Kesehatan Masa Lalu

- a. Riwayat Alergi : Makanan udang dan ikan (seafood)
- b. Riwayat Kecelakaan : Tidak pernah
- c. Riwayat dirawat di Rumah Sakit (kapan, alasan, dan berapa lama) :

NO	TANGGAL	ALASAN	BERAPA LAMA	TEMPAT
1	02/01/2016	Hepatitis C	12 hari	RS Tugu Ibu
2	11/02/2016	Hepatitis C	7 hari	RS Prikasih
3	12/12/2016	Hepatitis C	7 hari	RS Depok
4	02/01/2017	Hepatitis C	5 hari	RSUD Pasar Minggu
5	20/07/2017	Muntah dan BAB darah dan sirosis hepatis	Sampai sekarang	RSUD Fatmawati

- d. Riwayat Pemakaian obat : Omeprazole 2x40 mg dan furosemide 1x40 mg (PO)

3. Riwayat Kesehatan Keluarga (Genogram dan Keterangan)



Keterangan :

- | | | | | |
|-----|---|-----------|------|--------------------|
| ☒ ☑ | ➔ | Meninggal | ☒ ➔ | Klien |
| ○ | ➔ | Perempuan | ---- | Tinggal satu rumah |
| □ | ➔ | Laki-laki | | |

4. Penyakit yang pernah diderita oleh anggota keluarga yang menjadi faktor resiko : Diabetes Mellitus dan Hipertensi

5. Riwayat Psikologi dan Spiritual

- Adakah orang terdekat dengan pasien : Orangtua
- Interaksi dalam keluarga :
 - Pola komunikasi : Baik dan Komunikatif
 - Pembuat keputusan : Ayah
 - Kegiatan kemasyarakatan : Tidak ada
- Dampak penyakit pasien terhadap keluarga : Mengganggu aktivitas pekerjaan orangtuanya karena harus menunggu klien di Rumah Sakit
- Masalah yang mempengaruhi pasien : Tidak ada
- Mekanisme koping terhadap stress

(-) Pemeriksaan masalah	(-) Minum obat
(-) Makan	(-) Cari pertolongan
(-) Tidur	(✓) Lain-lain (Misal :Diskusi, nonton tv)
- Persepsi pasien terhadap keluarga
 - Hal yang sangat dipikirkan saat ini : Ingin cepat sembuh

- Harapan setelah menjalani keperawatan : Cepat sembuh total
- Perubahan yang dirasakan setelah jatuh sakit : Tidak dapat beerja dan pola makan harus dibatasi

g. Sistem nilai kepercayaan

- Nilai-nilai yang bertentangan dengan kesehatan : Tidak ada
- Altvias agama/kepercayaan yang dilakukan : Sholat 5 waktu, mengaji,puasa, sholat jum'at

6. **Kondisi Lingkungan Rumah**

Rumah dengan ukuran 10 m X 10 m, 3 kamar tidur, 1 kamar mandi didalam rumah, ventilasi cukup jendela selalu terbuka. Lingkungan rumah bersih

7. **Pola Kebiasaan**

Hal yang Dikaji	POLA KEBIASAAN	
	Sebelum Sakit	Dirumah sakit/saat ini
a. Pola Nutrisi		
<ul style="list-style-type: none"> • Frekuensi makan : ... x/hari • Nafsu makan : baik/tidak Alasan : (mual, muntah,sariawan) • Porsi makan yang dihabiskan • Makanan yang tidak disukai • Makanan yang membuat alergi • Makanan pantangan • Makanan diet • Penggunaan obat sebelum makan • Penggunaan alat (NGT,dll) 	3 x / hari Baik 1 porsi Tidak ada Udang,ikan (seafood) Indomie, gorengan, makanan berbumbu Tidak ada	3x/hari Tidak ½ porsi Tidak ada Tidak ada Tidak ada TKTP 2100 kkal, Protein 1.5 gr/kg BB/hari Tidak ada Tidak ada
b. Pola Eliminasi		
1. BAK <ul style="list-style-type: none"> • Frekuensi :..... x/hari 	5-6 x/hari Kuning jernih	5-6x/hari (1150cc/24 jam) Kuning jernih

<ul style="list-style-type: none"> • Warna : • Keluhan : • Penggunaan alat bantu (kateter,dll) 	Tidak ada	Tidak ada
<ul style="list-style-type: none"> • Penggunaan alat bantu (kateter,dll) 	Tidak ada	Tidak ada
<p>2. BAB</p> <ul style="list-style-type: none"> • Frekuensi :..... x/hari • Waktu (Pagi/Siang/Malam/Tidak tentu) • Warna : • Konsistensi : • Penggunaan Laxatif : 	1x/hari Pagi Coklat Semi spadat Tidak ada	1x/hari Pagi Coklat Semi padat Tidak ada
<p>c. Pola Personal Hygiene</p> <p>1. Mandi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Frekuensi :..... x/hari • Waktu : Pagi/Sore/Malam <p>2. Oral Hyiene</p> <ul style="list-style-type: none"> • Frekuensi :..... x/hari • Waktu : Pagi/Siang/Setelah makan <p>3. Cuci Rambut</p> <ul style="list-style-type: none"> • Frekuensi :..... x/hari Rambut klien terlihat kotor <p>4. Mengganti Pakaian</p>	2x/hari Pagi,Sore 2x/hari Pagi,Malam 2x/hari Tidak Ya	2x/hari Pagi,Sore 2x/hari Pagi,Malam Tidak ada Ya Ya
<p>d. Pola Istirahat dan tidur</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lama tidur siang: ... jam/hari • Lama tidurmalam:... jam/hari • Kebiasaan sebelum tidur 	3jam/hari 7jam/hari Tidak ada	3 jam/hari 7 jam/hari Tidak ada
<p>e. Pola Aktivitas dan Latihan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Waktu bekerja : Pagi/Siang/Malam • Olahraga : () Ya Tidak () • Jenis olahraga : 	Pagi Tidak Tidak ada	Tidak ada Tidak Tidak ada

<ul style="list-style-type: none"> • Frekuensi olahraga: ..x/minggu • Keluhan dalam beraktivitas (Pergerakan tubuh/mandi/mengenakan pakaian/sesak asetelah beraktivitas) 	<p>Sesak setelah beraktivitas</p>	<p>Sesak setelah beraktivitas</p>
<p>f. Kebiasaan yang Mempengaruhi Kesehatan</p> <p>1. Merokok : Ya/Tidak</p> <ul style="list-style-type: none"> • Frekuensi : • Jumlah : • Lama Pemakaian : <p>2. NAPZA/MIRAS</p>	<p>Tidak</p> <p>Tidak</p> <p>Tidak</p> <p>Tidak</p>	<p>Tidak</p> <p>Tidak</p> <p>Tidak</p> <p>Tidak ada</p>

C. PENGKAJIAN FISIK

1. Pemeriksaan Fisik Umum

- Berat badan : 57 Kg (Saat ini), 59 Kg (Sebelum Sakit)
Tinggi badan : 164 Cm
- Tekanan darah : 100/70 mmHg
- Nadi : 128 x/menit, Irama : Teratur
- Frekuensi nafas : 22x/menit
- Suhu tubuh : 36,3°C
- Keadaan umum : (-) Ringan () Sedang (-) Berat
- Kesadaran : Composmentis
- Pembesaran kelenjar getah bening : () Ya (-) Tidak

2. Sistem Penglihatan

- Posisi mata : () Simetris (-) Asimetris
- Kelopak mata : () Normal (-) Ptosis
- Pergerakan bola mata : () Normal (-) Abnormal
- Konjungtiva : () Merah muda () Anemis
(-) Sangat merah
- Kornea : () Normal (-) Keruh/berkabut
(-) Terdapat pendarahan
- Sklera : () Ikterik (-) Anikterik

- g. Pupil : () Isokor (-) Anisokor
(-) Midriasis (-) Miosis
- h. Otot-otot mata : () Tidak ada kelainan (-) Juling keluar
(-) Juling kedalam (-) Berada diatas
- i. Fungsi penglihatan : () Baik (-) Kabur (-) Dua bentuk
- j. Tanda-tanda radang : Tidak ada
- k. Pemakaian kacamata : Tidak
- l. Pemakaian lensa kontak : Tidak
- m. Pemakaian lensa kontakreaksi terhadap cahaya : Tidak

3. Sistem Pendengaran

- a. Daun telinga : () Normal (-) Tidak, kanan/kiri
- b. Karakteristik serumen (warna, konsistensi, bau) : Khas serumen, Kuning, Cair
- c. Kondisi telinga tengah : () Normal (-) Kemerahan
(-) Bengkak (-) Terdapat lesi
- d. Cairan dari telinga : () Tidak (-) Ada
- e. Perasaan penuh ditelinga : (-) Ya () Tidak
- f. Tinnitus : (-) Ya () Tidak
- g. Fungsi pendengaran : () Normal (-) Kurang
(-) Tuli, kanan/kiri
- h. Gangguan Keseimbangan : () Tidak () Ya
- i. Pemakaian alat bantu : (-) Ya () Tidak

- 4. **Sistem Wicara** : () Normal (-) Tidak normal
(-) Aphasia (-) Aponia
(-) Dysatria (-) Dyphasia
(-) Anarthia

5. Sistem Pernafasan

- a. Jalan nafas : () Bersih (-) Ada Sumbatan
- b. Pernafasan : (-) Tidak sesak (-) Sesak
- c. Menggunakan otot bantu nafas : (-) Ya () Tidak
- d. Frekuensi : 22 x/menit
- e. Irama : () Teratur (-) Tidak teratur
- f. Jenis pernafasan : Spontan

- g. Kedalaman : (√) Dalam (-) Dangkal
- h. Batuk : (√) Tidak (-) Ya
- i. Sputum : (√) Tidak (-) Ya
- j. Konsistensi : (-) Kental (-) Encer
- k. Terdapat darah : (-) Ya (√) Tidak
- l. Inspeksi dada : Dada simetris, pergerakan otot dinding dada dinamis
- m. Palpasi dada : Pergerakan abdomen pada dada sama, taktil fremitus kanan dan kiri sama, ekspansi paru kanan dan kiri sama, tidak ada massa/benjolan
- n. Perkusi dada : Paru kanan dan kiri sonor/resonan pada seluruh lapang
- o. Auskultasi dada : Jalan nafas bersih tidak ada sumbatan
- p. Suara nafas : (√) Vesikuler (-) Ronchi
(-) Wheezing (-) Rales
- q. Nyeri saat bernafas : (-) Ya (√) Tidak
- r. Penggunaan alat bantu nafas : (√) Tidak (-) Ya

6. Sistem Kardiovaskuler

a. Sirkulasi Perifer

- Nadi 124 x/menit : Irama : (√) Teratur (-) Tidak
Denyut : (-) Lemah (√) Kuat
- Tekanan darah : 100/70 mmHg mmHg
- Distensi vena jugularis : Kanan: (-) Ya (√) Tidak
Kiri : (-) Ya (√) Tidak
- Temperatur kulit : (-) Hangat (√) Dingin
- Warna kulit : (√) Pucat (-) Sianosis (-) Kemerahan
- Pengisian kapiler : 4 detik
- Edema : (-) Ya (√) Tidak
(-) Tungkai atas (-) Tungkai bawah
(-) Periorbital (-) Muka
(-) Skrotalis (-) Anasarka

b. Sirkulasi Jantung

- Kecepatan denyut apikal : 128 x/menit

- Irama : () Teratur (-) Tidak teratur
- Kelainan bunyi jantung : (-) Murmur (-) Gallop
- Sakit dada : (-) Ya () Tidak
 - Timbulnya : () Saat aktivitas (-) Tanpa aktivitas
 - Karakteristik : (-) Seperti ditusuk-tusuk
(-) Seperti dibakar
(-) Seperti ditimpa berat badan
 - Skala nyeri : 8

7. Sistem Hematologi

Gangguan Hematologi

- Pucat : (-) Tidak () Ya
- Pendarahan : () Tidak (-) Ya
 - (-) Ptechie (-) Purpura (-) Mimisan
 - (-) Pendarahan gusi (-) Etchimosi

8. Sistem Saraf Pusat

- a. Keluhan sakit kepala : Tidak ada
- b. Tingkat kesadaran : Composmentis
- c. Glasgow Come Scale (GCS) : 15 (E:4, V:5, M:6)
- d. Tanda-tanda peningkatan TIK : () Tidak (-) Ya
 - (-) Muntah proyektil
 - (-) Nyeri kepala
 - (-) Papil edema
- e. Gangguan system persyarafan
 - (-) Kejang (-) Pelo
 - (-) Mulut mencong (-) Kesemutan/polyneuritis
 - (-) Kelumpuhan ekstremitas (-) Disorientasi
- f. Pemeriksaan reflek
 - Refleks fisiologis : () Normal (-) Tidak
 - Refleks patologis : () Tidak (-) Ya

9. Sistem Pencernaan

- a. Keadaan mulut
 1. Gigi : (-) Caries () Tidak
 2. Gigi palsu : (-) Ya () Tidak
 3. Stomatitis : (-) Ya () Tidak

4. Lidah kotor : (-) Lidah kotor (√) Tidak
5. Saliva : (√) Normal (-) Abnormal
- b. Muntah : (√) Tidak (-) Ya
- c. Nyeri daerah perut : (√) Ya (-) Tidak
- d. Skala nyeri lokasi dan karakteristik : Skala 8, di daerah perut kanan atas
 (-) Seperti di tusuk-tusuk (-) Melilit (√) Kanan/kiri atas
 (√) Panas (-) Setempat (-) Cramp
 (-) Berpindah-pindah (-) Kanan/kiri bawah (-) Menyebar
- e. Skala nyeri : 8
- f. Bising usus :
- g. Diare : (√) Tidak (-) Ya
- h. Warna feses : (-) Kuning (-) Putih seperti air cucian beras
 (-) Coklat (-) Hitam (-) Dempul
- m. Konsistensi feses : (-) Setengah padat (-) Cair
 (-) Terdapat lender (-) Berdarah
- n. Konstipasi : (√) Tidak (-) Ya, lamanya..... hari
- o. Hepar : (√) Teraba (-) Tidak teraba
- p. Abdomen : (-) Lembek (√) Asites
 (√) Kembung (-) Distensi

10. Sistem Endokrin

- a. Pembesaran kelenjar tiroid : (√) Tidak (-) Ya
 (-) Exoptalmus
 (-) Tremor
 (-) Diaporesis
- b. Nafas berbau keton : (-) Ya (√) Tidak
 (-) Poliuri (-) Polidipsi
 (-) Polipagia
- c. Luka ganggren : (√) Tidak (-) Ya

11. Sistem Urogenital

- a. Balance cairan : -
- b. Perubahan pola kemih : (-) Retensi (-) Urgency (-) Disuria
 (-) Tidak lampias (-) Nokturia
 (-) Inkontinen
- c. BAK : Warna : (√) Kuning (-) Kuning kental
 (-) Merah (-) Putih

- d. Distensi kandung kemih : (-) Ya (√) Tidak
- e. Keluhan pinggang : (-) Ya (√) Tidak
- f. Klien mengatakan selalu berkeringat :

12. Sistem Integumen

- g. Turgor kulit : (√) Baik (-) Buruk
- h. Temperatur kulit : Akral dingin
- i. Warna kulit : (√) Pucat (-) Sianosis (-) Kemerahan
- j. Keadaan kulit : (√) Baik (-) Lesi (-) Ulkus
(-) Luka, lokasi.....
Kelainan kulit : () Tidak () Ya
- k. Kondisi kulit disekitar pemasangan infus : Baik
- l. Keadaan rambut : - Tekstur : (√) Baik (-) Tidak
(-) Alopesia
- Kebersihan : () Bersih (√) Bau

13. Sistem Muskuloskeletal

- h. Kesulitan dalam pergerakan : (√) Ya (-) Tidak
- i. Sakit pada tulang, sendi, kulit : (-) Ya (√) Tidak
- j. Fraktur : (-) Ya (√) Tidak
- k. Lokasi fraktur : Tidak ada
- l. Kelainan pada bentuk tulang dan sendi: (-) Kontraktur (-) Bengkak
- m. Kelainan struktur tonus otot : (-) Skoliosis (-) Lordosis
(-) Kifosis
- n. Kekuatan otot : (√) Baik (-) Hipotoni
(-) Hipertoni (-) Atoni

* Berikan penjelasan untuk seluruh pertanyaan jika jawaban “Ya”

DATA TAMBAHAN

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

D. DATA PENUNJANG

1. Hasil pemeriksaan laboratorium 30.07.2017

PEMERIKSAAN	NILAI SATUAN	NILAI RUJUKAN
HEMATOLOGI		
Hemoglobin	↓7.8 g/dL	13.2-17.3
Hematokrit	↓27 %	33-45
Leukosit	↓2.7 ribu/ul	5-10
Trombosit	↓55 ribu/ul	150-440
Eritrosit	↓3.40 juta/uL	4.40-5.90
VER/HER/KHER/RDW		
PEMERIKSAAN	NILAI SATUAN	NILAI RUJUKAN
VER	80.5 fl	80-100
HER	↓23.1 pg	26-34
KHER	↓28.7 g/dl	32-36
RDW	↑17.8 %	11.5-14.5

2. Hasil pemeriksaan thorax proyeksi tanggal 30 Juli 2017

Kesan : Corakan dan pulmo dalam batas normal

3. Hasil pemeriksaan USG bdomen tanggal 29 Juli 2017

Kesan : Sirosishepatis, Splenomegali, Asites

E. PENATALAKSANAAN MEDIS

1. Cairan : -
2. Diet : TKTP 2100 kkal Protein 1,5 gr/kg BB/hari
3. Obat : Tanggal 30 Juli 2017 : Ciprofloxacin 2x400 mg (jam 06.00 dan jam 18.00) via drip, Cefotaxime 3 x 1 gr (jam 10.00, jam 18.00 dan 21.00) via IV, Omeprazole : 2 x 40 mg (jam 10.00 dan jam 18.00) via IV, Sukralfat 2 x 500 mg (jam 06.00 dan jam 18.00) via oral, Paracetamol 2 x 500 mg (jam 10.00 dan jam 18.00) via oral, Kalium klorida (KSR) 2 x 1200 mg (jam 10.00 dan jam 18.00) via oral, Laktulak 2 x 60 ml (jam 06.00 dan jam 18.00) via oral, Vit K 2 x 10 mg (jam 06.00 dan jam 18.00) via drip. Tanggal 31 Juli 2017 : Furosemide : 1 x 40 mg (jam 10.00) via oral, Spironolakton 1 x 100 mg (jam 10.00) via oral.

Jakarta, 31 Juli 2017

Ns. Hasian Leniwita M.Kep

RINGKASAN

Dokumentasi pengkajian merupakan catatan tentang hasil pengkajian yang dilaksanakan untuk mengumpulkan informasi dari pasien, membuat data dasar tentang pasien, dan membuat catatan tentang respons kesehatan pasien. Dengan demikian hasil pengkajian dapat mendukung untuk mengidentifikasi masalah kesehatan pasien dengan baik dan tepat. Tujuan dari dokumentasi intinya untuk mendapatkan data yang cukup untuk menentukan strategi perawatan. Terdapat 3 jenis dokumentasi, yaitu : *Initial Assesment*, *Ongoing Assesment* dan *Reassesment*. Dikenal dua data pada pengkajian, yaitu: Data objektif dan subjektif. Perawat perlu memahami metode memperoleh data. Dalam memperoleh data tidak jarang terdapat masalah yang perlu diantisipasi oleh perawat. Data pengkajian perlu didokumentasikan dengan baik.

TUGAS PRATIKA 1

Jawablah Pertanyaan-pertanyaan dibawah ini dengan singkat dan jelas

1. Apakah yang Dimaksud Dengan Dokumentasi Pengkajian

Jawaban :

2. Apakah yang Dimaksud dengan Ongoing Assessment ?

Jawaban :

3. Apa Sajakah Pengembangan Data Dasar Dalam Dendokumentasian ?

Jawaban :

4. Apa Sajakah metode yang dapat digunakan dalam memperolehnya ?

Jawaban :

5. Sebutkan apa saja kegiatan observasi.

Jawaban :

TOPIK 2

DOKUMENTASI DIAGNOSA KEPERAWATAN

Tujuan Umum

Setelah mempelajari topik 2 diharapkan anda mampu mempraktikkan dokumentasi diagnosa dalam proses keperawatan

Tujuan Khusus

Setelah mempelajari topik 2 diharapkan anda mampu :

1. Menjelaskan dokumentasi diagnosa keperawatan
2. Menjelaskan perbedaan diagnosa keperawatan dan diagnosa medis
3. Menyebutkan tujuan dokumentasi diagnosa keperawatan
4. Menjelaskan metode dokumentasi diagnosa keperawatan
5. Menyebutkan langkah-langkah dalam penulisan diagnosa keperawatan
6. Menjelaskan kategori diagnosa keperawatan

URAIAN MATERI

A. Pengertian Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah keputusan klinis mengenai seseorang, keluarga, atau masyarakat sebagai akibat dari masalah kesehatan atau proses kehidupan yang actual atau potensial. Diagnosa keperawatan merupakan dasar dalam penyusunan rencana tindakan asuhan keperawatan. Diagnosa keperawatan sejalan dengan diagnosis medis sebab dalam mengumpulkan data-data saat melakukan pengkajian keperawatan yang dibutuhkan untuk menegakkan diagnosa keperawatan ditinjau dari keadaan penyakit dalam diagnosa medis.

Apabila perawat menegakkan diagnosa keperawatan maka dokter menegakkan diagnosa medis, tabel dibawah ini menunjukkan perbedaan antara diagnosa medis dan diagnosa keperawatan

Diagnosa Medis	Diagnosa Keperawatan
Fokus : Faktor-faktor pengobatan penyakit	Fokus : Reaksi/respon klien terhadap tindakan keperawatan dan tindakan medis/lainnya
Orientasi : Keadaan patologis	Orientasi : Kebutuhan dasar individu
Cenderung tetap, mulai sakit sampai sembuh	Berubah sesuai perubahan respons klien

Mengarah pada tindakan medis yang sebagian dilimpahkan kepada perawat	Mengarah pada fungsi mandiri perawat dalam melaksanakan tindakan dan evaluasinya
---	--

Tabel 1.2.1 Perbedaan Diagnosa Keperawatan dan Diagnosa Medis

B. Tujuan Dokumentasi Diagnosa Keperawatan

Tujuan dokumentasi diagnosa keperawatan adalah :

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

C. Metode Dokumentasi Diagnosa Keperawatan

Dokumentasi diagnosa keperawatan meliputi :

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

D. Langkah-langkah Penulisan Diagnosa Keperawatan

Langkah dalam penulisan diagnosa keperawatan terdiri dari :

1. Pengelompokan Data dan Analisa Data
 - a. Data Subjektif
Contoh : “Pasien mengeluh nyeri saat menelan karena ada tumor di leher, akibat BB turun dari 10 kg dalam 12 bulan terakhir, karena nyeri menelan”
 - b. Data Objektif
Contoh : TB= 165 Cm, BB = 45 Kg
2. Interpretasi Data
Contoh : Gangguan pemenuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh

3. Validasi Data

Validasi ini dilakukan untuk memastikan ke akuratan diagnosa dimana perawat Bersama pasien memvalidasi diagnosa sehingga diketahui bahwa pasien setuju dengan masalah yang sudah dibuat dan faktor-faktor yang mendukungnya. Contoh : Perawata mengukur BB pasien akibat tumor yang diderita nya

4. Penyusunan Diagnosa Keperawatan (dengan rumusan P+E+S)

P = Problem

E = Etiologi

S = Symptom

Contoh :

Gangguan pemenuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake yang tidak adekuat ditandai dengan klien mengatakan BB turun lebih dari 10 Kg dalam 12 bulan terakhir, TB – 170 Cm , BB = 50 kg

Tanggal Ditemukan	Symptom (S)	Etiologi (E)	Problem (P)

E. Kategori Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan dapat dibedakan menjadi 5 kategori : (1) Aktual, (2) Resiko, (3) Kemungkinan, (4) Keperawaatan *wellness*, (5) Keperawatan Sindrom

1. Aktual

Diagnosa keperawatan actual menjelaskan masalah nyata saat ini dengan data klinik yang ditemukan. Syarat menegakkan diagnosa keperawatan actual harus ada unsur PES Symptom (S) harus memenuhi kriteria mayor dan sebagian kriteria minor dari pedoman diagnosa NANDA.

Misalnya : Hasil pengkajian diperoleh data klien mual, muntah, diare dan turgor jelek selama 3 hari. Diagnosa : Kekurangan volume cairan tubuh berhubungan dengan kehilangan cairan secara abnormal.

2. Resiko

Diagnosa keperawatan resiko menjelaskan masalah kesehatan yang nyata akan terjadi jika tidak dilakukan intervensi. Syarat menegakkan resiko

diagnosa keperawatan adanya unsur PE (problem dan etiologi). Penggunaan istilah “resiko dan resiko tinggi” tergantung dari tingkat keparahan/kerentanan terhadap masalah.

Diagnosa : “Resiko gangguan integritas kulit berhubungan dengan diare yang terus menerus”

3. Kemungkinan

Diagnosa keperawatan kemungkinan menjelaskan bahwa perlu adanya data tambahan untuk memastikan masalah keperawatan kemungkinan. Pada keadaan ini masalah dan faktor pendukung belum ada tapi sudah ada faktor yang dapat menimbulkan masalah. Syarat menegakkan kemungkinan diagnosa keperawatan adanya unsur respons (*problem*) dan faktor yang mungkin dapat menimbulkan masalah tetapi belum ada.

Contoh :

Diagnosa : Kemungkinan gangguan konsep diri : rendah diri/terisolasi berhubungan dengan diare. Perawat dituntut untuk berpikir lebih kritis dan mengumpulkan data tambahan yang berhubungan dengan konsep diri

4. Keperawatan *wellness*

Diagnosa keperawatan *wellness* (sejahtera) adalah keputusan klinik tentang keadaan individu, keluarga, atau masyarakat dalam transisi dari tingkat sejahtera tertentu ke tingkat sejahtera yang lebih tinggi. Ada 2 kunci yang harus ada :

1. Sesuatu yang menyenangkan pada tingkat kesejahteraan yang lebih tinggi
2. Adanya status dan fungsi yang efektif

F. Mengetahui Format atau Lembar Diagnosa 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 pasien. Data ini harus diisi semua untuk memastikan agar tidak terjadi kesalahan dalam melakukan tindakan kepada pasien

ANALISA DATA

Nama Klien/Umur :

No.Rekam Medis :

Ruangan/No.Kamar :

NO	DATA	ETIOLOGO	MASALAH

Tabel 1.2.3 Contoh tabel format Analisa Data

2) **Formati Diagnosa Keperawatan**

Merupakan format yang berisikan diagnosa keperawatan yang telah dirumuskan dan diurutkan sesuai diagnosa prioritas masalah :

Contoh :

Diagnosa Keperawatan

Nama klien/Umur :

No.Rekam Medis :

Ruangan/No.Kamar :

No. Dx	Diagnosa Keperawatan (Berdasarkan Prioritas)	Tanggal Ditemukan	Tanggal Teratasi	Paraf dan Nama

Tabel 1.2.4 Contoh Tabel Format Diagnosa Keperawatan

3) **Menganalisa Data**

Setelah mengetahui format analisa data, langkah selanjutnya yang harus Anda lakukan adalah menganalisa data.

Menganalisa data dengan mengelompokkan data atau masalah yang abnormal sesuai pola kebutuhan Gordon.

4) **Mengidentifikasi Masalah**

Setelah menganalisa data, langkah selanjutnya adalah saudara mengidentifikasi masalah berdasarkan data subjektif dan data objektif yang telah didapatkan.

5) **Memformulasikan Diagnosa**

Setelah mengidentifikasi masalah, langkah selanjutnya saudara memformulasikan diagnosa keperawatan dengan cara:

- 1) Masukkan semua data ke dalam format analisa data. Lalu masukkan data subjektif dan data objektif dalam kolom.
- 2) Tentukan masalah dari data subjektif dan objektif

- 3) Tentukan etiologi dari data subjektif dan objektif
- 4) Setelah semua format analisa data terisi, masukkan masalah dan etiologi ke format diagnosa keperawatan dengan menambahkan kata “berhubungan dengan”. Jangan lupa untuk mengisi identitas pasien pada bagian atas kolom.
- 5) Setelah memasukkan diagnosa keperawatan, tulis tanggal ditemukan diagnosa serta paraf dan nama jelas perawat yang merumuskan diagnosa keperawatan

Latihan Kasus

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

Cobalah Anda buat analisa data yang ada pada kasus di Topik 1, kemudian buatlah diagnosa Aktual, Risiko, Kemungkinan, Wellness, dan Sindrom!

Petunjuk Jawaban Latihan:

- 1) Memasukan data subjektif dan data objektif ke dalam format, kemudian menentukan masalah dan etiologi.

ANALISA DATA

Nama Klien/umur :
 No. Register :
 Ruangan/No.Kamar :

No	Data	Etiologi	Masalah
1	Data Subjektif: Klien mengatakan nyeri P : Berubah posisi dan aktivitas sedang seperti berjalan Q : Myeri terasa panas R : Tengah, belakang dan daerah perut kanan atas S : Skala 8 T : 30 menit 2) Klien mengatakan timbulnya nyeri mendadak	Gangguan fungsi metabolik	Nyeri Kronis

	<p>3) Klien mengatakan cara mengatasinya dengan tiduran dan minum obat paracetamol 2x500 mg via PO</p> <p>Data Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kesadaran composmentis - GCS = 15 (E:4, V:5, M:6) - Keadaan umum : Sedang - TTV : TD : 100/70mmHg Nadi : 128x/menit RR : 22x/menit Suhu : 36.3°C - Skala nyeri berat - Klien tampak meringis sambil memegang bagian yang nyeri perut kanan atas - Klien mendapat terapi obat : paracetamol 2x500 mg via oral 		
--	--	--	--

A. Memasukan masalah dan etiologi ke dalam format diagnosa keperawatan dengan menambahkan kata “berhubungan dengan”

DIAGNOSA KEPERAWATAN

Nama klien/Umur : Tn.Z / 32 tahun

No.register : 01405681

Ruangan/No.Kamar :Lantai VI utara/606B

No. Dx	Diagnosa Keperawatan (Berdasarkan prioritas)	Tanggal Ditemukan	Tanggal Teratasi	Paraf dan Nama
1	Nyeri kronis berhubungan dengan gangguan fungsi metabolik	31 Juli 2017	-	Ns. Hasian

RINGKASAN

Diagnosa keperawatan adalah keputusan klinis mengenai seseorang, keluarga, atau masyarakat sebagai akibat dari masalah kesehatan atau proses kehidupan yang aktual atau potensial. Diagnosa keperawatan merupakan dasar dalam penyusunan rencana tindakan asuhan keperawatan, sangat perlu untuk didokumentasikan dengan baik. Dalam Topik ini diuraikan bagaimana melakukan pendokumentasian pada tahap diagnosis. Dengan mempelajari Topik 2 ini Anda diharapkan mampu mempraktekkan Pendokumentasian pada tahap pengkajian

TUGAS PRATIKA 2

Jawablah pertanyaan-pertanyaan di bawah ini dengan singkat dan jelas.

1. Berdasarkan yang sudah Anda baca, apakah perbedaan fokus antara diagnosa medis dengan diagnosa keperawatan?

Jawaban :

- B. Sebutkan langkah-langkah penulisan diagnosa keperawatan.

Jawaban :

C. Jelaskan perbedaan antara diagnosa keperawatan aktual dengan resiko

Jawaban :

D. Jelaskan prosedur perbedaan antara diagnosa kemungkinan dengan *wellness*

Jawaban:

E. Buatlah 3 contoh data subjektif

Jawaban :

TOPIK 3

DOKUMENTASI PERENCANAAN KEPERAWATAN

Tujuan Umum

Setelah mempelajari topik 3 diharapkan anda mampu mendokumentasikan perencanaan keperawatan

Tujuan Khusus

Setelah mempelajari topik 3, anda diharapkan mampu :

1. Menjelaskan dokumentasi pada perencanaan keperawatan
2. Menjelaskan tujuan dokumentasi keperawatan
3. Menyebutkan tahapan penyusunan rencana keperawatan
4. Menyebutkan karakteristik pendokumentasian rencana tindakan keperawatan

Uraian Materi

A. Pengertian

Pada tahap ini 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 masalah, rencana tindakan dan penilaian asuhan keperawatan pada pasien/klien berdasarkan analisis data dan diagnosa keperawatan

B. Tujuan

Tujuan dokumentasi perencanaan keperawatan adalah :

1. Untuk mengidentifikasi focus keperawatan kepada klien atau kelompok
2. Untuk membedakan tanggungjawab perawat dengan profesi kesehatan lainnya
3. Untuk menyediakan kriteria klasifikasi klien
4. Menyediakan suatu pedoman dalam penulisan

C. Tahap-tahap Perencanaan Keperawatan

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

1. Menentukan Prioritas Masalah

Prioritas masalah merupakan upaya perawat untuk mengidentifikasi respons pasien terhadap masalah kesehatannya, baik aktual maupun potensial. Untuk menetapkan prioritas masalah seringkali digunakan hierarki kebutuhan dasar

manusia. Pada kenyataannya perawat tidak mampu menyelesaikan permasalahan pasien secara bersamaan, oleh karena itu diperlukan upaya untuk memprioritaskan masalah. Prioritas diagnosa dibedakan dengan diagnosa yang penting sebagai berikut :

- Prioritas diagnosa merupakan diagnosa keperawatan, jika tidak diatasi saat ini akan berdampak buruk terhadap kondisi status fungsi kesehatan pasien
- Diagnosa penting adalah diagnosa atau masalah kolaboratif dimana intervensi dapat ditunda tanpa mempengaruhi status fungsi kesehatan pasien
- Hierarki yang biasa dijadikan dasar untuk menetapkan prioritas masalah adalah hirarki maslow; kegawatan masalah kesehatan berupa ancaman kesehatan maupun ancaman kehidupan; tingkat masalah berdasarkan aktual, resiko, potensial dan sejahtera sampai sindrom; keinginan pasien

2. Menentukan Tujuan dan Kriteria Hasil

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

a) Tujuan Perawatan berdasarkan SMART yaitu :

1. S = *Spesific* (Tidak memberikan makna ganda)
2. M = *Measurable* (Dapat diukur, dilihat, didengar, diraba, dirasakan ataupun dibantu)
3. A = *Achievable* (Secara realistis dapat dicapai)
4. R = *Reasonable* (Dapat dipertanggungjawabkan secara ilmiah)
5. T = *Time* (Batasan waktu yang sesuai dengan kondisi pasien)

Contoh :

Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1 x 24 jam , masalah gangguan rasa nyaman : nyeri dapat teratasi

b) Kriteria Hasil

Karakteristik kriteria hasil yang perlu mendapatkan perhatian adalah :

1. Berhubungan dengan tujuan perawatan yang telah ditetapkan
2. Dapat dicapai
3. Spesifik, nyata dan dapat diukur
4. Menuliskan kata positif
5. Menentukan waktu
6. Menggunakan kata kerja
7. Hindari penggunaan kata-kata “normal”, “baik”, tetapi dituliskan hasil batas ukuran yang ditetapkan atau sesuai

Contoh :

Capillary refill kurang dari 2 detik

3. Menentukan Rencana Tindakan

Rencana tindakan tindakan yang akan diberikan pada pasien ditulis secara spesifik, jelas dan dapat di ukur. Rencana perawatan dibuat selaras dengan rencana medis, sehingga saling melengkapi dalam meningkatkan status kesehatan pasien.

Dalam merumuskan rencana tindakan yang perlu diperhatikan adalah:

1. Rencana tindakan keperawatan merupakan desain spesifik intervensi yang membantu klien mencapai kriteria hasil.
2. Dokumentasi rencana tindakan yang telah diimplementasikan harus ditulis dalam sebuah format agar dapat membantu perawat untuk memproses informasi yang didapatkan selama tahap pengkajian dan diagnosa keperawatan.
3. Perencanaan bersifat individual sesuai dengan kondisi dan kebutuhan pasien
4. Bekerjasama dengan pasien dalam merencanakan intervensi.

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

Tabel 1.3.1 Format Dokumentasi Rencana Tindakan Keperawatan

Latihan Kasus

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

Berdasarkan latihan merumuskan diagnosa yang sudah Anda buat pada Topik 2, pilihlah salah satu diagnosanya kemudian susunlah perencanaan tindakan keperawatan yang memenuhi kriteria SMART.

Petunjuk Jawaban Latihan Kasus :

A. Menentukan prioritas masalah

No. DX	Diagnosa Keperawatan (Berdasarkan Prioritas)	Tanggl Ditemukan	Tanggal Teratasi	Paraf & Nama
1	Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin	22-04-2017	Belum teratasi	Aulia
2				
3				
4				
5				
6				

B. Menentukan tujuan dan kriteria hasil, mendokumentasikan rencana keperawatan yang akan dilakukan dan rasionalisasinya

RENCANA KEPERAWATAN

Nama Klien /Umur : Tn.Z / 32 Tahun

No. Register : 01405681

Ruangan : Lantai VI utara/606B

No. DX	Tujuan dan Kriteria Hasil	Rencana Tindakan	Rasional	Paraf & Nama
	<p>Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam perfusi jaringan adekuat.</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tanda-tanda vital dalam batas normal : TD : $^{110-130}/_{70-90}$ mmHg, TD : 110-130x/menit, RR: 16-20x/menit, Suhu :36.5°C – 37.5°C - Hasil lab dalam batas normal (Hb: 13.2 – 17.3 g/dL, Ht: 33-45 %, Trom : 150-440 ribu/ul) - Kongjungtiva ananemis - CRT : < 3 detik - Warna kulit tidak pucat - Akral hangat 	<p>Mandiri</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda-tanda vital (jam 09.00, jam 14.00, jam 21.30) 2. Lakukan pemeriksaan fisikkongjungtiva,CRT,akral, warna kulit (jam 08.17, jam 11.00, jam 11.40) <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor hasil laboratorium hematologi seperti hemoglobin dan hematocrit (jam 14.00) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Penurunan perfusi dapat terjadi pada pasien syok, dehidrasi yang ditandai penurunan tekanan darah dan peningkatan nadi 2. Merupakan tanda-tanda penurunan perfusi perifer <ol style="list-style-type: none"> 1. Perfusi perifer berkaitan dengan hasil hemoglobin yang berperan dalam transport oksigen 	Ns. Hasian

RINGKASAN

Perencanaan keperawatan adalah suatu rangkaian kegiatan penentuan langkah-langkah pemecahan masalah dan prioritasnya, perumusan tujuan, rencana tindakan dan penilaian asuhan keperawatan pada pasien berdasarkan analisis data dan diagnosa keperawatam.

TUGAS PRATIKA 3

Jawablah pertanyaan-pertanyaan dibawah ini dengan singkat dan jelas

1. Apa sajakah hal-hal yang perlu diperhatikan dalam membuat rencana keperawatan ?

Jawaban :

2. Apa sajakah karakteristik kriteria hasil yang perlu mendapatkan perhatian ?

Jawaban :

3. Sebutkan tahap-tahap perencanaan keperawatan

Jawaban :

4. Apa sajakah hal-hal yang perlu diperhatikan dalam merumuskan rencana tindakan keperawatan ?

Jawaban :

5. Jelaskan tujuan perawatan berdasarkan SMART

Jawaban :

TOPIK 4

DOKUMENTASI IMPLEMENTASI DAN EVALUASI KEPERAWATAN

Tujuan Umum

Setelah mempelajari topik 4 diharapkan anda mampu mempraktikkan dokumentasi implementasi dan evaluasi keperawatan

Tujuan Khusus

Setelah mempraktikkan topik 4 diharapkan anda mampu :

1. Mengidentifikasi format atau lembar yang digunakan untuk implementasi dan evaluasi keperawatan
2. Mendokumentasikan tanggal/jam dan nomor diagnosa pada format implementasi dan evaluasi keperawatan
3. Mendokumentasikan tindakan dan hasil/respon pasien yang telah dilakukan sesuai dengan rencana keperawatan
4. Mendokumentasikan hasil evaluasi keperawatan dalam bentuk SOAP dalam 24 jam
5. Mendokumentasikan paraf dan nama jelas pada format implementasi dan evaluasi keperawatan

URAIAN MATERI

A. Pengertian

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. Proses pelaksanaan implementasi harus berpusat kepada kebutuhan klien, faktor-faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan keperawatan, strategi implementasi keperawatan, dan kegiatan komunikasi.

B. Jenis Implementasi Keperawatan

Dalam pelaksanaannya terdapat tiga jenis implementasi keperawatan, yaitu :

1. Independent Implementations

Adalah implementasi yang diprakarsai sendiri oleh perawat untuk membantu pasien dalam mengatasi masalahnya sesuai dengan kebutuhan, misalnya: membantu dalam memenuhi *activity daily living* (ADL), memberikan perawatan diri, mengatur posisi tidur, menciptakan lingkungan

yang terapeutik, memberikan dorongan motivasi, pemenuhan kebutuhan psiko-sosio-kultural, dan lain-lain.

2. *Interdependen/Collaborative Implementations*

Adalah tindakan keperawatan atas dasar kerjasama sesama tim keperawatan atau dengan tim kesehatan lainnya, seperti dokter. Contohnya dalam hal pemberian obat oral, obat injeksi, infus, kateter urin, *naso gastric tube* (NGT), dan lain-lain.

3. *Dependent Implementations*

Adalah tindakan keperawatan atas dasar rujukan dari profesi lain, seperti ahli gizi, *physiotherapies*, psikolog dan sebagainya, misalnya dalam hal: pemberian nutrisi pada pasien sesuai dengan diit yang telah dibuat oleh ahli gizi, latihan fisik (mobilisasi fisik) sesuai dengan anjuran dari bagian fisioterapi.

C. Prinsip Implementasi Keperawatan

Beberapa pedoman atau prinsip dalam pelaksanaan implementasi keperawatan adalah sebagai berikut :

1. Berdasarkan respons pasien
2. Berdasarkan ilmu pengetahuan, hasil penelitian keperawatan, standar pelayanan profesional, hukum dan kode etik keperawatan
3. Berdasarkan penggunaan sumber-sumber yang tersedia
4. Sesuai dengan tanggung jawab dan tanggung gugat profesi keperawatan
5. Mengerti dengan jelas pesan-pesan yang ada dalam rencana intervensi keperawatan
6. Harus dapat menciptakan adaptasi dengan pasien sebagai individu dalam upaya meningkatkan peran serta untuk merawat diri sendiri (*self care*)
7. Menekankan pada aspek pencegahan dan upaya peningkatan status kesehatan.
8. Menjaga rasa aman, harga diri dan melindungi pasien
9. Memberikan pendidikan, dukungan dan bantuan
10. Bersifat holistic
11. Kerjasama dengan profesi lain
12. Melakukan dokumentasi

No.Dx /Masalah Kolaboratif	Tanggal/Jam	Tindakan	Paraf

D. Dokumentasi Evaluasi Keperawatan

Dokumentasi pada tahap evaluasi adalah membandingkan secara sistematis dan terencana tentang kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan dengan kenyataan yang ada pada klien, 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 tercapai atau perlu pendekatan lain.

E. Metode Evaluasi

Metode yang digunakan dalam evaluasi antara lain :

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

F. Langkah-langkah Evaluasi

1. Menentukan kriteria, standar dan pertanyaan evaluasi
2. Mengumpulkan data baru tentang klien
3. Menafsirkan data baru
4. Membandingkan data baru dengan standar yang berlaku
5. Merangkum hasil dan membuat kesimpulan
6. Melaksanakan tindakan yang sesuai berdasarkan kesimpulan

IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Nama Klien/Umur :

No.Rekam Medis :

Ruangan/No.Kamar :

Tanggal/Jam	No.Dx	Implementasi dan Respon	Paraf dan Nama Jelas

Latihan Kasus

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

Berdasarkan latihan merumuskan rencana keperawatan yang sudah Anda buat pada Topik 3, dokumentasikanlah tindakan keperawatan yang Anda telah lakukan sesuai dengan prinsip implementasi.

Petunjukan Jawaban Latihan

1. Dokumentasikan semua tindakan yang telah dilakukan sesuai rencana dengan mengubah kata perintah menjadi kata kerja. Masukkan ke kolom implementasi dan respon.

IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Nama Klien/Umur : Tn.Z / 32 Tahun

No.Rekam Medis : 01405681

Ruangan/No.Kamar : Lantai VII utara / 606B

Tanggal/Jam	No.Dx	Implementasi dan Respon	Paraf dan Nama Jelas
1 Agustus 2017 08.00	1	— Mencatat lokasi, karakteristik, durasu, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi (PQRST)	

2. Tuliskan respon pasien setelah dilakukan tindakan dan masukkan ke kolom implementasi dan respon dan tuliskan paraf serta nama jelas.

IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Nama Klien/Umur : Tn.Z / 32 Tahun

No.Rekam Medis : 01405681

Ruangan/No.Kamar : Lantai VI utara / 606B

Tanggal/Jam	No.Dx	Implementasi dan Respon	Paraf dan Nama Jelas
1 Agustus 2017 08.00	1	— Mencatat lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi (PQRST) Respon : P : Nyeri timbul saat	

		<p>melakukan aktivitas, seperti miring kanan miring kiri</p> <p>Q : Nyeri seperti ditusuk-tusuk</p> <p>R : Nyeri didaerah perut kanan atas</p> <p>S : Skala 7</p> <p>T : 30 menit</p>	<p>Ns.Hasian Leniwita</p> <p>M.Kep</p>
--	--	---	--

RINGKASAN

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. Dalam pelaksanaan implementasi keperawatan terdiri dari tiga jenis yaitu *independent implementations*, *interdeppenden/collaburatif dandependent implementations*.

Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari rangkaian proses keperawatan yang berguna apakah tujuan dari tindakan keperawatan yang telah dilakukan tercapai atau perlu pendekatan lain. Evaluasi keperawatan mengukur keberhasilan dari rencana dan pelaksanaan tindakan keperawatan yang dilakukan dalam memenuhi kebutuhan pasien. Penilaian adalah tahap yang menentukan apakah tujuan tercapai.

TUGAS PRATIKA 4

Jawablah pertanyaan-pertanyaan di bawah ini dengan singkat dan jelas

1. Jelaskan pengertian implementasi dan evaluasi keperawatan

Jawaban :

2. Sebutkan dan jelaskan 3 jenis implementasi keperawatan

Jawaban :

3. Sebutkan 5 prinsip implementasi keperawatan

Jawaban :

4. Apa sajakah metode yang digunakan dalam evaluasi

Jawaban :

5. Tuliskan langkah-langkah melakukan evaluasi

Jawaban :

DAFTAR PUSTAKA

Ghofur, Abdul. [2013].“ Standar dan Model Dokumentasi Keperawatan “
https://www.slideshare.net/pjj_kemenkes/modul-2-dokumen-keperawatan-kb443683413, diakses pada 13 September 2019 Pukul 09:45

BAB II

PRATIKA DOKUMENTASI KEPERAWATAN PADA BERBAGAI TATANAN PELAYANAN KESEHATAN, POPULASI DAN KELOMPOKKHUSUS

Ns.Hasian Leniwita., M.Kep

PENDAHULUAN

Bagaimana keadaan nya hari ini ?, semoga senantiasa dalam keadaan sehat walafiat. Selamat datang pada Bab II, Bab II ini akan sangat membantu anda dalam memahami dokumentasi keperawatan. Apakah anda sudah siap ?Bab II ini akan membahas tentang Dokumentasi Keperawatan Pada Berbagai Tatanan Pelayanan Kesehatan, Populasi dan Kelompok Khusus.

Setelah mempelajari Bab II, diharapkan Anda mampu memahami dokumentasi keperawatan pada berbagai tatanan pelayanan kesehatan, populasi dan kelompok khusus. Bab II ini terdiri dari 3 topik sebagai berikut: Topik 1 : Dokumentasi Keperawatan pada Tatanan Pelayanan Kesehatan, Topik 2 : Dokumentasi Keperawatan pada Populasi Khusus, Topik 3 : Dokumentasi Keperawatan pada Kelompok Khusus.

Materi pada Bab II ini dapat Anda pelajari secara mandiri. Dalam mempelajari materi pada Bab II ini sebaiknya Anda pelajari secara bertahap, mulai dari materi pembelajaran yang disajikan pada Topik dan mengerjakan latihan kasus serta apabila telah yakin memahaminya, barulah Anda diperkenankan untuk melanjutkan mempelajari materi pembelajaran Topik 2.

Satu hal yang penting adalah membuat catatan tentang materi pembelajaran yang sulit Anda pahami atau kurang mengerti, Cobalah mendiskusikan materi pembelajaran yang sulit dengan teman sejawat. Apabila masih dibutuhkan, Anda dianjurkan untuk mendiskusikannya dengan narasumber pada kegiatan pembelajaran tatap muka.

Pada bab II ini tersedia latihan kasus dan tugas praktika mandiri yang hendaknya semua latihan ini Anda kerjakan dengan tuntas. Dengan mengerjakan semua tugas praktika yang ada, Anda akan dapat menilai sendiri tingkat penguasaan atau pemahaman terhadap materi pembelajaran yang disajikan dalam Bab II ini. Dengan mengerjakan semua praktikum juga akan dapat membantu Anda mengetahui bagian-bagian mana dari materi pembelajaran yang disajikan di dalam Bab II yang masih belum sepenuhnya dipahami.

Selamat belajar dan semoga sukses !!

TOPIK 1
DOKUMENTASI KEPERAWATAN PADA TATANAN PELAYANAN
KESEHATAN

Tujuan Umum

Dokumentasi proses keperawatan pada tatanan pelayanan kesehatan merupakan catatan tentang asuhan keperawatan dengan melihat respon klien secara keseluruhan, yang dilakukan pada bidang tertentu, area perawatan tertentu, dan pada populasi tertentu. Oleh karena itu, untuk lebih memahami tentang dokumentasi pada berbagai tatanan pelayanan kesehatan baca dan pelajarilah dengan seksama uraian berikut ini. Selamat belajar dan semoga sukses.

Tujuan Khusus

Setelah mempelajari topik 1 saudara diharapkan dapat mempraktekkan dokumentasi keperawatan pada tatanan pelayanan kesehatan, meliputi :

1. Mengidentifikasi format atau lembar dokumentasi keperawatan di perawatan akut.
2. Mengidentifikasi format atau lembar dokumentasi keperawatan di perawatan jangka panjang.
3. Mengidentifikasi format atau lembar dokumentasi keperawatan di rumah.

A. Dokumentasi Keperawatan Akut

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

Adapun komponen dari dokumentasi keperawatan akut adalah :

1. Pengkajian

Dokumentasi dimulai dari pengkajian masuk, data primer dikumpulkan dari pasien dan keluarga, alasan utama atau keluhan utama saat pasien masuk rumah sakit, informasi aktual ketika pasien baru masuk,

pengkajian harus dilengkapi oleh perawat yang sama ketika pasien masuk, ringkasan pengkajian dibuat setiap pergantian jaga.

2. Diagnosa Keperawatan

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

3. Rencana Keperawatan

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

4. Implementasi

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

5. Evaluasi

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

Berikut contoh checklist Dokumentasi Perawatan Akut

FORMAT IGD

IDENTITAS	No. Rekam medis : Diagnosa Medis	
	Nama :	Jenis Kelamin : L/P Umur :
	Agama:	Status Perkawinan : Pendidikan :
	Pekerjaan :	Sumber Informasi : Alamat :
	TRIAGE 	
PRIMARY SURVEY	GENERAL IMPRESSION	
	Keadaan Umum :	
	Orientasi (Tempat, Waktu, dan Orang): <input type="checkbox"/> Baik <input type="checkbox"/> Tidak baik	
	AIRWAY	Diagnosa Keperawatan
Jalan nafas : <input type="checkbox"/> Paten <input type="checkbox"/> Tidak	Kriteria Hasil :	
Pasien Obstruksi : <input type="checkbox"/> Lidah <input type="checkbox"/> Cairan <input type="checkbox"/> Benda	Intervensi :	
	1.	
	2.	

PRIMARY SURVEY	Asing <input type="checkbox"/> N/A	3.
	Suara Nafas : <input type="checkbox"/> Snoring <input type="checkbox"/> Gurfling Keluhan lain:	
	BREATHING	Diagnosa Keperawatan
	Gerakan dada : <input type="checkbox"/> Simetris <input type="checkbox"/> Asimetris Irama Nafas : <input type="checkbox"/> Cepat <input type="checkbox"/> Dangkal <input type="checkbox"/> Normal Pola Nafas <input type="checkbox"/> Teratur <input type="checkbox"/> Tidak Reaksi Otot Dada <input type="checkbox"/> Ada <input type="checkbox"/> N/A Sesak Nafas <input type="checkbox"/> Ada <input type="checkbox"/> N/A RR : x.menit Keluhan Lain :	Kriteria Hasil : Intervensi :
	CIRCULATION	
	Nadi : x/menit <input type="checkbox"/> Teraba <input type="checkbox"/> Tidak teraba Sianosis <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak CRT : <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak Pendarahan <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak Keluhan lain :	Kriteria Hasil : Intevensi : 1. 2. 3.
	DISABILITY	Diagnosa Keperawatan
	N	Kriteria Hasil : Intervensi : 1. 2. 3.
	EXPOSURE	Diagnosa Keperawatan
	Deformitas <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidakn b Contuiso <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak Abrasi <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak Penetrasi <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak Laserasi <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak Edema <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	Kriteria Hasil : Intervensi : 1. 2. 3.

B. Dokumentasi Perawatan Jangka Panjang

Prinsip dasar dokumentasi perawatan jangka panjang sama dengan prinsip umum dokumentasi keperawatan. Catatan perkembangan tetap menjadi alat utama untuk komunikasi perawat dengan anggota tim kesehatan lainnya. Dokumentasi di perawatan jangka panjang merupakan dokumentasi yang dilaksanakan pada pasien yang menjalani rawat inap lama. Kelompok pasien yang dirawat meliputi kelompok primer dan sekunder

1. Kelompok Primer

- a) Umumnya pasien lansia, sakit-sakitan, tidak mampu merawat dirisendiri
- b) Memiliki penyakit kronis dan pikun karena tua, membutuhkan bantuan untuk dapat hidup secara normal
- c) Secara teratur mereka membutuhkan perawatan, pengawasan dokter, dan beberapa jenis perawatan kesehatan profesional
- d) Pasien diterima sebagai pasien sementara atau lebih lama lagi.

2. Kelompok Sekunder

- a) Pasien yang sedang mengidap penyakit khusus yang bisa disembuhkan secara total atau sebagian
- b) Memerlukan program rehabilitasi yang difokuskan pada upaya pemulihan sehingga bisa melakukan kegiatan seperti sediakala
- c) Usia kelompok bervariasi
- d) Penderita HIV/AIDS

Komponen dokumentasi perawatan jangka panjang terdiri dari:

1. Pengkajian yang meliputi, riwayat kesehatan, keadaan pasien serta hasil pemeriksaan fisik.
2. Diagnosa keperawatan yang sering dijumpai adalah: kurangnya perawatan diri, gangguan mobilitas, gangguan perkemihan, gangguan integritas kulit, dan kurangnya pengetahuan.
3. Rencana keperawatan berisi tentang informasi bagaimana perawatan dan usaha-usaha yang dilakukan untuk mengatasi masalah.
4. Implementasi yaitu tahap pelaksanaan yang berisi tentang tindakan yang telah diberikan kepada pasien untuk mengatasi masalahnya dan untuk meningkatkan atau mempertahankan kesehatannya.
5. Evaluasi berisi tentang kondisi pasien dan tujuan perawatan yang telah dinilai setelah diberikan asuhan keperawatan.

Berikut contoh Dokumentasi Jangka Panjang

		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO RM
CATATAN PERKEMBANGAN PASIEN TERINTEGRASI		Nama Pasien :
		Tanggal Lahir :
		Ruang/Kelas :
		DPJP Utama :
		Dokter Rawat : 1. 2. 3.
Tanggal & Jam	Catatan Asuhan Medis Oleh Dokter Berdasarkan Subjektif, Objektif, Assesment, Planning (SOAP)	Catatan Perkembangan Tenaga Kesehatan Lain (Diisi Oleh Tenaga Kesehata Lain Secara Ringkas)

C. Dokumentasi Perawatan Dirumah Keluarga

Perawatan di rumah adalah sector pelayanan kesehatan yang paling cepat berkembang saat ini dan akan terus berkembang. Faktor-faktor yang mempengaruhi perkembangan ini adalah :

1. Kemajuan teknologi medis yang meningkatkan harapan hidup dan memindahkan perawatan orang sakit ke rumah
2. Pasien lebih suka jika perawatan kesehatan mereka diberikan di rumah
3. Tuntutan dari sumber penggantian biaya yang mengharuskan perawat mengurangi biaya sambil memperluas akses pelayanan di beragailingkungan
4. Agen pelayanan kesehatan di rumah ditekankan untuk memberi pelayanan yang efisien, berkualitas tinggi dan biaya perawatan yang efektif. Masalah yang terbesar ketika memberi pelayanan jenis ini adalah banyaknya waktu yang dihabiskan perawat untuk membuat dokumentasi.

Dokumentasi perawatan di rumah penting karena:

1. Perawatan diberikan di rumah pasien dan karena itu tidak disaksikan oleh siapapun kecuali oleh orang yang memberikan perawatan, pasien dan mungkin keluarga pasien
2. Catatan merupakan landaan perawatan berdasarkan bukti dan program penatalaksanaan kualitas lembaga
3. Karena catatan adalah satu-satunya cara untuk mengidentifikasi perawatan yang diberikan di rumah
4. Pencatatan komprehensif diperlukan untuk komunikasi yang akurat dan untuk kontinuitas perawatan. Tim perawatan di rumah terdiri dari: perawat, ahli gizi, dokter bahkan petugas sosial.

Lingkup perawatan di rumah meliputi jenis pelayanan, suplai dan peralatan yang diperlukan, frekuensi kunjungan, prognosis, potensi rehabilitasi, keterbatasan fungsi, status mental, aktivitas yang diizinkan, kebutuhan nutrisi, medikasi, prosedur yang akan dilakukan, tindakan keselamatan, instruksi rujukan, tindakan pencegahan, kontraindikasi.

Sedangkan informasi fisiologis yang harus didokumentasikan yaitu:

1. Tanda-tandavital
2. Keluhanutama
3. Deskripsi kondisi pasien, perubahan kondisi, keluhan lain, potensi komplikasi yang berhubungan dengan diagnosis dan keutuhan yang teridentifikasi
4. Pengobatan, medikasi, intervensi keperawatan, dan hasil yang diharapkan
5. Penyuluhan pasien termasuk instruksi verbal dan tertulis serta demonstrasi yang diberikan
6. Demonstrasi ulang dan verbalisasi pemahaman terhadap instruksi dari pasien dan keluarga
7. Hasil pasien, respons terhadap pengobatan dan reaksi keluarga

Berikut contoh dokumentasi :

PENGKAJIAN KEPERAWATAN KELUARGA

Fasilitas Yankes		No. Register									
Nama perawat yang mengkaji		Tanggal Pengkajian									
1. DATA KELUARGA											
Nama kepala keluarga		Bahasa sehari-hari									
Alamat rumah & Telp		Jarak yankes terdekat									
Agama & Suku		Alat transportasi									
DATA ANGGOTA KELUARGA											
No	Nama	Hub	Umur	JK	Suku	Pendidikan	Pekerjaan	Sttus gizi	TTV	Sttus	Alat bantu /
Dgn KK	imunisasi				Protesa dasar						
LANJUTAN											

No	Nama	Penampilan Umum	Status Kesehatan saat ini	Riwayat penyakit	Analisa masalah

2. DATA PENGKAJIAN INDIVIDU YANG SAKIT (terlampir)	
3. DATA PENUNJANG KELUARGA	
Rumah dan Sanitasi Lingkungan	PHBS Di Rumah Tangga
Kondisi Rumah :	Jika ada Bunifas, Persalinan ditolong oleh tenaga kesehatan :

.....	Ya/Tidak *
Ventilasi :	Jika ada bayi, Memberi ASI eksklusif :
Cukup/Kurang* :	Ya/Tidak *
.....	Jika ada balita, menimbang balita setiap bulan :
.....	Ya/Tidak *
Pencahayaan Rumah :	.....
Baik/Tidak* :	Menggunakan air bersih untuk makan dan minum :
.....	Ya/Tidak *
.....
Saluran Buang Limbah :	Menggunakan air bersih untuk kebersihan diri :
Baik/Cukup/Kurang	Ya/Tidak *
.....
.....	Mencuci tangan dengan air bersih & sabun :
Sumber Air Bersih :	Ya/Tidak*
Sehat/TidakSehat*	Melakukan pembuangan sampah pada tempatnya :
.....	Ya/Tidak *
.....	Menjaga lingkungan rumah tampak bersih :
Jamban Memenuhi Syarat :	Ya/Tidak *
Ya/Tidak* .....	.....
.....	Mengonsumsi lauk dan pauk setiap hari :
.....	Ya/Tidak *
Tempat Sampah :	.....
Ya/Tidak*	Menggunakan jamban sehat :
.....	Ya/Tidak*
.....	Memberantas jentik dirumah sekali seminggu :
Rasio Luas Bangunan Rumah Dengan Jumlah ANggota Keluarga	Ya/Tidak *
8m ² /orang: Ya/Tidak*	Makan buah dan sayur setiap hari :
.....	Ya/Tidak *
.....	Melakukan aktivitas fisik setiap pagi:
	Ya/Tidak*
	Tidak merokok didalam rumah :
	Ya/Tidak*

4. KEMAMPUAN KELUARGA MELAKUKAN TUGAS PEMELIHARAAN KESEHATAN ANGGOTA KELUARGA	

1. Adakah perhatian keluarga kepada anggotanya yang menderita skait : Ada
Tidak karena :.....
2. Apakah keluarga mengetahui maslaah kesehatan yang dialami anggota dalam keluarganya
:
Ya Tidak :....
3. Apakah keluarga mengetahui penyebab masalah kesehatan yang dialami anggota dalam keluarga : Ya Tidak
4. Apakah keluarga mengetahui tanda dan gejala masalah kesehatan yang dialami anggota dalam keluarganya: Ya Tidak
5. Apakah keluarga mengetahui akibat masalah kesehatan yang dialami anggota dalam keluarganya bila tidak diobati.dirawat : Ya Tidak
6. Pada siapa keluarga biasa menggali informasi tentang masalah kesehatan yang dialami anggota keluarganya :Keluarga Tetangga Kader Tenaga kesehatan, Yaitu
7. Keyakinan keluarga tentang masalah keluarga yang dialami anggota keluarganya : Tidak perlu ditangani karena akan sembuh sendiri Perlu berobat ke fasilitas yankes Tidak berpikir
8. Apakah keluarga melakukan upaya peningkatan kesehatan yang dialami anggota keluarganya secara aktif :
Ya, Tidak, Jelaskan.....
9. Apakah keluarga mengetahui kebutuhan pengobatan masalah kesehatan yang dialami anggota keluarganya

Ya, Tidak, Jelaskan.....

10. Apakah keluarga dapat melakukan cara merawat anggota keluarga dengan masalah kesehatan yang dialaminya :

Ya, Tidak, Jelaskan.....

11. Apakah keluarga dapat melakukan pencegahan masalah kesehatan yang dialami anggota keluarganya :

Ya, Tidak, Jelaskan.....

12. Apakah keluarga mampu memelihara atau memodifikasi lingkungan yang mendukung kesehatan anggota keluarga yang mengalami masalah kesehatan:

Ya, Tidak, Jelaskan.....

13. Apakah keluarga mampu menggali dan memanfaatkan sumber di masyarakat untuk mengatasi masalah kesehatan anggota keluarganya:

Ya, Tidak, Jelaskan.....

KRITERIA KEMANDIRIAN KELUARGA

1. Menerima petugas puskesmas
2. Menerima yankes sesuai rencana
3. Menyatakan masalah kesehatan secara benar
4. Melaksanakan perawatan sederhana sesuai anjuran
5. Melaksanakan tindakan pencegahan secara aktif
6. Melaksanakan tindakan promotive secara aktif

Kesimpulan :

- Kemandirian I : Jika memenuhi kriteria 1 & 2
- Kemandirian II : Jika memenuhi kriteria 1 s.d 5
- Kemandirian III : Jika memenuhi kriteria 1 s.d 6

Latihan Kasus

Berikut ini adalah latihan dalam penyelesaian kasus, silahkan Anda simak dan

cermati.

KASUS

Klien bernama Tn. Z berusia 32 tahun, dengan nomor rekam medik 01405681, jenis kelamin laki – laki, beragama Islam, belum menikah, pekerjaan pegawai swasta, pendidikan terakhir SMA dan bertempat tinggal di Kelapa dua tugu cimanggis depok, sumber informasi dari klien, keluarga dan status rekam medik. Klien masuk RS X pada tanggal 30 Juli 2017.

Keluhan utama klien saat dilakukan pengkajian tanggal 30 Juli 2017 nyeri di daerah perut kuadran kanan atas dan dibelakang tengah, faktor pencetus berubah posisi dan melakukan aktifitas sedang seperti berjalan, karakteristik nyeri panas dengan skala nyeri 8, intensitas 30 menit, timbul keluhan mendadak. Nyeri semakin berat bila klien beraktifitas sedang seperti berjalan dan berkurang saat klien tiduran dengan posisi semi fowler dan setelah diberikan obat Paracetamol 2 x 500 mg via oral. Klien mual, tidak selera makan, perut terasa begah, berat badan turun 2 kg, makanan habis ½ porsi. Klien mengatakan minum dalam sehari kurang lebih 1 ½ liter.

Hasil pemeriksaan fisik di dapatkan data : Keadaan umum : sedang, kesadaran : composmentis, GCS : 15 (E : 4, M : 6, V : 5), klien meringis sambil memegang bagian yang nyeri perut kanan atas. Tekanan darah : 100/70 mmHg, nadi : 128 x/menit, pernafasan : 22 x/menit, Suhu : 36.3°C. BB saat ini: 57 kg, BB sebelum sakit: 59 Kg, tinggi badan 164 cm, BBI : 57.6-70.4 kg. Makanan yang di sajikan habis ½ porsi, LILA : 24 cm, lingkar perut : 90 cm, konjungtiva anemis, warna kulit pucat, akral dingin, sklera ikterik, CRT : 4 detik. Pemeriksaan inspeksi permukaan Abdomen asites, auskultasi : Peristaltik (+), bising usus 8 x/menit, palpasi : Perut kembung, nyeri tekan di rasakan pada kuadran kanan atas, terdapat pembesaran hepar/hepar teraba, perkusi : Dullness pada daerah kanan atas, timpani pada kuadran yang lain.

PETUNJUK JAWABAN LATIHAN KASUS

Langkah 1

Selanjutnya silahkan saudara memasukkan data kedalam format triase pasien gawat darurat. Pertama saudara terlebih mengisi identitas pasien dengan menggunakan format berikut ini,

TRIASE PASIEN GAWAT DARURAT

Triase dilakukan segera setelah pasien datang dan sebelum pasien/keluarga mendaftar di TPP IGD

Nomor RM :

Nama :

Tanggal Lahir :

Jenis Kelamin :

(Bila ada, bisa stempel Stiker Identitas Pasien)

Setelah mengisi format identitas pasien, hasilnya dapat dilihat seperti dibawah ini :

TRIASE PASIEN GAWAT DARURAT

Triase dilakukan segera setelah pasien datang dan sebelum pasien/keluarga mendaftar di TPP IGD

Nomor RM : 01405681

Nama : Tn. Z

Tanggal Lahir : 1 Maret 1985

Jenis Kelamin : Laki-laki

(Bila ada, bisa stempel Stiker Identitas Pasien)

Langkah 2

Selanjutnya langkah kedua yaitu mengisi format triase pasien gawat darurat

TRIASE PASIEN GAWAT DARURAT

Triase dilakukan segera setelah pasien datang dan sebelum

pasien/keluarga mendaftar di TPP IGD

Nomor RM : 01405681

Nama : Tn. Z

Tanggal Lahir : 1 Maret 1985

Jenis Kelamin : Laki-laki

(Bila ada, bisa stempel Stiker Identitas Pasien)

Setelah mengisi format triase pasien gawat darurat hasilnya seperti dibawah ini

:

IDENTITAS	No. Rekam medis : Diagnosa Medis
	Nama : Jenis Kelamin : L/P Umur :
	Agama : Status Perkawinan : Pendidikan :
	Pekerjaan : Sumber Informasi : Alamat :
TRIAGE 	
GENERAL IMPRESSION	
Keadaan Umum :	
Orientasi (Tempat, Waktu, dan Orang): <input type="checkbox"/> Baik <input type="checkbox"/> Tidak baik	
AIRWAY	Diagnosa Keperawatan
Jalan nafas : <input type="checkbox"/> Paten <input type="checkbox"/> Tidak	Kriteria Hasil : Intervensi : 1. 2. 3.
Pasien Obstruksi : <input type="checkbox"/> Lidah <input type="checkbox"/> Cairan <input type="checkbox"/> Benda	
Asing <input type="checkbox"/> N/A	
Suara Nafas : <input type="checkbox"/> Snoring <input type="checkbox"/> Gurfling Keluhan lain:	
BREATHING	Diagnosa Keperawatan
Gerakan dada : <input type="checkbox"/> Simetris <input type="checkbox"/> Asimetris	Kriteria Hasil : Intervensi :
Irama Nafas : <input type="checkbox"/> Cepat <input type="checkbox"/> Dangkal <input type="checkbox"/> Normal	
Pola Nafas <input type="checkbox"/> Teratur <input type="checkbox"/> Tidak	
Reaksi Otot Dada <input type="checkbox"/> Ada <input type="checkbox"/> N/A	
Sesak Nafas <input type="checkbox"/> Ada <input type="checkbox"/> N/A	
PRIMARY SURVEY	

	RR : x.menit Keluhan Lain :	
	CIRCULATION	
	Nadi : x/menit <input type="checkbox"/> Teraba <input type="checkbox"/> Tidak teraba Sianosis <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak CRT <input type="checkbox"/> < 2 detik <input type="checkbox"/> > 2 detik Pendarahan <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak Keluhan lain :	Kriteria Hasil : Intevensi : 1. 2. 3.
PRIMARY SURVEY	DISABILITY	Diagnosa Keperawatan
	Respon : <input type="checkbox"/> Alert <input type="checkbox"/> Verbal <input type="checkbox"/> Pain <input type="checkbox"/> Unrepon Kesadaran : <input type="checkbox"/> CM <input type="checkbox"/> Delirium <input type="checkbox"/> Somnolen GCS : <input type="checkbox"/> Eye <input type="checkbox"/> Verbal <input type="checkbox"/> Motorik Refleks Cahaya : <input type="checkbox"/> Ada <input type="checkbox"/> Tidak Keluhan lain	Kriteria Hasil : Intervensi : 1. 2. 3.
	EXPOSURE	Diagnosa Keperawatan
	Deformitas <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak Contuiso <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak Abrasi <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak Penetrasi <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak Laserasi <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak Edema <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak Keluhan lain :	Kriteria Hasil : Intervensi : 1. 2. 3.
SECONDAR	ANAMNESA	Diagnosa Keperawatan
	Riwayat Penyakit Saat Ini : Alergi :	Kriteria Hasil : Intervensi : 1.

Medikasi : Makan Terakhir : Riwayat Penyakit Sebelumnya : Kejadian : Tanda-Vital : TD : N : S : RR : Pemeriksaan Fisik (Head to toe)	2. 3.
PEMERIKSAAN DIAGNOSTIK	<input type="checkbox"/> RONTGEN <input type="checkbox"/> CT-Scan <input type="checkbox"/> USG <input type="checkbox"/> EKG <input type="checkbox"/> ENDOSKOPI <input type="checkbox"/> Lain-lain ...
Tanggal Pengkajian : Jam : Keterangan	Tanda Tangan Pengkaji ()

JAWABAN

TRIASE PASIEN GAWAT DARURAT

Nomor RM : 01405681

Nama : Tn. Z

Tanggal Lahir : 1 Maret 1985

Jenis Kelamin : Laki-laki

(Bila ada, bisa stempel Stiker Identitas Pasien)

IDENTITAS	No. Rekam medis :01405681 Diagnosa Medis :	
	Nama :Tn.Z Jenis Kelamin : L Umur : 32 th Agama :Islam Status Perkawinan : Menikah Pendidikan : SMA Pekerjaan : Sumber Informasi :Keluarga Alamat :	
PRIMAR	TRIAGE ■ ■ <input checked="" type="checkbox"/> ■ ■	
	GENERAL IMPRESSION	
	Keadaan Umum :	
	Orientasi (Tempat, Waktu, dan Orang): <input type="checkbox"/> Baik <input type="checkbox"/> Tidak baik	
	AIRWAY	Diagnosa Keperawatan
	Jalan nafas : <input checked="" type="checkbox"/> Paten <input type="checkbox"/> Tidak Pasien Obstruksi : <input type="checkbox"/> Lidah <input type="checkbox"/> Cairan <input type="checkbox"/> Benda Asing <input checked="" type="checkbox"/> N/A Suara Nafas : <input type="checkbox"/> Snoring <input type="checkbox"/> Gurfling Keluhan lain:	Kriteria Hasil : Intervensi : 1. 2. 3.
	BREATHING	Diagnosa Keperawatan
	Gerakan dada : <input checked="" type="checkbox"/> Simetris <input type="checkbox"/> Asimetris Irama Nafas : <input checked="" type="checkbox"/> Cepat <input type="checkbox"/> Dangkal <input type="checkbox"/> Normal Pola Nafas <input type="checkbox"/> Teratur <input type="checkbox"/> Tidak Reaksi Otot Dada <input checked="" type="checkbox"/> Ada <input type="checkbox"/> N/A Sesak Nafas <input checked="" type="checkbox"/> Ada <input type="checkbox"/> N/A RR : 22 x.menit Keluhan Lain :	Kriteria Hasil : Intervensi :
CIRCULATION		
Nadi : x/menit <input checked="" type="checkbox"/> Teraba <input type="checkbox"/> Tidak teraba Sianosis <input checked="" type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak CRT <input type="checkbox"/> < 2 detik <input type="checkbox"/> > 2 detik Pendarahan <input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak Keluhan lain :	Kriteria Hasil : Intevensi : 1. 2. 3.	
DISABILITY	Diagnosa Keperawatan	
Respon <input checked="" type="checkbox"/> : Aler <input type="checkbox"/> Verbal <input type="checkbox"/> Pain <input type="checkbox"/> Unrepon	Kriteria Hasil : Intervensi :	

	Kesadaran ✓ : CM <input type="checkbox"/> Delirium <input type="checkbox"/> Somnolen GCS : <input type="checkbox"/> Eye <input type="checkbox"/> Verbal <input type="checkbox"/> Motorik Refleks Cahaya <input checked="" type="checkbox"/> : Ada <input type="checkbox"/> Tidak Keluhan lain	1. 2. 3.
	EXPOSURE	Diagnosa Keperawatan
	Deformitas <input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak Contuiso <input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak Abrasi <input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak Penetrasi <input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak Laserasi <input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak Edema <input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak Keluhan lain :	Kriteria Hasil : Intervensi : 1. 2. 3.
SECONDARY SURVEY	ANAMNESA	Diagnosa Keperawatan
	Riwayat Penyakit Saat Ini : Alergi : Tidak ada Medikasi : Paracetamol Makan Terakhir : Riwayat Penyakit Sebelumnya : Kejadian : Tanda-Vital : TD : 100/70 mmHg N : 128x/menit	Kriteria Hasil : Intervensi : 1. 2. 3.

	S : 36,7°C RR : 22x/menit Pemeriksaan Fisik (Head to toe)	
	PEMERIKSAAN DIAGNOSTIK	<input type="checkbox"/> RONTGEN <input type="checkbox"/> CT-Scan <input type="checkbox"/> USG <input type="checkbox"/> EKG <input type="checkbox"/> ENDOSKOPI <input type="checkbox"/> Lain-lain ...
	Tanggal Pengkajian : 30 Juli 2017 Jam : 08.00 Keterangan	Tanda Tangan Pengkaji (Ns. Hasian)

RINGKASAN

Dokumentasi di perawatan akut merupakan dokumentasi proses keperawatan pada tatanan pelayanan kesehatan yang dilaksanakan di perawatan akut. Dokumentasi di perawatan jangka panjang merupakan dokumentasi yang dilaksanakan pada pasien yang menjalani rawat inap lama (beberapa minggu, beberapa bulan, bahkan beberapa tahun sepanjang hidup atau selamapemulihan).

Dokumentasi perawatan dirumah telah menjadi alat pemngambilan alat keputusan dan alat informasi tidak hanya catatan harian untuk mendokumentasikan apa yang terjadi pada pasien. Pencatatan tidak hanya refleksi yag akurat tentang intervensi keperawatan, tetapi juga memberi jalan yang efektif tentang semua elemen dalam ketentuan perawatan dan analisis hasil.

TUGAS PRATIKA 1

Berikut ini akan diberikan beberapa pertanyaan jawablah pertanyaan dibaahini dengan singkat dan jelas

1. Apa sajakah komponen yang terdapat pada dokumentasi keperawatan akut :

Jawaban :
--

2. Ada berapa kelompok pasien dalam dokumentasi perawatan panjang ? coba sebutkan !

Jawaban

3. Pertanyaan apa saja yang anda ajukan saat wawancara dengan pasien di UGD ?

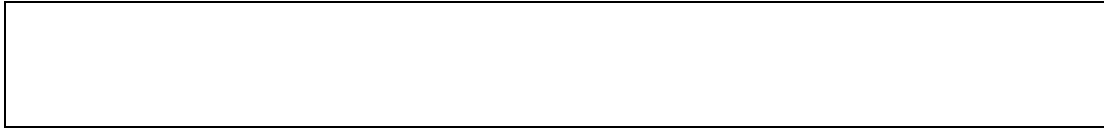
Jawaban :

4. Apa saja yang anda catat dalam lembar Catatan Perkembangan Pasien ?

Jawaban :

5. Informasi fisiologis apa saja yang harus didokumentasikan pada dokumentasi perawatan dirumah/keluarga ? coba sebutkan!

Jawaban :



TOPIK 2

DOKUMENTASI KEPERAWATAN DI POPULASI KHUSUS

Pada topik 2 ini anda akan mempelajari tentang dokumentasi keperawatan di populasi khusus, yaitu dokumentasi populasi anak (pediatrik), lansia, perinatal, psikiatrik. Dokumentasi populasi anak, berfokus pada masalah pertumbuhan dan perkembangan, aspek biopsikososial dan spiritual anak, pengkajian keluarga, orang tua dan orang yang berpengaruh lainnya, kaji kegiatan anak bermain. Dokumentasi populasi lansia mencakup perawatan yang diberikan di rumah sakit, di rumah dan di masyarakat.

Dokumentasi populasi perinatal, meliputi dokumentasi pada perawatan ibu, janin, bayi baru lahir dan keluarga. Dokumentasi perinatal meliputi dokumentasi antenatal, intranatal, dan pascanatal. Berfokus pada Pendidikan kesehatan, pencegahan cedera, dan pemulihan kesehatan.

Dokumentasi antenatal, yaitu dokumentasi pada proses keperawatan masa kehamilan. Yang penting dicatat adalah riwayat kesehatan komprehensif. Dokumentasi intranatal, dokumentasi proses keperawatan selama terjadinya proses kelahiran. Dokumentasi populasi psikiatri mencakup kedaruratan akut, perawatan jangka panjang, rawat jalan, perawatan di rumah.

Tujuan Umum

Setelah mempelajari topik 2 saudara diharapkan dapat mempraktekkan dokumentasi keperawatan di Populasi Khusus.

Tujuan Khusus

Setelah mempelajari topik 2 saudara secara khusus diharapkan dapat :

1. Mengidentifikasi format atau lembar dokumentasi pada anak (*pediatrik*)
2. Mengidentifikasi format atau lembar dokumentasi keperawatan pada maternitas/perinatal
3. Mengidentifikasi format atau lembar dokumentasi keperawatan pada psikiatri
4. Mengidentifikasi format atau lembar keperawatan pada keluarga dan komunitas

A. MENGIDENTIFIKASI FORMAT ATAU LEMBAR DOKUMENTASI KEPERAWATAN PADA POPULASI ANAK (PEDIATRIK)

Patricia (2005), peran perawat pediatrik adalah berfokus dalam membantu anak-anak memperoleh tingkat kesehatan yang optimal. Anak-anak mengalami masalah pelayanan kesehatan yang unik tergantung dari tingkat pertumbuhan dan perkembangan mereka. Perawat pediatrik bekerja dengan anak-anak dan keluarganya.

Konsep pelayanan kesehatan yang berpusat pada keluarga memakai nilai-nilai dan dinamika keluarga sebagai hal yang harus dipertimbangkan. Ketika membuat rencana asuhan perawat pediatrik harus mengkaji kesehatan anak dan keluarganya. Banyak *klien* pediatrik yang tidak dapat mengkomunikasikan kebutuhannya atau mengungkapkan rasanyeri.

Perawat harus sensitif terhadap bentuk komunikasi non verbal seperti tangisan, posisi tubuh, dan kontak mata. Ketidakmampuan bayi untuk berkomunikasi berarti perawat harus mengantisipasi kebutuhan anak.

Untuk merencanakan asuhan keperawatan anak, riwayat keperawatan harus terlebih dahulu. Alat pengkajian pediatrik berisi riwayat kesehatan, pengkajian fisik dan psikososial serta bagian yang berkaitan dengan rutinitas harian, diet, perkembangan motorik dan sensorik serta kebutuhan penyuluhan dan pemulangan. Informasi yang harus didokumentasikan dalam riwayat kesehatan pediatrik meliputi alasan utama mencari pelayanan kesehatan, hospitalisasi sebelumnya, riwayat dan tingkat perkembangan, kemungkinan adanya kelalaian dan penganiayaan, riwayat kelahiran, riwayat diet dan imunisasi.

Sebelum berlatih mendokumentasikan tahapan pengkajian dokumentasi keperawatan pada anak (*pediatrik*) saudara harus mengetahui format pengkajian perawatan pada anak (*pediatrik*).

Saat pembuatan modul teori saudara mempelajari tentang tahapan pengkajian perawatan pada anak yang terdiri dari identitas pasien, tanggal masuk rawat, tanggal pengkajian, dokter yang merawat, perawat primer, cara masuk (IRJ, Unit emergensi, Dokter pribadi), Pengkajian : data biografi, resume, riwayat kesehatan masa lalu, riwayat kesehatan keluarga, riwayat kesehatan lingkungan, riwayat kesehatan sekarang, pengkajian fisik, pemeriksaan penunjang, penatalaksanaan (therapy atau pengobatan termasuk diit yang menunjang masalah).

Berikut contoh format pengkajian keperawatan anak :

DEPARTEMEN KESEHATAN RI POLTEKES JAKARTA 1 JURUSAN KEPERAWATAN	NO RIM : NAMA KLIEN : TGL LAHIR/THN : JENIS KELAMIN :
PENGKAJIAN KEPERAWATAN PADA ANAK	Tgl masuk rawat : Tgl pengkajian :
Dokter yang merawat : Perawat primer :	Cara masuk : IRJ Unit Emergensi Dokter Pribadi

PENGKAJIAN

1. Data biografi

a. Identitas klien

- Nama klien (Initial) :
- Nama Panggilan :
- Tempat, tanggal lahir :
- Pendidikan :.....
- Jenis kelamin :
- Agama :.....
- Suku bangsa :
- Bahasa yang digunakan :

b. Identitas orangtua/wali (Initial)

Identitas	Ibu	Bapak	Anak
Nama			
Usia			
Pendidikan			
Pekerjaan			
Agama			
Suku/ Bangsa			
Alamat rumah yang mudah dihubungi			

2. Resume

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3. Riwayat Kesehatan Masa Lalu

a. Riwayat kehamilan dan Kelahiran

Dilakukan hanya kepada anak-anak dengan kasus-kasus tertentu :neonates dan bayi

1. Ante Natal			
1) Kesehatan ibu waktu hamil	Ya	Tidak	Ket
a. Hiperemesis Gravidarum			

<ul style="list-style-type: none"> b. Pendarahan Pervagina c. Anemia d. Penyakit Infeksi e. Pre Eklamsi/ Eklamsi f. Gangguan Kesehatan 			
<p>2) Pemeriksaan Kehamilan</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Teratur b. Diperiksa oleh c. Tempat pemeriksaan d. Immunisasi 			
<p>3) Riwayat Pengobatan Selama Kehamilan</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>			
<p>2. Masa Natal</p>			
<ul style="list-style-type: none"> a. Usia kehamilan saat kelahiran : b. Cara persalinan normal : c. Cara persalinan tidak normal : d. Ditolong oleh : e. Keadaan bayi saat : f. BB, TB, Lingkar kepala saat lahir : g. Pengobatan yang didapat : 			
<p>3. Neonatal</p>			
<ul style="list-style-type: none"> a. Cacat congenital : b. Icterus : 			

- c. Kejang :
- d. Paralisis :
- e. Perdarahan :
- f. Trauma persalinan :
- g. Penurunan BB :
- h. Pemberian ASI :
- i. Lain-lain :

- b. Riwayat Pertumbuhan dan Perkembangan (Apakah ada gangguan dalam proses tumbuh kembang anak , jelaskan)
 :.....

- c. Penyakit-penyakit yang pernah diderita :

- d. Pernah dirawat di rumah sakit :

 Obat-obatan :

- e. Tindakan(misalnya:Obat):

- f. Alergi:

- g. Kecelakaan:

.....

 h. **Immunisasi :**

.....

 i. **Kebiasaan sehari-hari (keadaan sebelum dirawat) :**

1	Pola Pemenuhan Kebutuhan Sehari-hari	
	a. ASI dan atau susu buatan <ol style="list-style-type: none"> 1. Lamanya pemberian 2. Waktu pemberian 3. Jenis susu buatan 4. Adakah kesulitan 	
	b. Makanan Padat <ol style="list-style-type: none"> 1. Kapan mulai diberikan 2. Cara pemberian 	
	c. Vitamin <ol style="list-style-type: none"> 1. Jenis vitamin 2. Berapa lama diberikan 	
	d. Pola makan dan minum <ol style="list-style-type: none"> 1. Frekuensi makan 2. Jenis makanan 3. Makanan yang disukai 4. Alergi makanan 5. Kebiasaan makan <ol style="list-style-type: none"> a. Bersama keluarga b. Makan sendiri c. Disuapo olej d. Dll 6. Waktu makan 	

	<p>7. Jumlah minum/ hari</p> <p>8. Frekuensi minum</p> <p>9. Kebiasaan minum</p>	
2	Pola tidur	
	<p>a. Lamanya tidur siang/ malam</p> <p>b. Kelainan waktu tidur</p> <p>c. Kebiasaan anak menjelang tidur</p> <p>1. Membaca</p> <p>2. Mendengar cerita</p> <p>3. Lain-lain</p> <p>d. Kebiasaan yang membuat anak nyaman tidur</p>	
3	Pola Aktivitas/ latihan/ OR/ bermain/ hobby	
4	Pola kebersihan diri	
	<p>a. Mandi</p> <p>1. Frekuensi : X/hari</p> <p>2. Sabun : Ya Tidak</p> <p>3. Bantuan: Ya Tidak</p> <p>b. Oral Hygiene</p> <p>1. Frekuensi : X/hari</p> <p>2. Waktu</p> <p>— Ya</p> <p>— Tidak</p> <p>— Malam</p> <p>— Setelah makan</p> <p>3. Cara</p> <p>— Sendiri</p> <p>— Dibantu</p> <p>4. Menggunakan pasta gigi</p> <p>— Ya</p> <p>— Tidak</p>	

	<p>c. Cuci rambut</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Frekuensi : X/hari 2. Shampoo <ul style="list-style-type: none"> – Sendiri – Dibantu <p>d. Berpakaian</p> <ul style="list-style-type: none"> – Sendiri – Dibantu 	
5	Pola Eliminasi	
	<p>a. BAB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Frekuensi : X/hari 2. Waktu <ul style="list-style-type: none"> – Pagi – Siang – Sore – Malam – Tidak tentu 3. Warna : 4. Bau : 5. Konsistensi : 6. Cara : 7. Keluhan : 8. Penggunaan laxative/ pencahar : 9. Kebiasaan pada waktu BAB <p>b. BAK</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Frekuensi : X/hari 2. Warna 3. Keluhan yang berhubungan dengan BAK 4. Kebiasaan ngompol 	
6	Kebiasaan lain-lain	

	a. Menggigit jari b. Menggigit kuku c. Menghisap jari d. Mempermainkan genital e. Mudah marah f. Dan lain-lain	
7	Pola Asuh	

4. Riwayat Kesehatan Keluarga

- a. Susunan keluarga (genogram 3 generasi hanya pada kasus-kasus tertentu)
- b. Riwayat penyakit keluarga

Riwayat Penyakit	Ayah/ Ibu	Saudara Kandung	Anggota Keluarga Lain
1. Penyakit yang pernah diderita			
2. Penyakit yang sedang diderita			
3. Analisa faktor penyakit (ginjal, DM, hipertensi, kanker, gangguan mental, alergi, dll)			

- c. Coping keluarga :

.....
.....

.....
d. System nilai

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

e. Spiritual

:.....
.....
.....
.....

5. Riwayat Kesehatan Lingkungan

a. Risiko Bahaya Kecelakaan

- Rumah :
- Lingkungan Rumah :

b. Polusi

Kemungkinan bahaya akibat polusi :

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

c. Tempat Bermain :

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

6. Riwayat Kesehatan sekarang

a. Riwayat Penyakit Sekarang

- Tanggal mulai sakit : Pukul :
- Keluhan Utama

:.....
.....
.....
.....

1. Terjadinya :
2. Lamanya :
3. Faktor Pencetusnya :
4. Upaya Untuk Mengurangi :
5. Cara Waktu Masuk :
 - Dokter :

- Puskesmas :
- RS :
- Lain-lain

b. Pengkajian Fisik Secara Fungsional

DATA SUBYEKTIF	DATA OBYEKTIF
1. Diisi keluhan klien atau keluarga saat ini/ saat pengkajian :	1. Data Klinik : a. Suhu : b. Nadi : c. Pernafasan : d. Tekanan Darah : e. Kesadaran : f. Lingkar Kepala : g. Lingkar Dada : h. Lingkar Lengan Atas
2. Nutrisi dan Metabolisme a. Nafsu makan / menyusui :..... b. Penurunan/peningkatan BB: c. Diit :..... d. Kulit : ▪ Perubahan warna : ▪ Gangguan penyembuhan : e. Intake dalam sehari ▪ Makan : ▪ Minum : ▪ Lain-lain : f. Mual :	2. Nutrisi dan Metabolisme : a. Mukosa mulut : 1. Warna 2. Lesi 3. Kelembaban 4. Kelainan palatum 5. Bibir 6. Gusi 7. lidah b. Gigi 1. Kelengkapan gigi : 2. Karang gigi : 3. Karies : c. BB : TB : d. Obesitas : e. Kulit :

<p>.....</p> <p>g. Dysphagia :</p> <p>h. Muntah :</p> <p>Jumlah.....</p>	<p>1. Integritas :</p> <p>2. Turgor :</p> <p>3. Tekstur :</p> <p>f. Sonde / NGT :</p>
<p>3. Respirasi/ Sirkulasi :</p> <p>a. Pernafasan</p> <p>1. Sesak nafas :</p> <p>2. Sputum :</p> <p>3. Batuk :</p> <p>b. Sirkulasi</p> <p>1. Sakit dada :</p> <p>2. Edema :</p>	<p>3. Respirasi/ Sirkulasi</p> <p>1. Suara pernafasan :</p> <p>2. Batuk :</p> <p>3. Batuk darah :</p> <p>4. Sputum :</p> <p>5. Ikteris :</p> <p>6. Sianosis :</p> <p>7. Penggunaan otot bantu nafas :</p> <p>8. Pernafasan cuping hidung :</p> <p>9. Edema :</p> <p>10. Palpasi :</p> <p>11. Pengisian kapiler :</p> <p>12. Temperature suhu :</p>
<p>4. Eliminasi</p> <p>a. Abdomen</p> <p>1. Kembung :</p> <p>2. Mules :</p> <p>3. Sakit/nyeri :</p> <p>b. BAB</p> <p>1. Bau :</p> <p>2. Warna :</p> <p>3. Lendir :</p> <p>4. Diare :</p> <p>5. Konsistensi :</p> <p>6. Inkontinensia :</p>	<p>4. Eliminasi</p> <p>a. Abdomen :</p> <p>1. Kembung :</p> <p>2. Lemas :</p> <p>3. Tegang/saku :</p> <p>4. Bising usus :</p> <p>5. Lingkar perut :</p> <p>b. BAB</p> <p>1. Bau :</p> <p>2. Warna :</p> <p>3. Lender :</p> <p>4. Konsistensi :</p>

<p>c. BAK</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jumlah : 2. Frekuensi : 3. Lender : 4. Diare : 5. Konsistensi : 6. Inkontinensia 	<ol style="list-style-type: none"> 5. Melena : 6. Frekuensi : <p>c. BAK</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kepekaan : 2. Warna : 3. Bau : 4. Kateter : 5. Frekuensi : 6. Lain-lain : <p>d. Rectum/anus :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Iritasi : 2. Atresia ani : 3. Prolapse : 4. Lain-lain :
<p>7. Aktivitas/Latihan :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Tingkat kekuatan/ketahanan : b. Kemampuan untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari 	<p>5. Aktivitas/ Latihan :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Keseimbangan berjalan : b. Kekuatan menggenggam : c. Bentuk kaki : d. Otot kaki : e. Kelemahan : f. Kejang : g. Lain-lain :
<p>8. Sensori/ Persepsi :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Pendengaran : b. Penglihatan : c. Penciuman : d. Perarahan : e. Pengecapan : 	<p>6. Sensori persepsi (sesuai dengan kasus)</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Reaksi terhadap rangsangan : b. Orientasi : c. Pupil : d. Konjungtiva/warna :

	e. Pendengaran : f. Penglihatan : g. Lain-lain :
7. Konsep Diri Apakah penyakit tersebut mempengaruhi pasien	7. Konsep Diri : a. Kontak mata b. Postur tubuh c. Perilaku
8. Tidur/ istirahat a. Jika tidur apakah merasa nyenyak b. Masalah atau gangguan tidur	8. Tidur/ istirahat : a. Tanda – tanda kurang tidur b. Lain-lain
9. Seksualitas / reproduksi a. Wanita : 1. Menstruasi : 2. Pemeriksaan buah dada b. Pria : 1. Tidak dapat ereksi 2. Sakit pada waktu BAB	9. Seksualitas / reproduksi : a. Wanita : 1. Benjolan pada buah dada b. Pria : 1. Kelainan skrotum 2. Hypospasia 3. Fimosis 4. Lain –lain

c. Dampak Hospitalisasi :

1. Pada anak

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

2. Pada keluarga

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

d. Tingkat perkembangan saat ini :

1. Motorik kasar

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

2. Motorik halus

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

3. Bahasa

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

4. Sosialisasi

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

7. Pemeriksaan penunjang (pemeriksaan diagnostik yang menunjang masalah) :

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

8. Penatalaksanaan (therapy / pengobatan termasuk diit yang menunjang masalah):

.....
.....

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

B. Mengidentifikasi format atau lembar dokumentasi keperawatan pada populasi perinatal

Dokumentasi keperawatan ini merupakan dokumentasi tatanan khusus dalam proses keperawatan yang ditulis berdasarkan kondisi *klien* yang meliputi perawatan pada ibu, janin, bayi baru lahir. Dokumentasi ini harus dibuat secara akurat, konsisten dan komprehensif sama dengan halnya dokumentasi keperawatan secara umum. Dokumentasi perinatal meliputi:

1. Dokumentasi antenatal; yaitu dokumentasi proses perawatan pada masa kehamilan dalam hal ini semua kegiatan perawatan yang diberikan kepada ibu hamil mulai dari kunjungan pre natal pertama sampai selanjutnya menjelang ibu melahirkan harus dicatat dalam dokumentasi keperawatan antenatal. Antara lain dicatat identitas, informasi penyakit sebelumnya, kehamilan sebelumnya, riwayat keluarga yang relevan, riwayat pengobatan ibu terhadap janin dan monitor keadaan janin (posisi, letak, jantung janin). Berikut adalah dokumentasi dokumentasi pada rekaman monitor janin : Gravida, paritas, Kondisi risiko tinggi, Tujuan pemantauan, Tanda-tanda vital, Obat-obatan, Anestesia, Gerakan janin, Denyut jantung janin/DJJ terauskultasi, Jenis kelamin janin, Taksiran partus, Cara pemantauan, Status membran, Gerakan ibu, Pemeriksaan vagina, Waktu kelahiran, Skor Apgar, Intervensi lain yang dapat mempengaruhi rekaman DJJ.
2. Dokumentasi intranatal, merupakan dokumentasi selama terjadinya proses kelahiran. Fokus pengkajian pada saat masuk, keadaan fisik dan emosi, proses persalinan (lama dan cara persalinan, kondisi janin, APGAR).

3. Dokumentasi pasca natal, merupakan dokumentasi setelah terjadinya proses kelahiran. Hal-hal yang didokumentasikan antara lain: masalah nifas, perdarahan pasca natal, kondisi ibu, kondisi bayi (tali pusar) dan lain-lain.

Berikut contoh format :

ASUHAN KEPERAWATAN MATERNITAS FORMAT PENGKAJIAN IBU HAMIL

I. Biodata

A. Identitas Ibu

Nama :
Umur :
Agama :
Kebangsaan :
Status Perkawinan :
Pendidikan :
Pekerjaan :
Alamat :
No. CN :
DX :
Tanggal masuk :
Tanggal pengkajian :

B. Identitas suami

Nama :
Umur :
Agama :

Kebangsaan :
Pendidikan :
Pekerjaan :

Alamat :

II. Riwayat Kesehatan Saat Ini

- A.** Keluhan Utama

- B.** Riwayat Penyakit Sekarang

- C.** Riwayat Kesehatan Yang Lain

- D.** Riwayat Kesehatan Keluarga

- E.** Riwayat Perkawinan

- F.** Riwayat Menstruasi

- G.** Riwayat Persalinan Yang Lain

- H.** Riwayat Ginekologi

- I.** Pola Kebiasaan
 - 1. Pola Nutrisi :

 - 2. Pola Euminasi :

 - 3. Pola Istirahat dan Tidur :

 - 4. Pola Kebersihan Diri :

 - 5. Pola Aktivitas :

J. Riwayat Psikologis

K. Riwayat Sosial

L. Riwayat Spiritual

III. Pemeriksaan Umum

- A. Keadaan Umum :
- B. Kesadaran :
- C. TTV :
 - Tekanan darah:
 - Nadi :
 - Pernafasan :
 - Suhu :
- D. Berat Badan :
- E. TTP :
- F. Status Obstretic :
- G. Gerakan Janin :

IV. Pemeriksaan Khusus

- A. Inspeksi
 - Kepala :
 - Mata :
 - Leher :
 - Payudara :
 - Paru-paru :
 - Abdomen :
- B. Palpasi
 - Lepoid I :
 - Lepoid II :
 - Lepoid III :
 - Lepoid IV :

V. Laboratorium

A. Pemeriksaan Hematologi Dara Rutin

WBC :

HGB :

PLT :

B. Foto Abdomen :

VI. Therapy/ Pengobatan

C. Mengidentifikasi format atau lembar dokumentasi keperawatan pada populasi psikiatrik

Penyakit psikiatri adalah gangguan fungsi yang meliputi lebih dari satu faktor penyebab. Faktor yang mungkin saling berhubungan ini didasarkan pada beberapa situasi, antara lain: faktor biologis, psikodinamik, perilaku pembelajaran, dan faktor lingkungan sosial. Diagnosis masalah psikiatri dicapai melalui evaluasi neurologis dan teknik wawancara serta uji psikologis.

Terapi mencakup persetujuan mengenai tujuan perawatan dan partisipasi aktif pasien. Metode yang sering digunakan adalah konseling, medikasi dan modifikasi perilaku. Hospitalisasi bergantung pada sifat dan keseriusan gangguan sebaliknya pengobatan biasanya difokuskan pada rawat jalan (Marrelli, 2008). Dokumentasi populasi psikiatrik mencakup kedaruratan akut, perawatan jangka panjang, rawat jalan, perawatan di rumah. Dokumentasi psikiatri merupakan dokumentasi tatanan khusus dalam proses keperawatan yang ditujukan pada semua tingkat usia yang mengalami gangguan mental atau masalah kesehatan jiwa.

D. Mengidentifikasi format atau lembar dokumentasi keperawatan pada populasi komunitas

Merupakan dokumentasi yang dilaksanakan pada pencatatan proses keperawatan di komunitas. Dokumentasi ini memberikan informasi tentang sistem pelayanan kesehatan di masyarakat, informasi tentang riset, serta informasi kesehatan masyarakat. Dokumentasi di komunitas mempunyai

komponen pengkajian, diagnosa keperawatan, rencana keperawatan, pelaksanaan dan evaluasi.

Latihan Kasus

Berikut ini adalah latihan dalam penyelesaian kasus, silahkan Anda simak dan cermati !

KASUS

Klien bernama An. R berusia 4 tahun, dengan nomor rekam medik 85 35 24, jenis kelamin laki – laki, beragama Islam, belum menikah, bertempat tinggal di Kelapa dua tugu cimanggis depok, sumber informasi dari klien, keluarga dan status rekam medik. Klien masuk RS Y pada tanggal 17 oktober 2016.

Klien datang melalui Unit emergensi RS. Y, Keluhan yang dialami klien yaitu seluruh tubuh nya membengkak, dan badan terasa lemas, klien mendapatkan obat therapy losartan 1 x 15 mg, methylpredinon 1 x16 mg, captopril 3 x 6,25 mg, lasix 2 x 15 mg.

Orang tua klien mengatakan bahwa anak nya saat ini sulit makan karena perutnya yang besar dan selalu merasa begah. Apabila diberi makan, An. R sangat rewel karena takut dengan perawat. Oleh karena itu, An. R selalu di ajak bermain saat jam makan. Saat ini bengkak pada tubuhnya berkurang , klien terpasang infus dan mendapatkan therapy losartan 1 x 15 mg, methylpredinon 1 x16 mg, captopril 3 x 6,25 mg, lasix 2 x 15 mg.

PETUNJUK JAWABAN LATIHAN KASUS

Selanjutnya silahkan saudara masukkan semua data ke dalam format pengkajian perawatan pada anak berikut ini.

FORMAT PENGKAJIAN PERAWATAN PADA ANAK

NOMOR RM :

NAMA KLIEN :

TGL LAHIR/THN :

JENIS KELAMIN :

Tanggal masuk rawat :	
Tanggal pengkajian :	
Dokter yang merawat:	Cara masuk : IRJ
Perawat primer :	Unit emergency
	Dokter pribadi

PENGKAJIAN

1. DATA BIOGRAFI

a. Identitas Anak

- Nama klien (initial).....
- Nama panggilan.....
- Tempat, tanggal lahir.....
- Pendidikan.....
- Jenis kelamin.....
- Agama
- Suku Bangsa.....
- Bahasa yang digunakan.....

b. Identitas Orang Tua/ Wali

Nama Ibu :

Nama Ayah :

Pendidikan Ibu/ Ayah : /

Pekerjaan Ibu/ Ayah : /

Agama :...../.....

Suku Bangsa :/.....

Alamat :

2. RESUME

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

JAWABAN :

Setelah mengisi format pengkajian perawatan pada anak hasilnya seperti di bawah

FORMAT PENGKAJIAN PERAWATAN PADA ANAK

NOMOR RM : 85 35 24 NAMA KLIEN : An. R TGL LAHIR/THN :17 Mei 2012 JENIS KELAMIN : Laki-laki	
Tanggal masuk rawat : 17 Oktober 2016 Tanggal pengkajian : 19 Oktober 2016	
Dokter yang merawat: Dr. Z Perawat primer : Ns. H	Cara masuk : IRJ Unit emergency ✓ Dokter pribadi

PENGKAJIAN

1. DATA BIOGRAFI

a. Identitas Klien

- Nama klien (initial) : An. R
- Nama panggilan : An. R
- Tempat, tanggal lahir : Jakarta, 17 Mei 2012
- Pendidikan : -
- Jenis kelamin : Laki – laki
- Agama : Islam
- Suku Bangsa : Jawa
- Bahasa yang digunakan : Indonesia

b. Identitas Orang tua/Wali

- Nama Ibu : Ny. K
- Nama Ayah : Tn. S
- Pendidikan Ibu/ Ayah : SD / SMP
- Pekerjaan Ibu/ Ayah:IRT / BURUH
- Agama : Islam / Islam
- Suku Bangsa : Jawa / Jawa

- Alamat : Kelapa dua

2. RESUME

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

Klien datang melalui Unit emergensi RS. Y, Keluhan yang dialami klien yaitu seluruh tubuhnya membengkak, dan badan terasa lemas, klien mendapatkan obat therapy losartan 1 x 15 mg, methylpredinon 1 x16 mg, captopril 3 x 6,25 mg, lasix 2 x 15 mg.

Orang tua klien mengatakan bahwa anaknya saat ini sulit makan karena perutnya yang besar dan selalu merasa begah. Apabila diberi makan, An. R sangat rewel karena takut dengan perawat. Oleh karena itu, An. R selalu di ajak bermain saat jam makan. Saat ini bengkak pada tubuhnya berkurang, klien terpasang infus dan mendapatkan therapy losartan 1 x 15 mg, methylpredinon 1 x16 mg, captopril 3 x 6,25 mg, lasix 2 x 15 mg.

RINGKASAN

Dokumentasi perawatan anak merupakan dokumentasi dalam proses keperawatan yang ditulis berdasarkan kondisi anak yang berusia mulai dari 28 hari sampai 18 tahun yang harus dicatat secara akurat, konsisten dan komprehensif.

Dokumentasi keperawatan ini merupakan dokumentasi tatanan khusus dalam proses keperawatan yang ditulis berdasarkan kondisi klien yang meliputi perawatan pada ibu, janin, bayi baru lahir. Dokumentasi ini harus dibuat secara akurat, konsisten dan komprehensif.

Dokumentasi populasi psikiatrik mencakup kedaruratan akut, perawatan jangka panjang, rawat jalan, perawatan di rumah. Dokumentasi psikiatri merupakan dokumentasi tatanan khusus dalam proses keperawatan yang ditujukan pada semua tingkat usia yang mengalami gangguan mental atau masalah kesehatan jiwa.

Dokumentasi di komunitas merupakan dokumentasi yang dilaksanakan pada pencatatan proses keperawatan di komunitas. Dokumentasi ini memberikan informasi tentang sistem pelayanan kesehatan di masyarakat, informasi tentang riset, serta informasi kesehatan masyarakat.

TUGAS PRAKTIKA II

1. Berisi tentang apa sajakah pengkajian pada pediatrik ? coba Anda sebutkan !

Jawaban :

2. Apa yang dimaksud dengan dokumentasi Antenatal, Intranatal dan Pasca natal ?

Jawaban :

3. Informasi apa saja yang harus didokumentasikan pada saat populasi pediatrik masuk rumah sakit ?

Jawaban :

- 4 Informasi apa saja yang akan di dapat dari populasi komunitas ? sebutkan !

Jawaban :

TOPIK 3

DOKUMENTASI KEPERAWATAN PADA KELOMPOK KHUSUS

Kelompok khusus adalah sekelompok masyarakat atau individu yang karena keadaan fisik, mental maupun sosial, budaya dan ekonominya perlu mendapatkan bantuan, bimbingan dan pelayanan kesehatan dan asuhan keperawatan, karena ketidakmampuan dan ketidaktahuan mereka dalam memelihara kesehatan dan keperawatan terhadap dirinya sendiri.

Tujuan Umum

Setelah mempelajari Topik 3, Anda diharapkan dapat menjelaskan dokumentasi keperawatan pada kelompok khusus.

Tujuan Khusus

Untuk mencapai tujuan pembelajaran umum di atas tujuan khusus dalam Topik 3, diharapkan Anda dapat menjelaskan dokumentasi pada kelompok khusus, salah satunya yaitu Mengidentifikasi format atau lembar dokumentasi keperawatan kelompok okupasi.

URAIAN MATERI

A. Mengidentifikasi format atau lembar dokumentasi keperawatan kelompok okupasi

Dokumentasi pada perawatan kelompok okupasi merupakan dokumentasi pada okupasi terapi (upaya penyembuhan melalui kesibukan atau pekerjaan tertentu). Dokumentasi ini merupakan bagian dari rehabilitasi medis.

Dokumentasi kelompok okupasi ini meliputi:

1. Terapi khusus untuk pasien gangguan mental atau gangguan jiwa
2. Terapi khusus untuk mengembalikan fungsi fisik, kekuatan otot, gerakan sendi dan koordinasi gerakan.

Jenis-jenis tindakan yang dapat digunakan sebagai terapi okupasi adalah:

1. Mengajari atau melakukan klien berolahraga
2. Membuat permainan
3. Membuat kerajinan tangan
4. Mengajari klien dalam melakukan aktivitas kehidupan sehari-hari.
5. Melakukan diskusi dengan klien dan lain-lain.

Sebelum berlatih mendokumentasikan tahapan pengkajian dokumentasi keperawatan kelompok okupasi, saudara harus mengetahui format pengkajian perawatan pada kelompok okupasi.

Saat pembuatan modul teori saudara mempelajari tentang tahapan pengkajian perawatan pada kelompok okupasi yang terdiri dari pengkajian, diagnosa keperawatan, rencana tindakan dan evaluasi.

Berikut contoh formulir pengkajian keperawatan kesehatan jiwa

FORMULIR PENGKAJIAN KEPERAWATAN KESEHATAN JIWA

RUANGAN RAWAT :

TANGGAL DIRAWAT :

I. IDENTITAS KLIEN

Inisial : (L/P)

Tanggal Pengkajian :

Umur :

RM No. :

Informan :

II. ALASAN MASUK

.....

III. FAKTOR PREDISPOSISI

1. Pernah mengalami gangguan jiwa di masa lalu? Ya Tidak
 2. Pengobatan sebelumnya Berhasil Kurang berhasil Tidak berhasil

3.		Pelaku/usia	korban/usia	saksi/usia
a.	Aniaya fisik	: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
b.	Aniaya seksual	: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
c.	Penolakan	: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
d.	Kekerasan dlm keluarga	: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
e.	Tindakan kriminal	: <input type="checkbox"/> .. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Jelaskan no.1,2,3 :

.....

Masalah keperawatan :

.....

4. Adakah anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa? Ya Tidak

Hubungan keluarga	Gejala	Riwayat pengobatan/perawatan
.....
.....
.....

Masalah Keperawatan :

5. Pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan

.....
.....

Masalah Keperawatan :.....

IV. FISIK

1. Tanda vital: TD :..... N :..... S : P:

2. Ukur: TB : BB :

3. Keluhan fisik : ya tidak

Jelaskan :

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

Masalah keperawatan :

.....
.....

V. PSIKOSOSIAL

1. Genogram

Jelaskan :

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

Masalah Keperawatan :

.....
.....

2. Konsep diri

a. Gambaran diri :

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

c. Identitas :

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

c. Peran :

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

d. Ideal diri :

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

e. Harga diri :

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

Masalah Keperawatan :

3. Hubungan Sosial

a. Orang yang berarti :

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

b. Peran serta dalam kegiatan kelompok / masyarakat :

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

c. Hambatan dalam berbuhungan dengan orang Lain :

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

Masalah keperawatan:

4. Spiritual

a. Nilai dan keyakinan :

.....
.....

b. Kegiatan ibadah :

.....
.....

Masalah Keperawatan :

VI. STATUS MENTAL

1. Penampilan

Tidak rapi Penggunaan pakaian tidak sesuai

Cara berpakaian tidak seperti biasanya

Jelaskan :

.....

Masalah keperawatan :

2. Pembicaraan

- Cepat Keras Gelisah Inkoheren
- Apatis Lambat Membisu
- Tidak mampu memulai pembicaraan

Jelaskan :

Masalah keperawatan :

3. Aktivitas motorik

- Lesu Tegang Gelisah Agitasi
- Tik Grimasen Tremor Kompulsif

Jelaskan :

Masalah keperawatan :

4. Alam perasaan

- Sedih Ketakutan Putus Asa
- Khawatir Gembira Berlebihan

Jelaskan :

Masalah Keperawatan :

5. Afek

- Datar Tumpul Labil Tidak Sesuai

Jelaskan :

Masalah Keperawatan :

6. Interaksi selama wawancara

- bermusuhan Tidak kooperatif Mudah tersinggung
 Kontak mata (-) Defensif Curiga

Jelaskan :

.....

Masalah Keperawatan :

7. Persepsi

- Pendengaran Penglihatan Perabaan
 Pengecapan Penghidu

Jelaskan :

.....

Masalah Keperawatan :

8. Proses Pikir

- Sirkumtamsial Tangensial Kehilangan Asosiasi
 Fight of idea Blocking Pengulangan pembicaraan

Jelaskan :

.....

Masalah Keperawatan :

9. Isi Pikir

- Obsesi Fobia Hipokondria
 Defersonalisasi Ide yang terkait Pikiran magis

Waham

- Agama Somatik Kebesaran Curiga
 Nihilistic Sisip pikir Siar pikir Kontrol pikir

Jelaskan :

.....
.....

Masalah Keperawatan :

10. Tingkat kesadaran

- Bingung Sedasi Stupor

Disorientasi

- Waktu Tempat Orang

Jelaskan :

.....
.....

Masalah Keperawatan :

11. Memori

- Gangguan daya ingat jangka panjang Gangguan daya ingat jangka pendek
 Gangguan daya ingat saat ini Konfabulasi

Jelaskan :

.....
.....

Masalah Keperawatan :

12. Tingkat konsentrasi dan berhitung

- Mudah beralih Tidak mampu berkonsentrasi
 Tidak mampu berhitung sederhana

Jelaskan :

.....
.....

Masalah Keperawatan :

13. Kemampuan penilaian

- Gangguan ringan Gangguan bermakna

Jelaskan :

.....
.....

Masalah Keperawatan :

14. Daya tilik diri

Mengingkari penyakit yang diderita Menyalahkan hal-hal diluar dirinya

Jelaskan :

.....
.....

Masalah Keperawatan :

VII. Kebutuhan Persiapan Pulang

1. Makan

Bantuan minimal Bantuan total

2. BAB / BAK

Bantuan minimal Bantuan total

Jelaskan :

.....
.....

Masalah Keperawatan :

3. Mandi

Bantuan minimal Bantuan total

4. Berpakaian / berhias

Bantuan minimal Bantuan total

5. Istirahat dan tidur

Tidur siang, lama :s/d.....

Tidur malam, lama :s/d.....

6. Penggunaan obat

Bantuan minimal Bantuan total

7. Pemeliharaan kesehatan

Perawatan lanjutan Ya Tidak

Perawatan pendukung Ya Tidak

8. Kegiatan di dalam rumah

Mempersiapkan makanan Ya Tidak

Menjaga kerapihan rumah Ya Tidak

Mencuci pakaian Ya Tidak

9. Kegiatan diluar rumah

Belanja Ya Tidak

Tranformasi Ya Tidak

Lain – lain Ya Tidak

Jelaskan :

.....
.....

Masalah Keperawatan :

VIII. Mekanisme Koping

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Adaptif | <input type="checkbox"/> Maladaptif |
| <input type="checkbox"/> Bicara dengan orang lain | <input type="checkbox"/> Minum alkohol |
| <input type="checkbox"/> Mampu menyelesaikan masalah | <input type="checkbox"/> Reaksi lambat/berlebih |
| <input type="checkbox"/> Tehnik relaksasi | <input type="checkbox"/> Bekerja berlebihan |
| <input type="checkbox"/> Aktifitas konstruktif | <input type="checkbox"/> Menghindar |
| <input type="checkbox"/> Olahraga | <input type="checkbox"/> Mencederai diri |
| <input type="checkbox"/> Lainnya :..... | <input type="checkbox"/> Lainnya :..... |

Masalah Keperawatan :

IX. Masalah Psikososial dan Lingkungan:

- Masalah dengan dukungan kelompok, spesifik
.....
- Masalah berhubungan dengan lingkungan, spesifik
.....
- Masalah dengan pendidikan, spesifik
.....
- Masalah dengan pekerjaan, spesifik
.....
- Masalah dengan perumahan, spesifik
.....
- Masalah ekonomi, spesifik
.....
- Masalah dengan pelayanan kesehatan, spesifik
.....
- Masalah lainnya, spesifik
.....

X. Pengetahuan Kurang Tentang

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Penyakit jiwa | <input type="checkbox"/> Sistem pendukung |
| <input type="checkbox"/> Faktor presipitasi | <input type="checkbox"/> Penyakit fisik |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Koping

Obat-obatan

Lainnya :

Masalah Keperawatan :

XI. Aspek Medik

Diagnosa Medik :

.....

Terapi Medik :

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

Perawat

(.....)

Latihan Kasus

Berikut ini adalah latihan dalam penyelesaian kasus, silahkan anda simak dan cermati !

KASUS

Klien bernama Tn. J masuk RSJD sejak tanggal 23 januari 2016, Klien berusia 23 tahun. Klien 1 tahun ini sering mengamuk, merusak barang, mencekik orang tua, sering melamun, bicara sendiri, tertawa sendiri, seering bicara kasar, dirantai ± 1 minggu. Lalu klien dibawa ke IGD RSJD oleh adik iparnya. Kemudian klien dibawa ke ruang Abimanyu untuk mendapatkan perawatan selanjutnya.

Selanjutnya silahkan saudara masukkan semua data ke dalam format pengkajian keperawatan jiwa. Pertama saudara terlebih mengisi identitas pasien dengan menggunakan FORMULIR PENGKAJIAN KEPERAWATAN KESEHATAN JIWA (seperti contoh).

Petunjuk Jawaban Latihan Kasus

Langkah I :

mengisi identitas pasien dengan menggunakan FORMULIR PENGKAJIAN KEPERAWATAN KESEHATAN JIWA berikut ini.

FORMULIR PENGKAJIAN KEPERAWATAN KESEHATAN JIWA

RUANGAN RAWAT : Abimanyu

TANGGAL DIRAWAT : 23 Januari 2016

I. IDENTITAS KLIEN

Inisial : Tn. J (L)

Tanggal Pengkajian : 25 Januari 2016

Umur : 23 tahun

RM No. : 54321

Informan :

II. ALASAN MASUK

Klien 1 tahun ini sering mengamuk, merusak barang, mencekik orang tua, sering melamun, bicara sendiri, tertawa sendiri, dan sering bicara kasar.

III. FAKTOR PREDISPOSISI

1. Pernah mengalami gangguan jiwa di masa lalu? Ya Tidak
2. Pengobatan sebelumnya Berhasil Kurang berhasil Tidak berhasil

3.

	Pelaku/usia	korban/usia	saksi/usia
a. Aniaya fisik :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
b. Aniaya seksual :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
c. Penolakan :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
d. Kekerasan dlm keluarga :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
e. Tindakan kriminal :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Jelaskan no.1,2,3 :

.....

.....

.....

.....

Masalah keperawatan :

.....
.....

4. Adakah anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa? Ya Tidak

Hubungan keluarga

Gejala

Riwayat pengobatan/perawatan

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

Masalah Keperawatan :

5. Pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan

.....
.....

Masalah Keperawatan :

IV. FISIK

1. Tanda vital: TD :..... N :..... S : P:

2. Ukur: TB : BB :

3. Keluhan fisik : ya tidak

Jelaskan :

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

Masalah keperawatan :

.....
.....

V. PSIKOSOSIAL

1. Genogram

Jelaskan :

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

Masalah Keperawatan :

.....
.....

2. Konsep diri

a Gambaran diri :

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

d. Identitas :

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

c. Peran :

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

d. Ideal diri :

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

e. Harga diri :

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

Masalah Keperawatan :

3. Hubungan Sosial

a. Orang yang berarti :

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

b. Peran serta dalam kegiatan kelompok / masyarakat :

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

c. Hambatan dalam berhubungan dengan orang Lain :

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

Masalah keperawatan:

4. Spiritual

a. Nilai dan keyakinan :

.....
.....

b. Kegiatan ibadah :

.....
.....

Masalah Keperawatan :

VII. STATUS MENTAL

6. Penampilan

Tidak rapi Penggunaan pakaian tidak sesuai

Cara berpakaian tidak seperti biasanya

Jelaskan :

Masalah keperawatan :

7. Pembicaraan

Cepat Keras Gelisah Inkoheren

Apatis Lambat Membisu

Tidak mampu memulai pembicaraan

Jelaskan :

Masalah keperawatan :

8. Aktivitas motorik

Lesu Tegang Gelisah Agitasi

Tik Grimasen Tremor Kompulsif

Jelaskan :

Masalah keperawatan :

9. Alam perasaan

Sedih Ketakutan Putus Asa

Khawatir Gembira Berlebihan

Jelaskan :

Masalah Keperawatan :

10. Afek

Datar Tumpul Labil Tidak Sesuai

Jelaskan :
.....

Masalah Keperawatan :

6. Interaksi selama wawancara

bermusuhan Tidak kooperatif Mudah tersinggung

Kontak mata (-) Defensif Curiga

Jelaskan :
.....

Masalah Keperawatan :

7. Persepsi

Pendengaran Penglihatan Perabaan
 Pengecapan Penghidu

Jelaskan :
.....

Masalah Keperawatan :

8. Proses Pikir

Sirkumtamsial Tangensial Kehilangan Asosiasi
 Flight of idea Blocking Pengulangan pembicaraan

Jelaskan :
.....

Masalah Keperawatan :

9. Isi Pikir

Obsesi Fobia Hipokondria

Defersonalisasi Ide yang terkait Pikiran magis

Waham

Agama Somatik Kebesaran Curiga
 Nihilistic Sisip pikir Siar pikir Kontrol pikir

Jelaskan :

.....
.....

Masalah Keperawatan :

10. Tingkat kesadaran

Bingung Sedasi Stupor

Disorientasi

Waktu Tempat Orang

Jelaskan :

.....
.....

Masalah Keperawatan :

11. Memori

Gangguan daya ingat jangka panjang Gangguan daya ingat jangka pendek
 Gangguan daya ingat saat ini Konfabulasi

Jelaskan :

.....
.....

Masalah Keperawatan :

12. Tingkat konsentrasi dan berhitung

Mudah beralih Tidak mampu berkonsentrasi
 Tidak mampu berhitung sederhana

Jelaskan :

.....
.....

Masalah Keperawatan :

13. Kemampuan penilaian

Gangguan ringan Gangguan bermakna

Jelaskan :

.....
.....

Masalah Keperawatan :

14. Daya tilik diri

Mengingkari penyakit yang diderita Menyalahkan hal-hal diluar dirinya

Jelaskan :

.....
.....

Masalah Keperawatan :

VII. Kebutuhan Persiapan Pulang

10. Makan

Bantuan minimal Bantuan total

11. BAB / BAK

Bantuan minimal Bantuan total

Jelaskan :

.....
.....

Masalah Keperawatan :

12. Mandi

Bantuan minimal Bantuan total

13. Berpakaian / berhias

Bantuan minimal Bantuan total

14. Istirahat dan tidur

Tidur siang, lama :s/d.....

Tidur malam, lama :s/d.....

15. Penggunaan obat

Bantuan minimal Bantuan total

16. Pemeliharaan kesehatan

Perawatan lanjutan Ya Tidak

Perawatan pendukung Ya Tidak

17. Kegiatan di dalam rumah

- | | | |
|-------------------------|-----------------------------|--------------------------------|
| Mempersiapkan makanan | <input type="checkbox"/> Ya | <input type="checkbox"/> Tidak |
| Menjaga kerapihan rumah | <input type="checkbox"/> Ya | <input type="checkbox"/> Tidak |
| Mencuci pakaian | <input type="checkbox"/> Ya | <input type="checkbox"/> Tidak |

18. Kegiatan diluar rumah

- | | | |
|-------------|-----------------------------|--------------------------------|
| Belanja | <input type="checkbox"/> Ya | <input type="checkbox"/> Tidak |
| Tranformasi | <input type="checkbox"/> Ya | <input type="checkbox"/> Tidak |
| Lain – lain | <input type="checkbox"/> Ya | <input type="checkbox"/> Tidak |

Jelaskan :

.....
.....

Masalah Keperawatan :

VIII. Mekanisme Koping

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Adaptif | <input type="checkbox"/> Maladaptif |
| <input type="checkbox"/> Bicara dengan orang lain | <input type="checkbox"/> Minum alkohol |
| <input type="checkbox"/> Mampu menyelesaikan masalah | <input type="checkbox"/> Reaksi lambat/berlebih |
| <input type="checkbox"/> Tehnik relaksasi | <input type="checkbox"/> Bekerja berlebihan |
| <input type="checkbox"/> Aktifitas konstruktif | <input type="checkbox"/> Menghindar |
| <input type="checkbox"/> Olahraga | <input type="checkbox"/> Mencederai diri |
| <input type="checkbox"/> Lainnya :..... | <input type="checkbox"/> Lainnya :..... |

Masalah Keperawatan :

IX. Masalah Psikososial dan Lingkungan:

- Masalah dengan dukungan kelompok, spesifik
.....
- Masalah berhubungan dengan lingkungan, spesifik
.....
- Masalah dengan pendidikan, spesifik
.....
- Masalah dengan pekerjaan, spesifik
.....
- Masalah dengan perumahan, spesifik
.....
- Masalah ekonomi, spesifik
.....
- Masalah dengan pelayanan kesehatan, spesifik
.....
- Masalah lainnya, spesifik

.....
X. Pengetahuan Kurang Tentang

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Penyakit jiwa | <input type="checkbox"/> Sistem pendukung |
| <input type="checkbox"/> Faktor presipitasi | <input type="checkbox"/> Penyakit fisik |
| <input type="checkbox"/> Koping | <input type="checkbox"/> Obat-obatan |
| <input type="checkbox"/> Lainnya : | |

Masalah Keperawatan :

XI. Aspek Medik

Diagnosa Medik :

.....

Terapi Medik :

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

Perawat

(.....)

RINGKASAN

Dokumentasi pada perawatan kelompok okupasi merupakan dokumentasi pada okupasi terapi (upaya penyembuhan melalui kesibukan atau pekerjaan tertentu).

TUGAS PRAKTIKA II

1. Jenis-jenis tindakan apa saja yang dapat digunakan sebagai okupasi ?

2.

2.	
----	--

--

3. Hal apa saja yang perlu di dokumentasikan pada pengkajian okupasi?

--

4. Faktor apakah yang mempengaruhi kesehatan lansia pada aspek biologis adalah?

5. Dokumentasi apa yang perlu pada kelompok lansia?

DAFTAR PUSTAKA

Olfah, Yustiana.[2013]. “Dokumentasi Keperawatan Pada Berbagai Tatanan Pelayanan Kesehatan”, <https://www.slideshare.net/pjkemenkes/modul-3-dokumentasi-keperawatan-kb-1>, diakses pada 13 september 2017 pukul 09:45

BAB III
PRAKTIKA DOKUMENTASI PADA PELAYANAN DAN
STRATEGIKHUSUS

Ns.Hasian Leniwita, M.Kep

PENDAHULUAN

Halo, selamat pagi, jumpa lagi dalam kesehatan ini Anda akan mempelajari BAB praktika dokumentasi pada pelayanan khusus dan strategi khusus. Saya yakin anda tentu sudah siap untuk mempelajarinya. Sebelumnya anda tentu telah mempelajari teori tentang dokumentasi pada pelayanan khusus dan strategi khusus.

Nah BAB ini membahas tentang bagaimana aplikasi atau penerapannya. Dokumentasi pada pelayanan khusus mencakup dokumentasi perioperatif, dokumentasi gawat darurat, dokumentasi perawatan kritis dan dokumentasi perawatan menjelang ajal. Sedangkan dokumentasi pada strategi khusus mencakup dokumentasi Pemberian Obat, dokumentasi Keperawatan Pemenuhan kebutuhan Oksigenasi, dokumentasi keseimbangan cairan elektrolit dan asam basa, dokumentasi kebutuhan nutrisi, dokumentasi eliminasi urin dan fekal, dokumentasi rasa aman dan nyaman, dokumentasi mobilisasi dan transportasi serta dokumentasi istirahat dan tidur

Pada BAB ini dapat Anda pelajari secara mandiri, dalam mempelajari BAB ini sebaiknya Anda pelajari secara bertahap, mulai dari materi pembelajaran pada Topik

1. Dokumentasi pada pelayanan khusus dan topik 2. Dokumentasi pada strategi khusus

Satu hal yang penting adalah membuat catatan tentang materi pembelajaran yang dirasakan sulit dipahami atau kurang mengerti. Cobalah terlebih dahulu mendiskusikan materi pembelajaran yang sulit dengan sesama perawat atau teman sejawat. Apabila masih dibutuhkan, Anda dianjurkan untuk mendiskusikannya dengan narasumber pada kegiatan pembelajaran tatap muka.

Di dalam BAB ini tersedia latihan dan tugas mandiri yang hendaknya semua latihan dan tugas ini Anda kerjakan dengan tuntas. Dengan mengerjakan semua tugas praktika yang ada, Anda akan dapat menilai sendiri tingkat penguasaan atau pemahaman terhadap materi pembelajaran yang disajikan dalam BAB ini. Selain itu juga akan dapat membantu Anda mengetahui bagian-bagian mana dari materi pembelajaran yang disajikan di dalam BAB yang masih belum sepenuhnya dipahami

Manfaat mempelajari BAB ini adalah membantu Anda untuk dapat menerapkan dokumentasi pada pelayanan khusus mencakup 1. Dokumentasi perioperatif 2. Dokumentasi gawat darurat 3. Dokumentasi di Perawatan kritis 4. Dokumentasi perawatan menjelang ajal. Sedangkan dokumentasi strategi khusus mencakup dokumentasi pada pemenuhan kebutuhan dasar manusia.

Perkiraan waktu yang dibutuhkan untuk mempelajari BAB ini adalah sekitar 3 x 170 menit. Oleh karena itu, Anda dapat membuat catatan mengenai hal-hal yang perlu didiskusikan pada waktu pelaksanaan kegiatan pembelajaran secara tatap muka.

Keberhasilan dalam mempelajari BAB ini tentunya sangat tergantung pada keseriusan Anda. Hendaknya Anda tidak segan-segan untuk bertanya tentang materi pembelajaran yang belum Anda pahami kepada nara sumber pada saat dilaksanakan kegiatan pembelajaran tatap muka, atau berdiskusi dengan teman. Semangat belajar yang tinggi dan senantiasa berdoa kepada Allah SWT, Insya Allah Anda akan berhasil dengan baik.

Selamat Belajar, dan semoga sukses !

TOPIK 1

PRAKTIKA DOKUMENTASIPADA PELAYANAN KHUSUS

Selamat berjumpa kembali di materi praktika dokumentasi keperawatan. Topik kali ini adalah dokumentasi pada pelayanan khusus, yang mencakup Dokumentasi Perioperatif, dokumentasi gawat darurat, dokumentasi perawatan kritis dan dokumentasi perawatan menjelang ajal.

Asuhan keperawatan yang diberikan pada setiap tatanan pelayanan harus didokumentasikan dengan jelas dan ringkas. Semua data yang dicatat adalah akurat dan tepat waktu.

Tiap-tiap tempat pelayanan pada umumnya menggunakan pendekatan yang sama, apakah anda masih mengungatnya? Ya, benar sekali pendekatan yang digunakan adalah dengan pendekatan proses keperawatan, namun demikian masing-masing tempat pelayanan tentunya juga memiliki kekhususan, berikut ini kita akan mengulas bagaimana dokumentasi pada pelayanan khusus tersebut.

Tujuan Umum

Setelah mempelajari modul ini mahasiswa mampu mendokumentasikan asuhan keperawatan pada pelayanan khusus.

Tujuan Khusus

Setelah mempelajari modul ini secara khusus mahasiswa mampu mendokumentasikan asuhan keperawatan pada pelayanan khusus yang mencakup :

- A. Dokumentasi Perioperatif
- B. Dokumentasi gawat darurat
- C. Dokumentasi perawatan kritis
- D. Dokumentasi perawatan menjelang ajal

URAIAN MATERI

A. Dokumentasi Perioperatif

Seiring dengan kemajuan teknologi, sedikit demi sedikit dokumentasi perioperatif juga mengalami perkembangan, antara lain metode dokumentasi menjadi lebih sistematis dan berorientasi pada kebutuhan pasien berkaitan dengan persiapan pembedahan, prosedur dan fase pemulihan.

Dokumentasi perioperatif lebih kompleks bila dibandingkan dengan perawatan inap lainnya, oleh karena itu dokumentasi yang dilakukan harus lengkap jelas dan konsisten. Dokumentasi perioperatif mencakup dokumentasi pre operatif, intra-operatif dan pasca operatif. Irama kerja dilingkungan perioperatif membutuhkan dokumentasi yang tepat waktu, singkat dan tepat. Oleh karena itu format yang digunakan untuk memenuhi semua itu harus mudah digunakan, konsisten dan komprehensif. Proses keperawatan harus terlihat mulai pasien masuk sampai aktu pemulangan.

Baiklah selanjutnya kita akan bahas dokumentasi pada tiap tahap pre operasi, intra operasi dan post operasi.

a. Pre operatif

Dokumentasi pre operatif sebagaimana halnya dokumentasi lainnya, pada dokumentasi pre operatif juga menggunakan pendekatan proses keperawatan, yaitu mulai dengan pengkajian, diagnosis, perencanaan, implementasi dan evaluasi, baik dokumentasi pada pasien yang menjalani pembedahan elektif maupun pembedahan darurat, jika waktu tidak

memungkinkan dokumentasi darurat, maka perawat harus membuat catatan tentang sifat darurat pembedahan yang dijalani pasien.

Proses pra masuk dimulai dengan wawancara, melalui wawancara data yang dikumpulkan pada pasien pre operasi antara lain adalah informasi yang berkaitan tentang kondisi pasien, pengetahuan pasien tentang kondisinya, sistem pendukung pasien dan rencana untuk periode pemulihan, pengumpulan sampel untuk test diagnostik dan test laboratorium. Contoh format pengkajian pre operatif.

Format ini mencantumkan daftar yang diperlukan individu untuk memfasilitasi dilakukannya pembedahan. Daftar tersebut antara lain mencakup hal-hal dasar seperti memverifikasi gelang identitas, memastikan bahwa pasien sudah dipuasakan, memastikan inform consent sudah ditandatangani, melakukan persiapan pembedahan dan mengamankan barang-barang berharga yang dibawa ke rumah sakit.

Sistem pendokumentasian yang juga digunakan pada pasien pre operasi adalah chek list, cheklist ini berfungsi untuk mengkomunikasikan informasi yang penting bagi perawat, seperti tingkat kesadaran, gangguan komunikasi, obat-obat yang digunakan dan lain-lain.

Berikut contoh checklist pre operatif.

Gambar 1.1

Catatan Perawat dan daftar periksa cepat prabedah.

(digunakan seizing Mercy Help System, Havertown, Penn)

Pre-Operation Assessment :

Date: _____ Time : _____ Allergies : _____

Level of Consciousness : ___Alert ___ Confused ___Unconscious

Restraints In Place : ___No ___ Yes Type : _____

Ability to Move Extremities: ___ No Difficulty ___ Other, Describe : _____

Skin : ___ Intact, ___ Other, Describe : _____

IV Therapy : Site/ Port-a- Cath : _____ Date Inserted : _____

___ Antibiotics Sent With Patient _____

RN Signature

PEDS ONLY

Weight : _____ **Ibs :** _____ **kg**

Loose Teeth **No :** _____ **Yes, Describe :** _____

Last Fluid Intake: _____ **AM/PM**

Last Solid Food Intake : _____ **AM/PM**

If Child Has a Runny Nose, Cough, Fever or Congestion : **Notify**

Pediatric Resedent of Anesthesia Sign/ Symptoms Present Physician

Notifields

RN Signature

b. Intraoperatif

Setelah anda mempelajari dan melakukan dokumentasi pre operatif, berikutnya adalah bagaimana dokumentasi intra operatif. Pertama adalah memverifikasi identitas pasien dan data demografi seperti nama pasien, alamat, nomor rekam medis, usia, tanggal lahir, suku, jenis kelamin, agama, jenis asuransi dan nama dokter yang memeriksa. Selain itu perlu juga dicatat riwayat alergi, diagnosis pra bedah, prosedur antisipasi, ahli bedah, metode anestesi serta jenis anestesi dan anestetis. Termasuk juga tim bedah , perawat *scrub*, *circulating* dan *relief*. Waktu kedatangan pasien dikamar operasi , alat transportasi dan alat keamanan yangmenyertainya. Riwayat informasi fisik, hasil tes laboratorium, ketersediaan darah. Prosedur yang akan dilakukan, bagian tubuh yang akan dioperasi. Catat juga tingkat kesadaran pasien, terutama pada saat persetujuan ditanda tangani, sampai pasien berbicara pada ahli bedahnya.

Adanya keterbatasan fisik, mental dan psikologis harus dikomunikasikan antara perawat pra bedah dan perawat kamar operasi. Contoh bila pasien dnegan gangguan pelnglihatan, instruksi yang diberikan bisa dilakukan secara verbal pada pasien tentang apa yang terjadi di sekitar pasien. Dokumentasi yang konsisten dan berfokus pada area intra operasi dapat dilihat pada Gambar 1.2

Gambar 1.2

mengeluarkan pons tersebut. “ Tergugat menyatakan bahwa pembedahan yang kedua dilakukan karena malfungsi gastroplastik yang pertama, bukan karena adanya spon”. Namun dokter dikenakan denda dan Rumah sakit bertanggung jawab 75% untuk total denda \$100.000

Oleh karena itu penting untuk menghitung alat sebagai tindakan keamanan bagi perawat di ruang operasi, demikian halnya institusi atau rumah sakit sebaiknya memiliki kebijakan secara spesifik apa yang harus dihitung.

Pemberian obat selama pembedahan merupakan tanggung jawab bersama tim, demikian halnya dengan perawat Perioperatif. Perawat bertanggung jawab untuk mencatat obat-obatan dan cairan yang ia berikan, mencakup catatan intake (asupan) dan out put (keluaran). Contoh kasus akibat kelalaian dalam pemberian cairan pada kasus berikut : “ ganti rugi yang sangat besar diberikan kepada seorang wanita yang menjalani prosedur miomektomi/ablas endometrium. Ahli bedah menggunakan cairan dibawah tekanan untuk mendilatasi uterus. Pasien mengalami kelebihan cairan yang kritis, menimbulkan henti jantung. “ Penggugat menyatakan bahwa perawat tergugat gagal memantau dengan tepat cairan infus selama prosedur,”

Jenis prosedur dan diagnosis pasca operasi seharusnya dicatat karena mungkin saja berbeda dengan prosedur dan diagnosis pre operasi. Berikut contoh dokumentasi :

Gambar 1.3

Catatan keperawatan intraoperative.

(Digunakan seizin Mercy Health System, Havertown, Penn.)

Times : Patient in OR at _____ Patients out at _____ Surgeon _____
Assistant _____ Other persons in the room _____
Scrub Nurses _____ in _____ out _____
_____ in _____ out _____
_____ in _____ out _____
Circulating Nurses _____ in _____ out _____
_____ in _____ out _____

_____ in _____ out _____

Medications ordered and given: _____

Irrigation _____ Solution _____ :

Physician's Signature _____

Vital Sign during Local Anesthesia :

Time						
Blood pressure	/	/	/	/	/	/
Pulse						
Respirations						
Pulse Oximeter						

POST-OP ASSESSMENT

Implants : ___ yes , ___ no, ___ recorded on progress notes, other _____

Drains :

- Penrose
- T-tube
- Sump
- Jackson Pratt
- Urinary Catheter _____

Packing

- chest tube
- nasal
- trans oral
- wound

Dressing

- 4 x 4's
- nasa
- band aids
- bias stockinet
- ace bandage
- foundation
- other
- plint xerofor
- brace
- webril
- splint
- st garment

Wound classification : ___ clean, ___ clean-contaminated,
___ contaminated, ___ infected

Skin condition : ___ good, ___ other, comments _____

Specimens: ___ yes, ___ no _____

Cultures : ___ yes, ___ no _____

Patient discharged : ___ RR, ___ icu, ___, room, ___ OP, report by _____

Via : ___ RR stretcher, ___ bed, ___ side rails up, ___ wheelchair,
___ ambulatory

Date : _____ Signature of circulating nurse _____ Patient Status _____

B. Dokumentasi gawat darurat

Apakah anda pernah bertugas diruang gawat darurat (UGD) atau mungkin mengantar keluarga ke unit gawat darurat? Apa yang anda perhatikan disana? Ya benar sekali, kegiatan disana memerlukan pemikiran kritis yang tinggi dan tindakan yang cepat dan tepat.

Perawat gawat darurat memiliki tanggung jawab yang penting dalam mengkoordinasikan perawatan pasien di dalam tim pelayan, sejak pasien masuk hingga pemulangan pasien.

Perawat gawat darurat harus mengkaji pasien mereka dengan cepat dan merencanakan intervensi serta berkolaborasi dengan dokter. Sekaligus mengimplementasikan rencana pengobatan, mengevaluasi efektifitas pengobatan, merevisi perencanaan dalam waktu yang singkat. Hal tersebut menjadi tantangan yang besar bagi perawat untuk membuat catatan yang akurat.

Kekhususan pada perawatan gawat darurat sesuai standar praktik keperawatan, bahwa perawat harus memberlakukan triase kepada setiap pasien yang masuk ke ruang gawat darurat dan menentukan prioritas kebutuhan fisik dan psikologis pasien.

Perawat triase harus berpengalaman praktik keperawatan umum, komunikasi yang baik, empati dan trampil dalam melakukan pengkajian dengan cepat.

Proses Triase mencakup :

- Waktu dan datangnya alat transportasi
- Keluhan utama
- Pengkodean prioritas

- Penentuan pemberian perawatan kesehatan yang tepat
- Penempatan diarea pengobatan yang tepat (misal penyakit dalam atau bedah)
- Permulaan intervensi (misal :: Pemakaian bidai, gas darah arteri, EKG dll)

Wawancara Triase

Wawancara dan dokumentasi triase yang ideal adalah sebagai berikut

- Nama, usia, jenis kelamin dan cara kedatangan
- Keluhan utama
- Riwayat singkat (termasuk derajat intensitas, kondisi yang sama sebelumnya, awitan)

- Pengobatan
- Alergi
- Tanggal imunisasi terakhir
- Tanggal periode menstruasi terakhir bagi wanita usia subur (termasuk gravida, aborsi , jika perlu sesuai kondisi pasien)
- Pengkajian tanda vital dan berat badan
- Klasifikasi pasien dan tingkat keakutan

Salah satu standar keperawatan gawat darurat adalah mempertahankan lingkungan yang aman bagi pasien, aman bagi dirinya sendiri, aman bagi sesama staf dan orang lain yang ada disekitar UGD.

Perawat harus memiliki kompetensi praktik keperawatan sehingga mampu mengimplementasikan rencana perawatan dan melakukan pendokumentasian.

C. Dokumentasi perawatan kritis

Asuhan perawatan kritis mencakup diagnosis dan penatalaksanaan respon manusi terhadap penyakit baik yang aktual maupun potensial mengancam kehidupan manusia. Tantangan dokumentasi diarea perawatan kritis adalah intensitas asuhan keperawatan, kinerja yang berulang sangat tinggi masalah pasien yang kompleks dan tugas-tugas teknik dengan interval yang pendek

Dokumentasi yang tepat waktu, komprehensif, dan bermakna merupakan tantangan, meskipun perawat tersebut sangat kompeten dan berpengalaman. Sistem pendokumentasian yang digunakan di perawatan kritis adalah lembar alur. Lembar alur yang dibuat dengan baik akan mengkomunikasikan dan mencerminkan standar perawatan pada pasien. Tujuan lembar alur adalah memberikan catatan status pasien yang berkelanjutan dan kontinyu.

Informasi yang ada pada lembar alur antara lain adalah tanda-tanda vital, pemberian obat, data laboatorium, pengkajian kontinyu dan intervensi. Contoh pencatatan keperawatanpada lembar alur dapat dilihat sebagai berikut :

NURSES NOTES

Time	Skin	Pulse	Temp	B/P	Resp.	Conscious Level	Pupils		O ₂	Fluids In I.V/ P.O	Output		(Medications, procedures, observations, I.V, -time puncture mode and locations)
							R	L			Urine	Drainage	
										total	total	total	

EMERGENCY DEPARTMENT CRITICAL CARE RECORD

Hal-hal yang harus diperhatikan pertama dalam pencatatan dengan lembar alur adalah jangan melakukan pencatatan secara sembarangan. Mengapa disebut sembarangan. Pencatatan sembarangan maksudnya adalah pencatatan yang dilakukan mengikuti begitu saja apa yang telah ditulis oleh perawat sebelumnya. Kedua ketergantungan terhadap lembar alur. Apa maksudnya? Jika perawat terlalu bergantung pada lembar alur, maka perawat akan melupakan pencatatan respon pasien dalam catatan keperawatan.

D. Dokumentasi perawatan menjelang ajal

Dokumentasi pada perawatan klien menjelang ajal merupakan perawatan dengan masalah kompleks, **pencatatan yang dilakukan harus akurat, konsisten, dan komprehensif**. Kondisi menjelang ajal merupakan kondisi yang mengkhawatirkan dan mengancam kehidupan. Pengkajian pada pasien dengan menjelang ajal harus dilakukan secara kontinu, intensif, dan multidisiplin. Intervensi ditujukan pada pengembalian kestabilan, pencegahan komplikasi, dan adaptasi pasien. Perawatan menjelang ajal mempunyai beberapa ciri diantaranya memerlukan perawatan total, haemodinamik tidak stabil, memerlukan pemantauan yang terus-menerus, restraksi *intake* dan *output*, sakit yang berlebihan, dan status neurologinya yang tidak stabil.

Rencana asuhan keperawatan terutama ditujukan untuk **menyelamatkan** kehidupan dan **mempertahankan** kehidupan. Adapun dokumentasi meliputi hal-hal berikut ini:

a. Pengkajian

Terdiri dari data subjektif seperti pasien menyatakan bahwa ia menolak diambil darahnya untuk pemeriksaan. Data objektif seperti: tanda vital, tingkat kesadaran, *feses* cair atau padat, impaksi, distensi abdomen, gelisah, status emosi, berat badan, edema, mencabut alat-alat seperti infus, NGT.

b. Diagnosa keperawatan.

Antara lain perubahan nutrisi: kurang dari kebutuhan, konstipasi, diare, risiko konstipasi, perubahan eliminasi, urine, risiko cedera, hambatan mobilitas fisik hambatan kemampuan berpindah, intoleransi aktivitas.

c. Tujuan dan Hasil Perawatan Keperawatan:

Mobilitas fisik dan ambulasi dipertahankan jika memungkinkan, dukungan diberikan kepada pasien dan keluarga dalam melewati kematian, nyeri pasien dan gejala lain terkontrol, pasien menjalani kematian secara terhormat dengan kehadiran seseorang yang dicintainya jika memungkinkan, pasien meninggal dengan tenang, pasien mengungkapkan kontrol terhadap atau pengurangan *anxietas*, pasien secara aktif berpartisipasi dalam mengambil keputusan tentang perawatan dan aktivitas sehari-hari, martabat dan privasi pasien dihargai, saat perawatan diri dan ADL diberikan.

Terapi Fisik :

Pasien mempertahankan mobilitas fisik yang optimal, dalam batas penyakit dan kondisinya. Pasien mempertahankan ROM yang optimal pada ektrimitas.

Pasien, keluarga dan pemberi perawatan mendemonstrasikan penggunaan alat bantu.

Terapi Okupasi:

Pasien menggunakan teknik penghematan energi, pasien menggunakan teknik relaksasi dan pengurangan stres.

Nutrisi :

Pasien mendapat nutrisi sesuai pilihannya. Pasien dapat memesan makanan di luar jadwal makanan.

Kerohanian

- Bantu Pasien, keluarga dan pemberi perawatan dalam penerimaannya terhadap diagnosis.
- Fasilitasi pasien dan keluarga untuk melakukan kegiatan spiritua
- Pasien dapat melewati tahap berduka.
- Pasien dan keluarga dapat mendiskusikan masalah tentang kematian dan menjelang ajal.
- Pasien, keluarga, dan pemberi perawatan dirujuk untuk mendapat dukungan spiritual berkelanjutan melalui sumber di komunitas

Sosial

- Pasien mendapat sistem pendukung yang kuat, konsisten dan dapat di percaya.
- Pasien memiliki kontrol terhadap keputusan mengenai situasi hidupnya
- Pasien jika perlu dan keluarga membuat surat wasiat persetujuan tindakan/surat kuasa perawatan kesehatan.
- Dukungan penyelesaian masalah hukum/bisnis, pengasuhan anak.

d. Hasil yang diharapkan

- Pemulangan ke fasilitas perawatan lanjutan.
- Pemulangan ke rumah atau *hospice care* rawat inap.
- Meninggal secara terhormat di fasilitas.

Intervensi atau perencanaan yang dibuat harus mengarah pada etiologi, sedangkan perumusan tujuan harus mengarah pada permasalahan. Tujuan perawatan bagi klien terminal dan menjelang ajal mencakup beberapa hal, antara lain:

- Mengakomodasi duka cita.
- Menerima realitas kehilangan.
- Mencapai kembali rasa harga diri.
- memperbaharui aktivitas atau hubungan normal.
- Peningkatan kenyamanan.
- Pemeliharaan kemandirian pencegahan isolasi dan kesepian.
- Peningkatan ketenangan spiritual.
- Dukungan untuk keluarga yang berduka.

e. Implementasi

Implementasi perawatan pada pasien menjelang ajal disusun sesuai dengan intervensi yang telah dibuat. Setiap tindakan yang dilakukan harus segera didokumentasikan dengan cepat. Tulis tanggal pelaksanaan, nama jelas dengan dibubuhi tanda tangan perawat. Hal ini merupakan suatu mekanisme pertanggung-gugatan perawat dalam melaksanakan perawatan jikalau ada hal-hal yang tidak diinginkan.

f. Evaluasi

Perawatan *klien* terminal dan menjelang ajal mengharuskan perawat mengevaluasi tingkat kenyamanan *klien* dengan penyakit dan kualitas hidupnya. Keberhasilan evaluasi tergantung sebagian pada ikatan yang terbentuk dengan *klien*. Evaluasi sangat penting untuk menentukan apa yang harus dilakukan perawat selanjutnya. Apabila pasien sudah meninggal, perawat harus melakukan pendokumentasian tentang waktu, tempat pasien meninggal. Perawat juga harus mencatat apa saja barang-barang atau alat-alat yang terpasang pada tubuh pasien. Ada hal lain yang perlu Anda ketahui tentang dokumentasi pasien terminal dan menjelang ajal yaitu tentang *hospice care* yang akan Anda pelajari berikut ini:

Setelah melakukan pendokumentasian tersebut. Perawat melakukan pendokumentasian untuk pemulangan jenazah.

Latihan Kasus

Berikut ini adalah latihan dalam penyelesaian kasus, silahkan Anda simak dan cermati !

KASUS

“ ganti rugi yang sangat besar diberikan kepada seorang wanita yang menjalani prosedur miomektomi/ablasi endometrium. Ahli bedah menggunakan cairan dibawah tekanan untuk mendilatasi uterus. Pasien mengalami kelebihan cairan yang kritis, menimbulkan henti jantung. “ Penggugat menyatakan bahwa perawat tergugat gagal memantau dengan tepat cairan infus selama prosedur,”

Berdasarkan kasus diatas Jelaskan kesalahan perawat dalam pendokumentasian pada kasus diatas ?

PETUNJUK JAWABAN LATIHAN KASUS

Jawaban :

Kesalahan perawat pada kasus di atas adalah tidak memonitor pemberian cairan secara tepat sehingga pasien mengalami kelebihan cairan. Seharusnya perawat melakukan pemberian cairan dengan tepat dan memonitor pemberian cairan secara berkala.

RINGKASAN

Dokumentasi perioperatif mencakup dokumentasi pada pre operatif, intra operatif dan post operatif. Sistem pendokumentasian yang digunakan pada pasien pre operasi antara lain adalah chek list, cheklist ini berfungsi untuk mengkomunikasikan informasi yang penting bagi perawat, seperti tingkat kesadaran, gangguan komunikasi, serta obat-obat yang digunakan.

Perawat yang bertugas di unit gawat darurat harus memiliki kompetensi praktik keperawatan sehingga mampu mengimplementasikan rencana perawatan dan melakukan pendokumentasian.

Sistim pendokumentasian yang digunakan di perawatan kritis adalah lembar alur. Lembar alur yang dibuat dengan baik akan mengkomunikasikan dan mencerminkan standar perawatan pada pasien.

Dokumentasi pada perawatan klien menjelang ajal merupakan perawatan dengan masalah kompleks, pencatatan yang dilakukan harus akurat, konsisten, dan

komprehensif. Dokumentasi mencakup pengkajian, diagnosa, perencanaan, implementasi dan evaluasi.

TUGAS PRAKTIKA

Berikut ini akan diberikan beberapa pertanyaan jawablah pertanyaan di bawah ini dengan singkat dan jelas.

1. Apa sajakah yang tercakup dalam Sistem pencatatan pada perioperatif :

2. Bagaimanakah dokumentasi pre operatif ? berikan alasannya !

3. n di

4. Apa saja yang Anda catat dalam lembar alur pada perawatan kritis?

5. Berikan contoh pencatatan dengan lembar alur ?

6. Berikan contoh format pencatatan chek list pre operatif di rumah sakit tempat Anda bekerja?

7. Pernahkah Anda merawat pasien yang menjelang ajal? Silahkan Anda diskusikan dengan teman Anda dan saling berbagi pengalaman, hal-hal apa saja yang penting untuk didokumentasi pada pasien menjelang ajal?

PRAKTIKA DOKUMENTASIPADA STRATEGI KHUSUS

Pendahuluan

Pada topik 2 ini kita akan membahas tentang bagaimana dokumentasi pada strategi khusus. Apakah anda masih mengingat mata kuliah kebutuhan dasar? Tentunya anda ingat tentang hierarki Maslow bukan ? Bagus sekali, pada hierarki Maslow kita telah mempelajari bagaiman konsep kebutuhan dasar manusia, mencakup mulai dari kebutuhan oksigen, nutrisi, kebutuhan cairan dan elektrolit, kebuuhan eliminasi kebutuhan rasa aman dan nyaman serta mobilisasi dan transportasi. Silahkan membaca kembali konsep tentang kebutuhan dasar manusia.

Nah pada topik 2 ini kita akan mempelajari bagaimana penerapan dokumentasi pada strategi khusus sebagaimana disebutkan diatas. Bagaimana penerapannya? Pada Topik ini akan diberikan kasus sesuai dengan gangguan pemenuhan kebutuhan dasar manusia. Selanjutnya, Anda diminta untuk menentukan data fokusnya, untuk melakukan analisa data dan membuat rencana keperawatan sesuai dengan format yang telah tersedia.

Selamat mengerjakan !

Sebelum Anda melakukan tugas-tugas praktika, berikut baca dan simaklah petunjuk praktika yang tersedia.

Petunjuk Praktika :

1. Membaca dan simak kasus yang diberikan
2. Melakukan pengelompokan data;
3. Menentukan data focus;
4. Melakukan analisa data dan menentukan masalah keperawatan;
5. Merumuskan diagnosa keperawatan mengacu pada diagnosa sesuai SDKI PPNI /NANDA.
6. Menyusun rencana keperawatan
7. Melakukan pendokumentasian pada format yang tersedia
8. Adapun kasus yang tersedia merupakan kasus fiktif yang tercakup dalam masalah-masalah kebutuhan dasar manusia mencakup sebagai berikut :
 - A. Dokumentasi Pemberian Obat
 - B. Dokumentasi Keperawatan Pemenuhan kebutuhan Oksigenasi
 - C. Dokumentasi keseimbangan cairan elektrolit dan asam basa
 - D. Dokumentasi kebutuhan nutrisi
 - E. Dokumentasi eliminasi urin dan fekal
 - F. Dokumentasi rasa aman dan nyaman
 - G. Dokumentasi mobilisasi dan transportasi
 - H. Dokumentasi istirahat dan tidur

Latihan Kasus

Sebelum Anda mengerjakan latihan praktika dokumentasi pada strategi khusus, berikut ini contoh kasus dan penyelesaiannya yaitu bagaimana cara menentukan data fokus, melakukan analisa data, menentukan masalah keperawatan dan menyusun rencana keperawatan.

KASUS

Seorang laki-laki, Tn B 37 tahun dirawat di ruang penyakit dalam, kondisi lemah, kulit tampak kotor dan rambut berminyak , rambut berminyak dan bau, gigi juga tampak kotor. Pasien mengatakan merasa malu karena sudah 2 hari tidak gosok gigi dan kulit kepala terasa gatal. , serta badan terasa lengket.Tangan kiri terpasang infus, terpasang urin kateter. Suhu 36,5°C, nadi 84 x/menit, TD 120/80 mmHg. Status mobilisasi istirahat di tempat tidur.

Berdasarkan kasus di atas tentukanlah data fokus pasien, kemudian buatlah analisa data dan menentukan masalah keperawatan, diagnosa masalah dan menyusun rencana keperawatan !

PETUNJUK JAWABAN LATIHAN KASUS

Berikut penyelesaian latihan kasus, yaitu:

Data Fokus

Subjektif :

- Tn B merasa malu karena 2 hari tidak gosok gigi
- Tn B merasa kulit kepala kotor
- Tn B merasa kulit lengket

Objektif :

- Kulit tampak kotor
- Rambut berminyak
- Kulit kepala terasa gatal
- Gigi kotor
- Tangan kiri terpasang infus
- Terpasang kateter urine
- Suhu 36.5 °C
- TD 120/80 mmHg
- Nadi 84 x/menit

Setelah mengelompokan data, selanjutnya adalah Anda dapat melakukan analisa data, menentukan masalah keperawatan dan etiologinya.

Berikut rincian analisa data:

ANALISA DATA

DATA	Masalah Keperawatan	Etiologi
Subjektif : - Tn. B merasa malu karena 2 hari tidak gosok gigi Objektif : - Gigi kotor - Tangan kiri terpasang	Ketidakmampuan pemenuhan kebutuhan kebersihan diri : gigi dan mulut	Kelemahan fisik

infus - Kondisi lemah - Tn. B istirahat di tempat tidur		
Subjektif : - Tn. B merasa kulit kepala kotor - Tn. B merasa kulit lengket Objektif : - Kulit tampak kotor - Rambut berminyak - Kulit kepala terasa gatal - Tangan kiri terpasang infus - Terpasang kateter urine - Suhu 36,5° C - TD 120/80 mmHg - Nadi 84 x/menit	Ketidakmampuan pemenuhan kebutuhan kebersihan diri : kulit dan rambut	Kelemahan fisik

Setelah Anda dapat membuat analisis data dan masalah keperawatan langkah selanjutnya adalah Anda merumuskan diagnosa masalah (rumusan diagnosa dapat dilihat SDKI PPNI / NANDA) dan kemudian menyusun rencana keperawatan, menentukan tujuan dengan kriteria hasil dan Intervensi keperawatan.

RENCANA KEPERAWATAN

Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi
1. Ketidakmampuan pemenuhan kebutuhan kebersihan diri : gigi dan mulut	kebutuhan kebersihan diri gigi dan mulut terpenuhi : kriteria hasil : - Gigi tampak bersih - Mulut terasa segar	1. Kaji kondisi gigi dan mulut 2. Bersihkan/ gosok gigi pasien ditempat tidur 2x/hari

<p>2. Ketidakmampuan pemenuhan kebutuhan kebersihan diri : kulit dan rambut</p>	<p>kebutuhan kebersihan terpenuhi selama dirawat:</p> <ul style="list-style-type: none"> - kulit badan tidak lengket - kulit badan tampak bersih - rambut bersih - pasien merasa lebih nyaman 	<ol style="list-style-type: none"> 1. mandikan pasien ditempat tidur 2x/hari 2. cuci rambut pasien 3. sisir rambut pasien
--	---	--

RINGKASAN

Praktika dokumentasi keperawatan pada strategi khusus mencakup dokumentasi pada Pemberian Obat, pemenuhan kebutuhan Oksigenasi, keseimbangan cairan elektrolit dan asam basa, kebutuhan nutrisi, eliminasi urin dan fekal, rasa aman dan nyaman, mobilisasi dan transportasi, dan istirahat dan tidur.

Pendekatan yang digunakan dalam dokumentasi ini adalah pendekatan proses keperawatan, diawali dengan pengkajian, merumuskan diagnosa dan menyusun rencana keperawatan. Hasil pengkajian yang di dapat, data nya dikelompokan (data focus) menjadi data subjektif / objektif, kemudian lakukan analisa data, menentukan masalah keperawatan dan etiologinya. Merumuskan diagnosa keperawatan (sesuai SDKI PPNI dan NANDA) serta menyusun rencana keperawatan.

TUGAS PRAKTIKA

A. Praktika Dokumentasi Pemberian Obat

Pemberian obat merupakan peran kolaboratif perawat dengan dokter. Aspek legal dalam pemberian obat adalah penting karena terkait dengan memasukan / memberikan zat-zat asing yang dapat menimbulkan respon yang tidak diinginkan sehingga perawat dapat menjaga keamanan pasien.

Sebelum memberikan obat, perawat harus mengkaji riwayat pengobatan pada pasien mencakup :

- a. Riwayat alergi obat, alergi makanan, faktor lingkungan yang menyebabkan alergi
- b. Obat yang sedang diminum saat ini, nama obat, dosis dan frekuensinya.
- c. Kapan terakhir minum obat
- d. Penyakit atau kondisi pasien yang mungkin mempengaruhi efek samping (misalnya kehamilan, Diabetes Melitus)
- e. Pasien atau orang terdekat yang memahami efek obat dan alasan mengkonsumsi obat tersebut.

Pada pemberian obat harus mengacu pada prinsip pemberian obat yaitu 7 prinsip benar, mencakup :

1. Benar nama pasien
2. Benar nama obat,
3. Benar dosis,
4. Benar cara pemberian
5. Benar waktu pemberian
6. Benar dokumentasi dan
7. Benar cara penyimpanan

Selain itu penting diperhatikan juga respon pasien setelah diberikan obat, respon pasien perlu dicatat apabila timbul efek samping obat yang tidak diinginkan.

Di bawah ini akan diberikan satu kasus terkait dengan pemberian obat, bacalah kasus dengan seksama dan lakukan penyelesaian tugas seperti contoh kasus diatas.

Kasus A :

Ny V 67 tahun dirawat di rumah sakit karena kecelakaan lalu lintas. Saat ini pasien sudah bisa berjalan pelan atau menggunakan kursi roda. Kebutuhan sehari-hari sebagian masih dibantu. Pasien mengeluh masih pusing dan mual. TD : 120/70 mmHg Nadi : 80 x/menit, pernafasan 20 x/menit. Terapi yang diberikan oleh dokter : Ampicillin 3 x 1 gram (skin test dulu). Nootrofil 2x 1 amp, primperan 3 1 mg, paracetamol 2 x 500 mg

Tugas Praktika A

Berdasarkan kasus di atas tentukan data fokus pasien, kemudian buatlah analisa data dan intervensi keperawatan kepada pasien tersebut!

DATA FOKUS :

Subjektif:
Objektif :

ANALISA DATA

Data Fokus	Masalah Keperawatan	Etiologi
Subjektif		
Objektif		

--	--	--

RENCANA KEPERAWATAN

Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi
-----------------------------	---------------	-------------------

--	--	--

B. Praktika Dokumentasi Keperawatan Pemenuhan kebutuhan Oksigenasi

Kasus B

Seorang perempuan (50 tahun) di rawat di RS karena keluhan sering batuk dan nafas terasa sesak. Klien mengatakan rasa sesak nafas semakin mengganggu apabila cuaca dingin. Klien juga mengatakan mengalami kesulitan dalam mengeluarkan dahak, sehingga menyebabkan tidak ada nafsu makan. Klien mengatakan batuk dan penumpukan riak sudah terjadi 1 minggu yang lalu sebelum masuk RS. Klien juga merasa lemah dan mengalami insomnia. Hasil pemeriksaan fisik, tekanan darah 130/80 mmHg. Nadi 88 x/menit, Suhu 37,5°C. Nafas 22 x / menit.

Tugas Praktika B

Berdasarkan kasus di atas tentukan data fokus pasien, analisa data dan intervensi keperawatan yang diberikan kepada pasien tersebut!

DATA FOKUS :

Subjektif:

Objektif :

ANALISA DATA

Data Fokus	Masalah Keperawatan	Etiologi
Subjektif		
Objektif		

RENCANA KEPERAWATAN

Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi

C. Dokumentasi keseimbangan cairan elektrolit dan asam basa

Kasus C :

Seorang perempuan berusia 35 tahun dirawat di rumah sakit dengan diagnosa medisdiare akut. Hasil pemeriksaan fisik didapatkan Tekanan darah 130 /80 mmHg, nadi 80x /menit, pernafasan 24 x/menit, suhu 39° C, klien mengeluh badan terasa panas, tidak bisa tidur karena panas. Hasil pengkajian didapatkan klien terlihat lemah, Klien juga mengeluh mual dan muntah

TUGAS PRAKTIKA C

Berdasarkan kasus di atas tentukan data fokus pasien, analisa data dan intervensi keperawatan yang diberikan kepada pasien tersebut!

DATA FOKUS :

Subjektif:

Objektif :

ANALISA DATA

Data Fokus	Masalah Keperawatan	Etiologi
Subjektif		
Objektif		

RENCANA KEPERAWATAN

Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi

D. Dokumentasi kebutuhan nutrisi

Kasus D

Seorang perempuan 55 tahun di rawat di rumah sakit karena kanker serviks. Pasien mendapat kemoterapi, mengeluh pusing, mual dan tidak nafsu makan. Berat badan pasien turun sebanyak 10 Kg, sebelum sakit BB 65 Kg, saat ini 55 Kg. TD 120/80 mmHg, Nadi 84 x/m Pernafasan 20 x /menit.

TUGAS PRAKTIKA D :

Berdasarkan kasus di atas tentukan data fokus pasien, analisa data dan intervensi keperawatan yang diberikan kepada pasien tersebut!

DATA FOKUS :

Subjektif:

Objektif :

ANALISA DATA

Data Fokus	Masalah Keperawatan	Etiologi
Subjektif		
Objektif		

RENCANA KEPERAWATAN

Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi

E. Dokumentasi eliminasi urin dan fekal

Kasus E : Eliminasi Fekal

Seorang perempuan berumur 27 tahun masih mengikuti pendidikan, datang ke RS dengan keluhan gatal-gatal pada kulit disertai pelepasan kulit-kulit mati. Keluhan dirasakan semakin menghebat dengan adanya masalah psikologis, Klien mengeluhkan tidak nafsu makan, dan berat badannya turun 2 kg dalam 1 minggu terakhir, bab tidak teratur. Dan sudah 4 (empat) hari tidak BAB. Klien mengatakan jantungnya sering berdebar-debar dan sering merasa sesak nafas saat beraktivitas.

TUGAS PRAKTIKA E (Eliminasi Fekal) :

Berdasarkan kasus di atas tentukan data fokus pasien, analisa data dan intervensi keperawatan yang diberikan kepada pasien tersebut!

DATA FOKUS :

Subjektif :

Objektif :

ANALISA DATA

Data Fokus	Masalah Keperawatan	Etiologi
Subjektif		
Objektif		

RENCANA KEPERAWATAN

Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi

Kasus E : Eliminasi Urin

Tn A 53 tahun dirawat di rumah sakit karena stroke. Kesadaran kompos mentis dan pasien terlihat lemah, terpasang infus pada tangan kanan, dan bagian tubuh sebelah kiri mengalami kelumpuhan. Pasien mengatakan tidak dapat mengontrol BAK, ingin BAK tapi tidak bisa menahannya. Istri pasien tiap kali harus mengganti sprei karena basah dan bau urin. Hasil pemeriksaan TTV didapatkan TD 130/80 mmHg, Nadi 90x/menit, Pernafasan 20 x/menit. Dan suhu 37,5°C.

TUGAS PRAKTIKA E (Eliminasi Urin)

Berdasarkan kasus di atas tentukan data fokus pasien, analisa data dan intervensi keperawatan yang diberikan kepada pasien tersebut!

DATA FOKUS :

Subjektif :

Objektif :

ANALISA DATA

Data Fokus	Masalah Keperawatan	Etiologi
Subjektif		
Objektif		

RENCANA KEPERAWATAN

Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi

F. Dokumentasi rasa aman dan nyaman

Kasus F :

Seorang perempuan 36 tahun dirawat di ruang penyakit dalam dan istirahat total ditempat tidur. Pasien telah mengalami panas tinggi selama 3 hari, sudah mendapat obat penurun panas dan mengeluh nyeri pada bagian punggung. Pasien tampak lemah dan kesakitan. Setelah dikaji skala nyeri 6. TD 130/80 mmHg, nadi 68 kali/menit, suhu 38,5°C.

TUGAS PRAKTIKA F :

Berdasarkan kasus di atas tentukan data fokus pasien, analisa data dan intervensi keperawatan yang diberikan kepada pasien tersebut!

DATA FOKUS :

Subjektif :

Objektif :

ANALISA DATA

Data Fokus	Masalah Keperawatan	Etiologi
Subjektif		
Objektif		

RENCANA KEPERAWATAN

Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi

G. Dokumentasi istirahat dan tidur

Kasus G :

Seorang laki-laki 36 tahun dirawat di rumah sakit karena patah tulang femur 1/3 proksimal dekstra. Tampak pada kaki kanan terpasang traksi. Pasien mengeluh tidak bisa tidur nyenyak karena rasa nyeri pada bagian kaki yang patah. Hasil pengkajian didapatkan wajah tampak sayu, terdapat lingkaran hitam pada mata dan sering menguap. TD 130/80 mmHg, Nadi 80 x/menit, Suhu 38°C.

TUGAS PRAKTIKA G :

Tentukan data fokus pasien, analisa data dan intervensi keperawatan yang diberikan kepada pasien tersebut!

DATA FOKUS :

Subjektif :

Objektif :

ANALISA DATA

Data Fokus	Masalah Keperawatan	Etiologi
Subjektif		
Objektif		

RENCANA KEPERAWATAN

Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi

DAFTAR PUSTAKA

Asmadi. (2008). *Konsep Dasar Keperawatan*. Jakarta : EGC

Ariyani,dkk, (2011) *Dokumentasi Keperawatan*. Jakarta: Trans Info Media.

Dinarti, dkk (2009). *Dokumentasi Keperawatan*. Jakarta : Trans Info Media Dharma,

Handayaningsih, Isti. (2009) *Dokumentasi Keperawatan (panduan, konsep dan aplikasi)*,Mitra Cendikia Press, Yogyakarta.

Iyer. P.W and Camp.N.H, (2005). *Nursing Documentation: A Nursing Process Approach*,

second edition, Philadelphia: Cv Mosby

Iyer. P.W and Camp.N.H, (2005). *Dokumentasi Keperawatan Suatu Pendekatan ProsesKeperawatan. Edisi 3*. Jakarta : EGC

Nursalam. (2009). *Proses Dan Dokumentasi Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika

Setiadi. (2012.) *Konsep dan Penulisan Dokumentasi Asuhan Keperawatan(teori dan praktik)*. Graha Ilmu, Yogyakarta,