

PENERAPAN SDKI, SLKI, SIKI DALAM PENDOKUMENTASIAN ASUHAN KEPERAWATAN

Wiwin Sulistyawati
Nurullia Hanum Hilfida



PENERAPAN SDKI, SLKI, SIKI DALAM PENDOKUMENTASIAN ASUHAN KEPERAWATAN

Penulis:

Ns. Wiwin Sulistyawati, S.Kep., M.Kep.
Nurullia Hanum Hilfida, S.Kep., Ns., M.Kep.



Penerapan SDKI, SLKI, SIKI dalam Pendokumentasian Asuhan Keperawatan

Penulis: Ns. Wiwin Sulistyawati, S.Kep., M.Kep.
Nurullia Hanum Hifida, S.Kep., Ns., M.Kep.

Desain Sampul: Raden Bhoma Wikantioso Indrawan
Tata Letak: Helmi Syaukani

ISBN: 978-634-7139-26-9

Cetakan Pertama: Februari, 2025

Hak Cipta 2025

Hak Cipta Dilindungi Oleh Undang-Undang

Copyright © 2025

by Penerbit Nuansa Fajar Cemerlang Jakarta

All Right Reserved

Dilarang keras menerjemahkan, memfotokopi, atau memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini tanpa izin tertulis dari Penerbit.

Website : www.nuansafajarcemerlang.com

Instagram : @bimbel.optimal



PENERBIT:
Nuansa Fajar Cemerlang
Grand Slipi Tower, Lantai 5 Unit F
Jakarta Barat, 11480
Anggota IKAPI (624/DKI/2022)

PRAKATA

Puji syukur kehadirat Allah Swt, yang telah memberikan nikmat, karunia dan kesempatan sehingga buku ini, yang berjudul **“Penerapan SDKI, SLKI, SIKI dalam Pendokumentasian Asuhan Keperawatan”**, dapat terselesaikan. Tujuan penyusunan buku ini untuk memberikan gambaran penerapan SDKI, SLKI, SIKI dalam Pendokumentasian Asuhan Keperawatan yang bermanfaat untuk peningkatan mutu pelayanan keperawatan.

SDKI, SLKI, SIKI sangat penting sebagai pedoman dalam penyusunan dokumentasi asuhan keperawatan. Pengkajian, Diagnosis, Perencanaan, Implementasi dan Evaluasi Asuhan Keperawatan yang dilakukan oleh perawat di Ruang Rawat berpedoman pada buku ini. Namun penerapan buku ini di Rumah Sakit belum sepenuhnya dilakukan. Banyak hal yang melatarbelakangi terkait pendidikan perawat, pengetahuan tentang SDKI, SIKI, dan SLKI, ruang rawat. Pasien serta sistem pendokumentasian Asuhan Keperawatan yang ada di Rumah Sakit.

Oleh karena itu, literasi terkait SDKI, SIKI dan SLKI menjadi faktor penting untuk penerapannya dalam pendokumentasian asuhan keperawatan. Buku ini diharapkan dapat menjadi referensi bagi perawat dalam menerapkan SDKI, SIKI dan SLKI dalam pendokumentasian Asuhan Keperawatan pada tatanan Pelayanan Keperawatan.

Ucapan terima kasih kepada rekan-rekan sejawat, pakar kesehatan, dan keluarga yang memberikan inspirasi, masukan, serta motivasi selama proses penulisan buku ini. Kami juga berterima kasih kepada penerbit yang telah memberikan kepercayaan untuk menerbitkan karya ini.

Akhir kata, kami berharap buku ini dapat memberikan manfaat nyata bagi perawat dalam melakukan dokumentasi asuhan keperawatan. Oleh karena itu, kami terbuka terhadap kritik dan saran dari pembaca untuk perbaikan di masa mendatang.

Selamat membaca, semoga buku ini bermanfaat bagi semua.

Januari, 2025

Penulis

DAFTAR ISI

PRAKATA	iii
DAFTAR ISI	v
BAB 1 PENDAHULUAN	1
BAB 2 KONSEP STANDAR DIAGNOSIS KEPERAWATAN INDONESIA (SDKI)	5
A. Pengertian Standar Diagnosis Keperawatan	5
B. Tujuan Diagnosis Keperawatan.....	9
C. Klasifikasi Diagnosis Keperawatan.....	9
D. Jenis Diagnosis Keperawatan	10
E. Komponen Diagnosis Keperawatan.....	11
F. Proses Penegakan Diagnosis Keperawatan.....	13
G. Kriteria Penunjuk Penulisan Diagnosis Keperawatan	17
H. Perbedaan antara Diagnosis Keperawatan dan Diagnosis Medis.....	18
I. Format atau Lembar Diagnosis Keperawatan	18
BAB 3 KONSEP STANDAR LUARAN KEPERAWATAN INDONESIA (SLKI)	21
A. Standar Luaran Keperawatan Indonesia.....	21
B. Tujuan Luaran Keperawatan.....	21
C. Klasifikasi Luaran Keperawatan.....	22
D. Jenis Luaran Keperawatan	23
E. Komponen Luaran Keperawatan.....	24
F. Penerapan Luaran Keperawatan.....	27

BAB 4 KONSEP STANDAR INTERVENSI KEPERAWATAN INDONESIA (SIKI)	31
A. Standar Intervensi Keperawatan.....	31
B. Tujuan Intervensi Keperawatan.....	33
C. Klasifikasi Intervensi Keperawatan	33
D. Komponen Intervensi Keperawatan.....	35
E. Penentuan Intervensi Keperawatan	38
BAB 5 PENDOKUMENTASIAN ASUHAN KEPERAWATAN	43
A. Pengertian Pendokumentasian Asuhan Keperawatan	43
B. Prinsip – Prinsip Pendokumentasian	44
C. Format dan Sistem Pendokumentasian.....	45
D. Komponen Pendokumentasian Proses Asuhan Keperawatan.....	58
E. Penerapan SDKI, SIKI, SLKI dalam Pendokumentasian Asuhan Keperawatan.....	60
BAB 6 PENUTUP	63
DAFTAR PUSTAKA	67
GLOSARIUM	73
PROFIL PENULIS	77

BAB 1

PENDAHULUAN

Dokumentasi keperawatan adalah komponen penting dari perawatan kesehatan yang memastikan komunikasi yang efektif dan kesinambungan perawatan di antara penyedia layanan kesehatan. Ini mencakup pencatatan sistematis informasi pasien, yang penting untuk meningkatkan hasil pasien dan mempertahankan standar hukum. Dokumentasi keperawatan mendokumentasikan aktivitas asuhan keperawatan sehari-hari yang direncanakan dan diterapkan pada pasien oleh perawat. Dokumentasi keperawatan merupakan sumber utama informasi klinis untuk memenuhi persyaratan profesional dan hukum (Bolado, et all, 2023).

Pendokumentasian asuhan keperawatan yang berkualitas berguna untuk meningkatkan asuhan keperawatan. Hal ini bisa dilihat melalui laporan dan respon pasien terhadap intervensi keperawatan (Jefferies et al., 2010). Bagi Rumah Sakit pendokumentasian bermanfaat untuk meningkatkan standar akreditasi Rumah Sakit, alat komunikasi antar profesi kesehatan, indikator pelayanan mutu, bukti tanggung jawab dan tanggung gugat perawat, sumber data dan sarana penelitian (Jefferies, D.Johnson, M.,Nicholls, D.,& Lad, 2012).

Pelaksanaan pendokumentasian asuhan keperawatan di Rumah Sakit belum optimal. Hal itu terlihat dari kurang lengkapnya pendokumentasi asuhan keperawatan. Kelengkapan pendokumentasian yang dilakukan oleh perawat sebagian besar kurang dari 85%, artinya sebagian besar masih belum lengkap (71, 6%). Adapun rincian untuk kegiatan

pengkajian 90%, Diagnosa keperawatan 85%, perencanaan tindakan 74%, tindakan keperawatan 70%, evaluasi 75%, dan catatan perkembangan 66% (Siswanto et al., 2013). Pelaksanaan dokumentasi keperawatan dalam kriteria baik sebesar 47,4% dan perawat yang melengkapi dokumentasi keperawatan sebesar 57,2% (Noorkasiani et al., 2015). Pendokumentasian kurang berkualitas, tidak efektif dan efisien berdampak pada kesalahan komunikasi antar perawat maupun profesi lain (Braaf, S., MAnias, E., & Riley, 2011).

Faktor-faktor yang berhubungan dengan kelengkapan pendokumentasian asuhan keperawatan antara lain masa kerja, beban kerja dan pelatihan, faktor yang paling dominan mempengaruhi kelengkapan pendokumentasian adalah pelatihan dan beban kerja (Siswanto et al., 2013). Pelatihan pendokumentasian bagi perawat bermanfaat untuk meningkatkan kelengkapan pendokumentasian asuhan keperawatan (Siswanto et al., 2013), dan diharapkan bidang perawatan dapat melengkapi dokumentasi keperawatan dengan format yang sama, memberi kesempatan perawat untuk melanjutkan kuliah, dan mengikuti pelatihan askep serta bertukar informasi atau gagasan antar ruang rawat (Noorkasiani et al., 2015).

Penerapan 3S (Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI), Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) dan Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) di ruang rawat inap berkontribusi untuk meningkatkan kualitas pendokumentasian asuhan keperawatan. Fokus dari peningkatan pengetahuan melalui pelatihan meningkatkan dokumentasi keperawatan yang dilakukan oleh perawat (Jefferies, D.,Johnson, M.,Nicholls, D.,& Lad, 2012). SDKI, SIKI dan SLKI merupakan tolok ukur yang dipergunakan sebagai pedoman penegakan diagnosis keperawatan, intervensi

kepewatan dan luaran keperawatan dalam rangka memberikan asuhan keperawatan yang aman, efektif dan etis (SDKI, 2017).

Mutu pelayanan keperawatan bisa ditingkatkan dengan cara meningkatkan mutu dokumentasi keperawatan dengan menerapkan standar diagnosis, standar intervensi dan standar luaran sesuai dengan standar 3S (SDKI, SIKI, SLKI) (Sudaryati, dkk, 2022. Penerapan 3S (SDKI, SIKI, dan SLKI) menjadi tolak ukur yang digunakan sebagai pedoman penegakan diagnosis keperawatan, intervensi keperawatan, dan suatu keperawatan. Data penelitian menyebutkan ada hubungan penerapan SDKI, SIKI dan SLKI terhadap kualitas pendokumentasian asuhan keperawatan di ruang rawat inap Rumah Sakit (Sulistyawati, W & Susmiati, 2020).

Berdasarkan hasil studi tersebut, penerapan SDKI, SIKI dan SLKI bisa bermanfaat untuk meningkatkan kualitas pendokumentasian asuhan keperawatan di ruang rawat inap Rumah Sakit, namun pemahaman perawat tentang SDKI, SIKI dan SLKI ditingkatkan dengan inhouse training tentang SDKI, SIKI, dan SLKI oleh Bidang Keperawatan Rumah Sakit.

BAB 2

KONSEP STANDAR DIAGNOSIS KEPERAWATAN INDONESIA (SDKI)

A. Pengertian Standar Diagnosis Keperawatan

Standar Diagnosis Keperawatan lebih dikenal SDKI, merupakan acuan atau pedoman dalam praktik keperawatan yang bertujuan untuk menetapkan diagnosis keperawatan secara sistematis dan konsisten. SDKI dirancang untuk memastikan layanan keperawatan yang diberikan oleh perawat professional sesuai dengan standar keamanan, efektif dan sesuai dengan prinsip etika profesi. Dengan mengacu kepada Standar Praktik Keperawatan Indonesia yang diterbitkan tahun 2005 oleh PPNI (Persatuan Perawat Nasional Indonesia). SDKI mencerminkan dedikasi yang tinggi sebagai profesi keperawatan dalam melindungi dan meningkatkan kualitas pelayanan kepada masyarakat. Hal ini mendukung perawat dalam pengambilan keputusan klinis yang akurat dan berbasis bukti demi asuhan keperawatan yang profesional (PPNI, 2017).

Diagnosis keperawatan diartikan sebagai elemen kunci untuk menetapkan perawatan yang sesuai dalam mendukung pencapaian tingkat kesehatan yang optimal (PPNI, 2017) serta menjadi dasar dalam pemilihan rencana tindakan keperawatan yang sudah menjadi tanggung jawab profesi perawat (disetujui pada Konferensi NANDA Kesembilan; diubah pada tahun 2009, 2013, 2019, 2023). Diagnosis keperawatan merupakan sebuah penilaian klinis

yang bertujuan mengenali reaksi klien, baik dari individu, keluarga, maupun komunitas terhadap isu kesehatan atau perjalanan kehidupan yang dihadapi, baik nyata maupun potensial (PPNI, 2017).

SDKI merupakan standar diagnosis yang dapat digunakan untuk mendukung pengambilan keputusan klinis dalam keperawatan, dengan mempertimbangkan kemudahan penggunaan, kejelasan dalam penalaran diagnostik, kelengkapan jenis diagnosis serta standar bahasa (Nurhesti et al., 2020). SDKI juga merupakan standar diagnosis keperawatan yang dikembangkan oleh PPNI dan gabungan diagnosis keperawatan berdasarkan NANDA, ICNP dan Carpenito. Terdapat 148 diagnosa keperawatan dalam SDKI dengan label diagnosa sesuai NANDA. SDKI juga merupakan inovasi perawat di Indonesia untuk mengaplikasikan asuhan keperawatan yang praktis sesuai budaya, situasi dan kondisi di Indonesia.

Perawat diharapkan mampu dalam memberikan perhatian yang menyeluruh, baik kepada klien dalam kondisi sehat maupun sakit. Respons tersebut menjadi sebuah reaksi klien terhadap permasalahan kesehatan dan perjalanan hidup klien. Masalah kesehatan berkaitan dengan reaksi klien terhadap keadaan sehat maupun sakit, sementara proses kehidupan, mulai dari pembuahan, lahir, pertumbuhan, perkembangan, hingga akhir hayat dan kematian yang memerlukan diagnosis keperawatan serta dapat ditangani atau dimodifikasi melalui intervensi keperawatan (Christensen & Kenney, 2009; Seaback, 2009). Pendekatan ini memastikan bahwa perawat memberikan asuhan keperawatan yang holistik, berpusat pada individu, serta berorientasi pada kebutuhan fisik, psikologis, sosial maupun spiritual.

Diagnosis keperawatan lebih banyak kepada proses berpikir kritis Perawat dengan pencatatan yang digunakan oleh perawat untuk menyampaikan hasil analisis dan penilaian pengkajian data dengan cara yang terstandarisasi (NANDA International, 2024). Hal ini, memudahkan komunikasi yang efektif antar profesi kesehatan. Penggunaan istilah yang sudah terstandarisasi penting agar seluruh tim memahami masalah keperawatan dan rencana perawatan pasien secara komprehensif (NANDA International, 2024). Selain itu, istilah yang terstandarisasi dan memiliki kode mendukung upaya penelitian dengan memungkinkan studi respons pasien yang memiliki definisi dan indikator diagnostik yang identik di berbagai tempat, pengaturan perawatan maupun negara (NANDA International, 2024). Penerapan terminologi yang terstandarisasi untuk menggambarkan penilaian dan intervensi klinis menjaga konsistensi di berbagai disiplin ilmu perawatan kesehatan, termasuk keperawatan. Pendekatan terpadu ini memastikan komunikasi yang efektif dan menumbuhkan pemahaman bersama dalam menangani perawatan klien (NANDA International, 2024). Beberapa sasaran dari standarisasi perawatan adalah untuk menjadi pedoman dalam penetapan diagnosis, menentukan hasil dan intervensi keperawatan, meningkatkan kemandirian perawat, mempermudah komunikasi antara professional serta multidisiplin, meningkatkan kualitas perawatan.

Diagnosis keperawatan merupakan landasan dalam menentukan intervensi keperawatan agar mencapai hasil yang diharapkan (NANDA International, 2024). Sebagian besar banyak yang sudah mengenal diagnosis medis, seperti mengidentifikasi penyakit, gangguan kesehatan atau cedera berdasarkan tanda dan gejala yang dialami individu

(Hansbauer, 2021), namun banyak yang tidak menyadari atau tidak mengetahui bahwa perawat juga menentukan diagnosis, meskipun fokusnya berbeda dengan diagnosis medis. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa diagnosis keperawatan, bila digunakan dengan tepat, memiliki prediktabilitas yang lebih besar dalam aspek-aspek penting, seperti lamanya perawatan dan kembali rawat inap ulang di rumah sakit dibandingkan hanya menggunakan diagnosis medis (D'Agostino F et al., 2019; Sanson G et al., 2019; Zeffiro V et al., 2020).

Perawat memegang peranan penting dalam menjaga keselamatan pasien, memberikan edukasi kesehatan, membantu meningkatkan kemampuan pasien untuk hidup lebih sehat, dan mendengarkan empati pengalaman unik klien (NANDA International, 2024). SDKI menjadi acuan penting dalam penyusunan diagnosis yang tepat, serta mendasari intervensi keperawatan yang sesuai untuk mencapai hasil yang dicapai.

Penerapan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia sangat penting bagi perawat dalam melaksanakan praktiknya di berbagai lingkup pelayanan keperawatan. Hal ini disebabkan diagnosis keperawatan merupakan bagian integral dari pemberian asuhan keperawatan yang mencakup proses keperawatan (pengkajian, diagnosis, intervensi, implementasi dan evaluasi), sehingga dengan adanya standar diagnosis keperawatan di Indonesia, diharapkan pelayanan keperawatan menjadi lebih terstandar dan berkualitas (PPNI, 2017)

B. Tujuan Diagnosis Keperawatan

Tujuan diagnosa keperawatan untuk mengidentifikasi menurut Wahid & Suprapto (2012), sebagai berikut:

1. Masalah dimana adanya respon pasien terhadap status kesehatan atau penyakit;
2. Faktor yang menunjang atau menyebabkan suatu masalah;
3. Kemampuan pasien untuk mencegah dan menyelesaikan masalah;
4. Mengkomunikasikan masalah pasien pada tim kesehatan;
5. Mendemonstrasikan tanggung jawab dalam identifikasi masalah pasien

C. Klasifikasi Diagnosis Keperawatan

Sistem klasifikasi *International Classification for Nursing Practice* (ICNP) lebih komprehensif daripada sekadar diagnosis keperawatan, yang mencakup tiga aspek utama dalam praktik keperawatan diagnosis keperawatan, tindakan keperawatan dan tujuan yang ingin dicapai. Dalam ICNP, diagnosis keperawatan dikelompokkan menjadi lima kategori utama, yakni (PPNI, 2017):

1. Fisiologis, berkaitan dengan pernapasan, sirkulasi darah, nutrisi, kebutuhan cairan elektrolit, dan seterusnya
2. Psikologis, berkaitan dengan kenyamanan, rasa sakit, pertumbuhan dan juga perkembangan
3. Perilaku, berkaitan dengan kebersihan individu, kebiasaan, edukasi dan informasi
4. Relasional, berkaitan dengan hubungan sosial dengan orang lain
5. Lingkungan, berkaitan dengan keamanan dan proteksi

Klasifikasi tersebut membantu perawat dalam memahami dan menangani berbagai kebutuhan klien dengan lebih baik.

D. Jenis Diagnosis Keperawatan

Terdapat dua jenis diagnosis keperawatan, yakni (Carpenito, 2013):

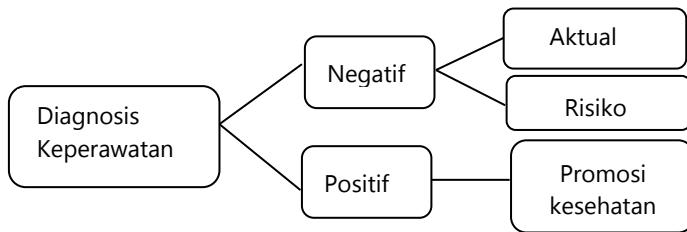
1. Diagnosis negatif

Menjadi acuan dalam memberikan intervensi keperawatan yang memiliki tujuan menyembuhkan, memulihkan, atau mencegah penyakit. Terdapat dua jenis diagnosis negatif, yaitu:

- a. Diagnosis aktual, mencerminkan masalah isu kesehatan yang dihadapi klien saat ini, dengan adanya tanda-tanda atau gejala utama yang dikenali dan divalidasi.
- b. Diagnosis risiko, menggambarkan potensi masalah kesehatan yang mungkin terjadi pada klien karena adanya faktor risiko, meskipun belum ada tanda-tanda atau gejala yang muncul

2. Diagnosis positif

Diagnosis ini dikenal dengan diagnosis promosi kesehatan yang menunjukkan keinginan dan motivasi klien dalam meningkatkan kondisi kesehatannya (PPNI, 2017).



Gambar 2.1 Jenis Diagnosis Keperawatan

Sumber: (PPNI, 2017)

E. Komponen Diagnosis Keperawatan

Komponen dalam diagnosis keperawatan terdapat dua (PPNI, 2017), berikut penjelasannya:

1. Masalah

Merupakan label atau nama diagnosis yang mencerminkan respons klien terhadap keadaan kesehatan atau perjalanan hidupnya. Label diagnosis terdiri atas deskriptor (pernyataan yang menggambarkan suatu fokus diagnosis terjadi) dan fokus diagnostik (aspek utama yang menjadi pusat perhatian dalam diagnosis) (Lihat tabel 2.1). Deskriptor digunakan untuk menggambarkan sifat atau karakteristik fokus diagnosis dalam proses keperawatan. Contoh: gangguan pertukaran gas, label diagnosisnya adalah gangguan sebagai deskriptor dan pertukaran gas sebagai fokus diagnostik.

Tabel 2.1 Deskriptor dan Fokus Diagnostik

Deskriptor	Fokus diagnostik
Defisit	Pengetahuan
Gangguan	Pertukaran gas
Intoleransi	Aktivitas

Penurunan	Curah jantung
Tidak efektif	Bersihkan jalan napas

Sumber: (PPNI, 2017)

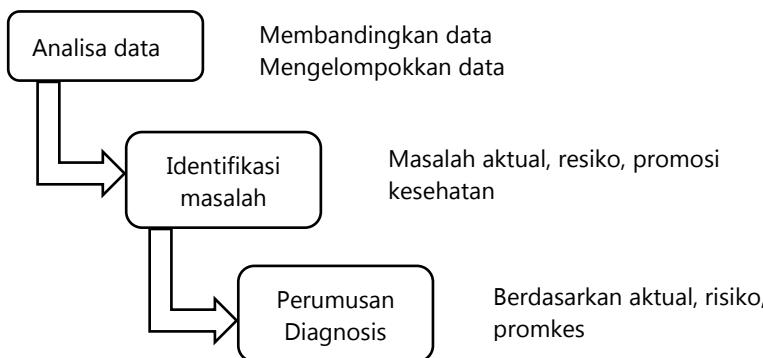
2. Indikator diagnostik

Dibagi menjadi tiga elemen utama yaitu (PPNI, 2017):

- a. Etiologi atau penyebab adalah elemen-elemen yang berpengaruh terhadap perubahan dalam status kesehatan. Penyebab ini dapat dibagi menjadi empat kategori, diantaranya:
 - 1) Fisiologis, biologis, atau psikologis, berkaitan dengan fungsi tubuh, kondisi biologis atau mental
 - 2) Efek terapi/tindakan, disebabkan pengobatan/prosedur tertentu
 - 3) Situasional, dipengaruhi lingkungan atau personal;
 - 4) Maturasional, berkaitan dengan proses perkembangan dan pertumbuhan
- b. Tanda/gejala, tanda merupakan sebuah data objektif yang didapatkan melalui pemeriksaan fisik, hasil laboratorium, prosedur lainnya. Sedangkan, gejala yaitu data secara subjektif yang didapatkan dari wawancara atau keluhan yang disampaikan klien. Terdapat dua kelompok tanda dan gejala yaitu mayor ditemukan sebanyak 80% - 100% kasus untuk menegakkan diagnosis; dan minor tidak selalu ditemukan, dan bersifat sebagai data pendukung
- c. Faktor risiko adalah keadaan yang membuat individu lebih rentan terhadap masalah kesehatan, seperti pola hidup, riwayat keluarga atau faktor lingkungan

F. Proses Penegakan Diagnosis Keperawatan

Secara sistematis, sebelum menegakkan diagnosis keperawatan terdapat tahapan yang harus dilalui yaitu, analisa data, identifikasi masalah dan perumusan diagnosa. Berikut uraiannya meliputi (PPNI, 2017) :



Gambar 2.2 Tahapan Proses Penegakan Diagnosis Keperawtaan
Sumber: (Ackley et al., 2017; Berman et al., 2015; Potter & Perry, 2013)

1. Analisis data

Tahap ini melibatkan beberapa langkah, diantaranya:

- a. Membandingkan data dengan nilai normal, data yang sudah dikumpulkan dianalisis, kemudian membandingkan nilai-nilai normal untuk mengidentifikasi tanda/gejala yang signifikan.

Contoh:

Data subyektif: "Klien mengeluhkan nyeri saat menelan, karena tumor di leher, sehingga BB turun lebih dari 10 kg dalam 5 bulan terakhir".

Data objektif: TB = 153 cm, BB = 40kg

Bila terdapat data antropometri (TB, BB), maka harus menghitung IMT nya, yaitu:

$$\text{IMT} = \text{BB} / (\text{TB dalam meter})^2$$

$$= 40 / 2.34$$

$$= 17.09$$

Hasil IMT pada klien adalah 17,04, sedangkan nilai normal IMT adalah 18,59 – 22,9. Data hasil perhitungan IMT menunjukkan bahwa status gizi klien saat ini sedang ada gangguan/masalah.

b. Mengelompokkan data

- 1) Data yang relevan disusun berdasarkan pola kebutuhan dasar klien
- 2) Proses pengelompokan data, dilakukan dengan pendekatan induktif, memilah data untuk membentuk pola tertentu berdasarkan temuan; pendekatan deduktif, menggunakan pola atau kategori tertentu untuk mengatur data berdasarkan kategori yang relevan.

Data dikelompokkan sesuai dengan masalah keperawatan, untuk mendukung penegakan diagnosis keperawatan (Susilaningsih, 2018).

2. Identifikasi masalah

Perawat bersama klien bekerjasama mengenali dan mengidentifikasi masalah kesehatan yang ada, setelah data dianalisis. Masalah dapat berupa:

- a. Masalah aktual, masalah kesehatan yang dialami saat ini atau klien saat ini sedang mengalami gangguan/masalah tertentu (aktual) (Susilaningsih, 2018)
- b. Risiko, potensi masalah kesehatan yang mungkin terjadi. Apabila terdapat suatu respon tertentu dari klien yang apabila tidak dilakukan penanganan, maka

dapat menyebabkan terjadinya bahaya atau klien bisa jatuh dalam kondisi lebih parah/mengalami komplikasi di kemudian hari, walaupun pada saat ini klien belum mengalami gangguan/masalah (Susilaningsih, 2018)

- c. Promosi kesehatan, peluang meningkatkan kondisi kesehatan klien. Suatu kondisi yang memungkinkan klien mengembangkan potensi-potensi peningkatan kesehatan (Susilaningsih, 2018).

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

3. Perumusan diagnosis keperawatan

Tahap selanjutnya adalah merumuskan diagnosis keperawatan ditulis berdasarkan tipe diagnosis yang telah ditetapkan. Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam merumuskan diagnosis keperawatan, yaitu:

- a. Perhatikan kategori dan subkategori dalam diagnosis keperawatan. Terdapat lima kategori dalam perumusan diagnosis keperawatan sesuai dengan SDKI, yaitu fisiologis, psikologis, perilaku, relasional, dan lingkungan.
- b. Penulisan diagnosis keperawatan, menggunakan model *three part* atau *two part*. Penulisan dengan *three part* digunakan pada masalah aktual, sedangkan *two part* digunakan pada masalah risiko dan promosi kesehatan.
 - 1) *Three part* (penulisan tiga bagian)

Metode yang digunakan untuk diagnosis aktual yang mencakup masalah, penyebab dan tanda atau gejala, dengan formasi berikut:

Masalah berhubungan dengan **penyebab**
dibuktikan dengan **tanda/gejala**

Frasa "berhubungan dengan" dapat disingkat b.d. dan "dibuktikan dengan" disingkat d.d.

Contoh penulisan:

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

2) *Two part* (penulisan dua bagian)

Metode penulisan ini dilakukan pada diagnosis risiko dan diagnosis promosi kesehatan, dengan formulasi sebagai berikut:

a) Diagnosis risiko

Ditulis dalam dua bagian, mencakup pernyataan masalah dan faktor risiko yang berkontribusi terhadap masalah

Masalah dibuktikan dengan **Faktor Risiko**

Contoh: risiko aspirasi dibuktikan dengan tingkat kesadaran menurun

b) Diagnosis promosi kesehatan

Menyatakan kesiapan klien untuk peningkatan kesehatan dan tanda-tanda kesiapan

Masalah dibuktikan dengan **Tanda/gejala**

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

Menentukan diagnosis keperawatan yang utama dengan mempertimbangkan masalah yang mengancam nyawa atau jiwa, masalah keamanan, prioritas menurut klien, prioritas menurut perawat dan bila ditangani, akan mengatasi diagnosa keperawatan lainnya. Dengan mengikuti langkah-langkah ini, diagnosis keperawatan dapat dilakukan secara akurat untuk membantu menentukan intervensi yang tepat bagi klien.

G. Kriteria Penunjuk Penulisan Diagnosis Keperawatan

Menurut Rohmah (2017), kriteria petunjuk penulisan diagnosis keperawatan adalah sebagai berikut:

1. Tulis masalah pasien/perubahan status kesehatan pasien;
2. Pastikan bahwa masalah pasien didahului adanya penyebab dan keduanya dihubungkan dengan kata "berhubungan dengan";
3. Definisi karakteristik, jika diikuti dengan penyebab kemungkinan dihubungkan dengan kata dibuktikan dengan;
4. Tulis istilah yang umum digunakan;
5. Pastikan bahwa pernyataan masalah menandakan apakah keadaan yang tidak sehat dari pasien atau apa yang diharapkan pasien bisa berubah;
6. Hindarkan menggunakan definisi karakteristik diagnosis medis atau sesuatu yang tidak bisa dirubah dalam pernyataan masalah;
7. Baca ulang diagnosis keperawatan untuk memastikan bahwa pernyataan masalah bisa dicapai dan penyebabnya bisa diukur oleh perawat

H. Perbedaan antara Diagnosis Keperawatan dan Diagnosis Medis

Menurut Rohmah (2017), ada beberapa perbedaan antara diagnosis keperawatan dengan diagnosis medis, di bawah ini:

1. Diagnosis keperawatan

- a. Berfokus pada respon atau reaksi pasien terhadap penyakitnya;
- b. Berorientasi pada kebutuhan individu, bio-psiko-sosio-spiritual;
- c. Berubah sesuai dengan perubahan respon pasien
- d. Mengarah kepada fungsi mandiri perawat dalam melaksanakan tindakan keperawatan dan evaluasi

2. Diagnose medis

- a. Berfokus pada faktor-faktor yang bersifat pengobatan dan penyembuhan penyakit;
- b. Berorientasi kepada keadaan patologis
- c. Cenderung tetap, mulai dari sakit sampai sembuh;
- d. Mengarah kepada tindakan medik yang Sebagian besar dikolaborasikan kepada perawat

I. Format atau Lembar Diagnosis Keperawatan

1. Format analisa data

Format ini merupakan format yang berisi data-data abnormal yang terdiri dari data subjektif dan objektif. Dalam format Analisa data pada bagian atas terdiri atas nama/umur, ruang/kelas dan nomor rekam medis klien. Data harus diisi semua untuk memastikan, agar tidak terjadi kesalahan dalam melakukan tindakan ke klien.

Contoh:

ANALISA DATA

Nama Klien/Umur: No. Rekam medis:

Ruangan/kelas/no.kamar:

Format Analisa data

Table 2.2 Format Analisa Data

No	Data	Etiologi	Masalah
	DS:		
	DO:		

2. Format Diagnosis Keperawatan

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

- a. Menganalisa data
 - b. Mengidentifikasi masalah
 - c. Memformulasikan diagnosis:
 - 1) Masukkan semua data ke dalam format Analisa data
 - 2) Tentukan masalah dari data subjektif dan objektif
 - 3) Tentukan etiologi data subjektif dan objektif

- d. Setelah semua format Analisa data terisi, masukkan masalah dan etiologi ke format diagnose keperawatan dengan menambahkan kata "berhubungan dengan".
- e. Setelah memasukkan diagnose keperawatan, tulis tanggal ditemukan diagnosis serta paraf dan nama jelas perawat yang merumuskan diagnosis keperawatan.

Semakin lengkap standar profesi yang dibutuhkan dalam pelaksanaan praktik perawat, semakin dapat menjamin mutu praktik dan keselamatan klien dalam asuhan keperawatan yang diberikan oleh perawat. SDKI diharapkan tidak hanya bermanfaat dalam pelayanan dan Pendidikan, namun dapat masuk ke dalam sistem JKN sebagai Upaya peningkatan mutu pelayanan keperawatan (Susilaningsih, 2018).

BAB 3

KONSEP STANDAR LUARAN KEPERAWATAN INDONESIA (SLKI)

A. Standar Luaran Keperawatan Indonesia

Standar Luaran Keperawatan Indonesia, disingkat menjadi SLKI adalah panduan yang menjadi tolok ukur dalam menentukan hasil atau luaran keperawatan (PPNI, 2018b). SLKI bertujuan memberikan pelayanan asuhan keperawatan dilakukan secara aman, efektif, dan sesuai dengan prinsip etika. Standar ini berfungsi sebagai pegangan perawat dalam menetapkan kondisi Kesehatan klien yang optimal setelah dilakukan intervensi keperawatan. Dengan menggunakan SLKI, perawat dapat memastikan bahwa tujuan asuhan keperawatan tercapai secara terukur dan sesuai dengan kebutuhan

Luaran keperawatan adalah aspek yang dapat dilihat, mencakup keadaan perilaku, sudut pandang klien sebagai reaksi terhadap intervensi keperawatan. Luaran ini dapat membantu perawat mengarahkan asuhan keperawatan berdasarkan respons klien (Potter & Perry, 2013).

B. Tujuan Luaran Keperawatan

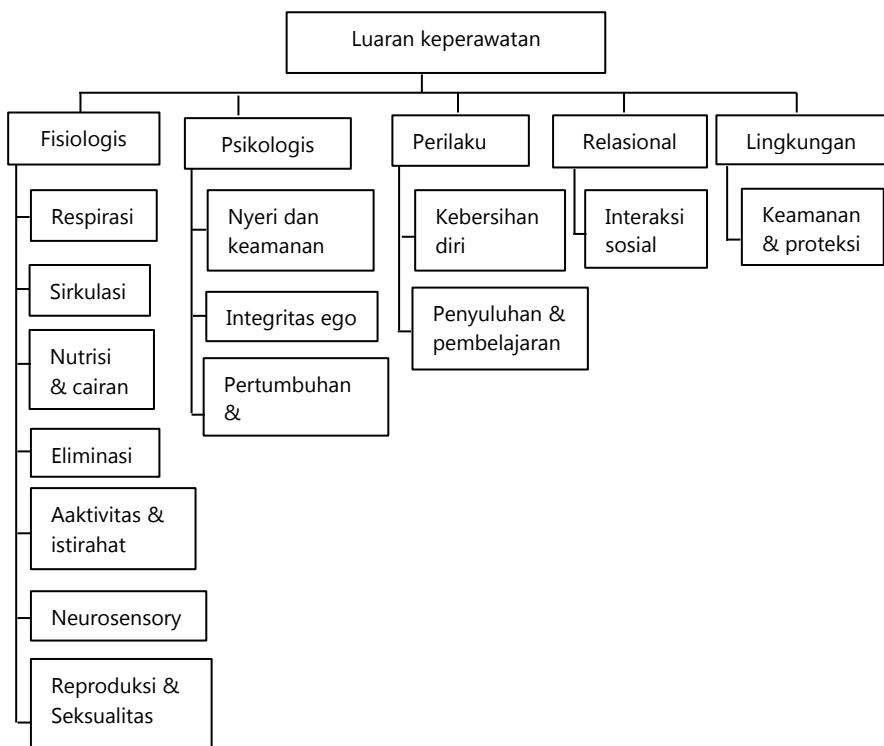
Tujuan penyusunan Standar Luaran Keperawatan Indonesia adalah:

1. Menjadi pedoman dalam penentuan luaran (*outcome*) keperawatan mengarahkan intervensi keperawatan

2. Meningkatkan efektifitas pelaksanaan asuhan keperawatan
3. Mengukur tingkat keberhasilan intervensi keperawatan yang dilakukan
4. Meningkatkan mutu asuhan keperawatan secara keseluruhan

C. Klasifikasi Luaran Keperawatan

International Council of Nursing sejak tahun 1991 telah mengembangkan sistem klasifikasi yang disebut International Classification for Nursing Practice (ICNP). Sistem ini tidak hanya mencakup klasifikasi diagnosis keperawatan, akan tetapi klasifikasi intervensi dan luaran keperawatan. ICNP membagi luaran keperawatan ke dalam lima kategori (Wake & Coen, 1998) yang bisa dilihat pada skema 3.1



Gambar 3.1 Klasifikasi Luaran Keperawatan

Sumber: (Wake & Coen, 1998); (Doengoes et al., 2013)

Klasifikasi ini memberikan kerangka kerja bagi perawat untuk menilai keberhasilan intervensi keperawatan berdasarkan respons klien, membantu meningkatkan kualitas dan fokus asuhan yang diberikan.

D. Jenis Luaran Keperawatan

Luaran keperawatan (*outcome*) dibagi menjadi dua jenis, yakni (PPNI, 2018b) :

1. luaran negatif, menggambarkan keadaan, persepsi, atau perilaku klien yang tidak sehat. Penentuan *outcome* ini

bertujuan untuk mengarahkan intervensi keperawatan agar dapat menurunkan atau mengurangi kondisi tidak sehat.

2. Luaran Positif, menunjukkan keadaan, persepsi klien dan perilaku klien yang sehat, yang bertujuan meningkatkan atau memperbaiki kondisi klien agar mencapai hasil Kesehatan yang lebih baik.

Tabel 3.1 Contoh Jenis Luaran

No	Jenis luaran	Contoh luaran
1	Positif	Bersihan jalan napas Keseimbangan cairan Integritas kulit Citra tubuh
2	Negatif	Tingkat nyeri Tingkat keletihan Tingkat ansietas Tingkat berduka Respons alergi lokal

Sumber: (PPNI, 2018b)

E. Komponen Luaran Keperawatan

Komponen luaran keperawatan terdiri dari tiga komponen yaitu (PPNI, 2018b):

1. Label

Yaitu nama luaran keperawatan berupa kata kunci informasi luaran yang digunakan untuk mengidentifikasi hasil yang diharapkan. Label ini mengacu pada kondisi, persepsi dan perilaku klien yang dapat diperbaiki melalui intervensi. Label biasanya terdiri dari 1 hingga 4 kata dimulai dengan kata benda yang berfungsi sebagai descriptor atau penjelas dari luaran keperawatan tersebut.

Contoh: "Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 1 x 24 jam ..."

2. Ekspektasi

Penilaian terhadap hasil yang diharapkan. Komponen ini menunjukkan perubahan kondisi, perilaku, atau persepsi klien yang diharapkan tercapai setelah pelaksanaan asuhan keperawatan. Terdapat tiga kategori ekspektasi yaitu

- a. Meningkat, terjadi penambahan dalam ukuran, jumlah, derajat atau tingkatan.
- b. Menurun, artinya pengurangan dalam ukuran, jumlah, derajat, atau tingkatan;
- c. Membaik, artinya menimbulkan efek yang lebih baik, adekuat, atau efektif (PPNI, 2018b).

Terdapat tiga kemungkinan yang diharapkan perawat, yaitu:

a. Ekspektasi menurun

Digunakan pada luaran negative, seperti Tingkat keletihan, Tingkat ansietas, Tingkat berduka, Tingkat infeksi, Tingkat perdarahan, respons alergi lokal

b. Ekspektasi meningkat

Digunakan pada luaran positif, seperti bersihkan jalan napas, curah jantung, perfusi perifer, perawatan diri, Tingkat pengetahuan, sirkulasi spontan, status kenyamanan,

c. Ekspektasi membaik

Digunakan pada luaran keperawatan yang tidak dapat diekspektasikan menurun atau meningkat, seperti eliminasi fekal, fungsi seksual, identitas diri, mobilitas, gastrointestinal dan penampilan peran.

3. Kriteria Hasil

Kriteria hasil merupakan indikator spesifik dan terukur yang digunakan untuk mengevaluasi keberhasilan intervensi keperawatan. Kriteria ini digunakan sebagai dasar untuk menilai pencapaian hasil intervensi, serta membantu perawat dalam menilai efektivitas asuhan keperawatan. Pedoman penulisan kriteria hasil berfokus pada pasien, singkat dan jelas, dapat diobservasi dan dapat diukur, ada Batasan waktu yang ditentukan oleh perawat dan pasien.

Contoh: "Produksi sputum menurun".

Tabel 3.2 Kriteria Hasil Luaran Keperawatan

Luaran positif

1	2	3	4	5
Menurun	Cukup menurun	Sedang	Cukup meningkat	Meningkat
1	2	3	4	5
Memburuk	Cukup memburuk	Sedang	Cukup membaik	Membaiik

Luaran negatif

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

Sumber: (PPNI, 2018b)

Kriteria hasil dalam rencana keperawatan terdapat karakteristik yang perlu mendapatkan perhatian, diantaranya berhubungan dengan tujuan perawatan yang telah ditetapkan; dapat dicapai; spesifik, nyata dapat diukur; menuliskan kata positif; menentukan waktu; menggunakan kata kerja; dan menghindari penggunaan kata "normal", "baik", tetapi dituliskan hasil batas ukuran yang ditetapkan atau sesuai.

Tujuan atau *outcome* dalam rencana keperawatan dituliskan berdasarkan SMART, yaitu:

- S = Specific (tidak memberikan makna ganda)
- M = *Measurable* (dapat diukur, dilihat, didengar, diraba, dirasakan ataupun dibantu)
- A = *Achievable* (secara realistik dapat dicapai)
- R = *Reasonable* (dapat dipertanggungjawabkan secara ilmiah)
- T = *Time* (punya Batasan waktu yang sesuai dengan kondisi klien)

F. Penerapan Luaran Keperawatan

Metode dalam penerapan luaran keperawatan yaitu (PPNI, 2018b):

1. Metode dokumentasi manual/tertulis

Dalam metode ini, hasil yang diharapkan dari intervensi keperawatan dicatat secara manual dengan kriteria hasil yang jelas. Contoh pencatatan pada kasus seperti berikut:

Setelah dilakukan **intervensi keperawatan** selama **3x24 jam**, maka **bersihkan jalan napas (Luaran Keperawatan) meningkat (Ekspektasi)**, dengan **kriteria hasil**:

- Batuk efektif meningkat **(Kriteria 1: Hasil)**
- Produksi sputum menurun **(Kriteria 2: Hasil)**
- Mengi menurun **(Kriteria 3: Hasil)**
- Frekuensi napas 12-20 kali/menit **(Kriteria 4: Hasil)**

2. Metode dokumentasi berbasis komputer

Pada metode ini, luaran keperawatan dicatat menggunakan sistem berbasis komputer. Contoh pendokumentasian berikut:

Setelah dilakukan **intervensi keperawatan** selama **3x24 jam**, maka **bersihkan jalan napas (Luaran Keperawatan)** meningkat (**Ekspektasi**), dengan kriteria hasil:

- Batuk efektif 5 **(Kriteria 1 : Skor)**
 - Produksi sputum 5 **(Kriteria 2 : Skor)**
 - Mengi 5 **(Kriteria 3 : Skor)**
 - Frekuensi napas 5 **(Kriteria 4 : Skor)**

Perhatikan!

- a. Kalimat "**setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam, bersihkan jalan napas**" adalah (Label)
 - b. Kata "bersihkan jalan napas **meningkat**" adalah (Ekspektasi)
 - c. Kalimat "**dengan kriteria hasil**" adalah (Kriteria Hasil)

Berikut merupakan gambar contoh penerapan luaran keperawatan pada SLKI

CONTOH LUARAN SLKI

Bersihkan Jalan Napas

L.01001

Definisi
Kemampuan membersihkan sekret atau obstruksi jalan napas untuk mempertahankan jalan napas tetap paten.

Ekspektasi Meningkat

Kriteria Hasil

Nomor Kode Panggil

Label Luaran

Definisi Luaran

Ekspektasi Luaran

Kriteria Hasil dan Skor

Batuks efektif	Menurun	Cukup Menurun	Sedang	Cukup Meningkat	Meningkat
	1	2	3	4	5
Produksi sputum	Meningkat	Cukup Meningkat	Sedang	Cukup Menurun	Menurun
Mengi	1	2	3	4	5
Wheezing	1	2	3	4	5
Mekonium (pada neonatus)	1	2	3	4	5
Dispnea	1	2	3	4	5
Ortopenia	1	2	3	4	5
Sulit bicara	1	2	3	4	5
Sianosis	1	2	3	4	5
Gelisah	1	2	3	4	5

Frekuensi napas	Memburuk	Cukup Memburuk	Sedang	Cukup Membalik	Membalik
	1	2	3	4	5
Pola napas	1	2	3	4	5

Gambar 3.2 Contoh Luaran SLKI

Sumber: (PPNI, 2018)

Penerapan luaran keperawatan memastikan bahwa hasil intervensi keperawatan direncanakan, diobservasi, dan dievaluasi secara sistematis, sehingga tercapai tujuan asuhan yang efektif dan terukur.

BAB 4

KONSEP STANDAR INTERVENSI KEPERAWATAN INDONESIA (SIKI)

A. Standar Intervensi Keperawatan Indonesia

SIKI (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia) merupakan panduan yang digunakan untuk merencanakan intervensi keperawatan yang bertujuan memberikan asuhan keperawatan secara aman, efektif dan sesuai dengan aturan yang berlaku. SIKI juga merupakan salah satu standar profesi yang dibutuhkan dalam menjalankan praktik keperawatan. Intervensi merupakan segala bentuk terapi yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai peningkatan, pencegahan, dan pemulihan Kesehatan klien, individu, keluarga, dan komunitas. Intervensi keperawatan yang diterapkan di beberapa instansi pelayanan Kesehatan di Indonesia telah mengacu kepada standar dan referensi internasional. Akan tetapi, karena belum distandarisasi dan dibakukan, maka diterapkan secara beragam. Penggunaan terminology intervensi keperawatan yang terstandar dapat secara signifikan meningkatkan akurasi, efisiensi, dan efektifitas asuhan keperawatan. PPNI menerbitkan panduan berupa Standar Intervensi Keperawatan Indonesia agar tercipta keseragaman terminology (PPNI, 2018a).

Definisi intervensi dan tindakan keperawatan memiliki definisi yang berbeda. Intervensi keperawatan mencakup semua tindakan yang dilakukan oleh perawat, didasarkan

pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai kriteria hasil yang diharapkan. Sedangkan, Tindakan keperawatan merujuk pada Langkah-langkah spesifik yang perawat lakukan sebagai bagian dari pelaksanaan intervensi keperawatan (PPNI, 2018a).

Intervensi keperawatan perlu distandarisasi sebagai panduan penyusunan intervensi keperawatan, penyeragaman istilah/penyebutan intervensi keperawatan; perluasan (ekspansi) ilmu keperawatan; pengembangan sistem informasi; pembelajaran *decision making* bagi peserta didik keperawatan; penentuan biaya pelayanan yang diberikan oleh perawat; sebagai media mengkomunikasikan keperawatan ke tenaga Kesehatan lain (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)

Salah satu keunggulan yang harus dimiliki standar intervensi keperawatan adalah komprehensif (area generalis dan spesialis; fisiologis dan psikososial; kuratif, preventif; dan promotif; individu, keluarga dan komunitas; *direct care* dan *indirect care*; *independent* dan *collaborative*); berbasis riset; mudah digunakan; menggunakan istilah klinis yang jelas dan dapat dikaitkan dengan diagnosis dan *outcome* keperawatan (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

Adapun rentang intervensi keperawatan yang dimaksud ada empat, yakni *direct care intervention* (intervensi yang dilaksanakan dengan berinteraksi langsung dengan pasien/laying on of hands); *indirect care intervention* (intervensi yang dilaksanakan tanpa berinteraksi langsung dengan pasien namun dilaksanakan demi pasien); *nurse-initiated intervention* (intervensi yang diinisiasi oleh perawat untuk mengatasi diagnosis keperawatan); *health provider-initiated intervention* (intervensi yang diinisiasi oleh tenaga

Kesehatan lain, namun diberikan oleh perawat) (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

B. Tujuan Intervensi Keperawatan

Tujuan SIKI, yaitu:

1. Menjadi panduan bagi perawat dalam Menyusun intervensi keperawatan
2. Meningkatkan otonomi bagi perawat dalam memberikan pelayanan Kesehatan
3. Memudahkan komunikasi intraprofesional dan interprofessional melalui penggunaan istilah intervensi keperawatan yang seragam dan terstandarisasi
4. Meningkatkan mutu asuhan keperawatan

Tujuan SIKI juga membantu perawat merencanakan dan melaksanakan perawatan dengan cara sistematis dan berbasis pengetahuan ilmiah, sehingga dapat mencapai hasil yang diharapkan. Standar ini disusun berdasarkan sistem klasifikasi dari *International Classification of Nursing Practice* (ICNP) (PPNI, 2018a). Standar ini mencerminkan komitmen profesi keperawatan dalam memberikan praktik keperawatan.

C. Klasifikasi Intervensi Keperawatan

Sistem pengelompokan yang disusun secara hierarki, mulai dari konsep yang bersifat umum atau Tingkat tinggi hingga konsep yang lebih khusus atau Tingkat rendah merupakan klasifikasi intervensi keperawatan. Tujuan klasifikasi tersebut untuk mempermudah pencarian intervensi keperawatan, serta memahami berbagai jenis intervensi yang sesuai dengan area praktik dan cabang disiplin ilmu keperawatan serta memudahkan pengkodean yang sesuai dengan penggunaan basis komputer.

Secara skematis (Doengoes et al., 2013; Wake & Coen, 1998), sistem klasifikasi ini mencakup lima kategori utama dan empat belas subkategori yang dirinci (PPNI, 2018a):

1. Fisiologis, kategori ini mencakup intervensi yang mendukung pemulihan fisik dan regulasi homeostasis, meliputi:
 - a. Respirasi: yang memuat kelompok intervensi keperawatan yang mendukung pemulihan fungsi pernapasan dan oksigenasi
 - b. Sirkulasi: mendukung pemulihan fungsi jantung dan pembuluh darah
 - c. Nutrisi/cairan, mendukung pemulihan fungsi asupan makanan bergizi, gastrointestinal, metabolism, serta keseimbangan cairan dan elektrolit
 - d. Eliminasi: mendukung pemulihan fungsi eliminasi fekal dan urinaria
 - e. Aktivitas/istirahat: mendukung pemulihan fungsi muskuloskeletal, pengelolaan energi dan istirahat/tidur
 - f. *Neurosensory*, mendukung pemulihan fungsi otak dan sistem saraf
 - g. Reproduksi dan seksualitas, mendukung pemulihan fungsi reproduksi dan aspek seksual
2. Psikologis, kategori ini berfokus mendukung fungsi fisik serta proses mental, meliputi:
 - a. Nyeri dan kenyamanan: mengurangi rasa sakit dan meningkatkan rasa nyaman.
 - b. Integritas ego: memulihkan kesejahteraan emosional
 - c. Pertumbuhan dan perkembangan: mendukung fungsi tumbuh dan perkembangan individu
3. Perilaku, kategori ini bertujuan mendukung perubahan perilaku atau penerapan pola hidup sehat, meliputi:

- a. Kebersihan diri, memulihkan kebiasaan, gaya hidup, kemampuan individu dalam merawat dirinya sendiri
 - b. Penyuluhan dan pembelajaran, meningkatkan informasi, pengetahuan, serta edukasi tentang pola hidup sehat
4. Relasional, mencakup intervensi yang mendukung interaksi sosial, termasuk pemulihan hubungan sosial antar individu
5. Lingkungan, kategori ini meliputi: keamanan dan proteksi: meningkatkan keselamatan dan mencegah cedera

D. Komponen Intervensi Keperawatan

Komponen intervensi keperawatan pada standar ini terdiri dari tiga komponen utama yaitu (PPNI, 2018a):

1. Label

Merupakan nama dari intervensi yang menjadi kata kunci untuk memperoleh informasi tentang intervensi tersebut. Label biasanya terdiri dari satu atau beberapa kata yang diawali dengan kata benda, bukan kata kerja, dan berfungsi sebagai deskriptor intervensi keperawatan. Terdapat sekitar 18 deskriptor yang digunakan pada label intervensi keperawatan, yaitu:

Tabel 4.1 Deskriptor Intervensi Keperawatan

Deskriptor	Definisi
Dukungan	Memfasilitasi, memudahkan atau melancarkan
Edukasi	Mengajarkan atau memberikan informasi
Kolaborasi	Melakukan kerjasama atau interaksi
Konseling	Memberikan bimbingan
Konsultasi	Memberikan informasi tambahan atau pertimbangan

Latihan	Mengajarkan suatu keterampilan atau kemampuan
Manajemen	Mengidentifikasi dan mengelola
Pemantauan	Mengumpulkan dan menganalisis data
Pemberian	Menyiapkan dan memberikan
Pemeriksaan	Mengobservasi dengan teliti
Pencegahan	Meminimalkan risiko atau komplikasi
Pengontrolan	Mengendalikan
Perawatan	Mengidentifikasi dan merawat
Promosi	Meningkatkan
Rujukan	Menyusun penatalaksanaan lebih lanjut
Resusitasi	Memberikan tindakan secara tepat untuk mempertahankan kehidupan
Skrining	Mendeteksi secara dini
Terapi	Memulihkan Kesehatan dan/atau menurunkan risiko

Sumber: (PPNI, 2018a)

2. Definisi

Memberikan penjelasan tentang makna dari label intervensi berupa kegiatan atau aktivitas yang dilakukan oleh profesi perawat.

3. Tindakan

Merupakan serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat dalam melaksanakan intervensi keperawatan. Tindakan ini dikelompokkan menjadi empat jenis, dan penyusunan intervensi keperawatan menggunakan pendekatan OTEK yaitu (Berman et al., 2015; Potter & Perry, 2013; Wilkinson et al., 2016):

a. Observasi

Pengumpulan serta analisis data mengenai kondisi kesehatan klien. Kata-kata yang sering digunakan dalam Tindakan ini, adalah "identifikasi", "periksa", atau "monitor". Penggunaan kata "kaji", sebaiknya dihindari

karena istilah tersebut lebih sering digunakan pada tahap awal proses keperawatan (sebelum diagnosis), sehingga dapat menyebabkan kerancuan, sementara itu, tindakan observasi merupakan langkah yang dilakukan setelah diagnosis untuk memantau kondisi pasien.

b. Terapeutik

Tindakan langsung yang dapat memulihkan kondisi Kesehatan klien atau mencegah buruknya masalah Kesehatan. Kata-kata yang biasa digunakan, "berikan", "lakukan", maupun istilah serupa untuk menggambarkan aktivitas yang berdampak langsung terhadap Kesehatan pasien

c. Edukasi

Tindakan yang bertujuan meningkatkan pengetahuan dan kemampuan merawat diri melalui pembelajaran perilaku dan keterampilan baru untuk mengatasi masalah kesehatan. Kata-kata yang sering digunakan dalam Tindakan edukasi adalah "ajarkan" "anjurkan", atau "latih".

d. Kolaborasi

Tindakan ini berkaitan dengan kolaborasi antara perawat dan professional kesehatan lainnya atau sesama profesi. Kolaborasi dilakukan bila perawat memerlukan penanganan lebih lanjut. Tindakan ini memerlukan gabungan wawasan atau pengetahuan, dan keterampilan, dari berbagai professional Kesehatan. Kata-kata yang sering digunakan adalah "kolaborasi", "rujuk", "konsultasikan".

E. Penentuan Intervensi Keperawatan

Penentuan intervensi keperawatan berdasarkan pilihan Tindakan yang sesuai yaitu menuliskan label intervensi sesuai dengan standar; Tindakan dapat ditambah, dikurangi atau dimodifikasi, tulis Tindakan secara sistematis (urutan OTEK). Pada konteks gawat darurat dan/atau kritis, maka gunakan pemilihan Tindakan yang sesuai dengan kondisi pasien dan karakteristik pasien gawat darurat, kemudian pilihlah Tindakan prioritas untuk menyelamatkan nyawa dan menstabilkan kondisi pasien.

Faktor-faktor yang harus dipertimbangkan perawat dalam menentukan intervensi keperawatan (DeLaune & Ladner, 2011; Gordon, 1994; Potter & Perry, 2013) :

1. Karakteristik diagnosis keperawatan

Merupakan elemen penting dalam proses keperawatan yang membantu perawat merumuskan intervensi yang tepat dalam memenuhi kebutuhan klien. Apabila penyebabnya tidak dapat diatasi secara langsung (misalnya penyakit kronis atau terminal), maka intervensi keperawatan difokuskan pada pengelolaan tanda/gejala, seperti mengelola gejala seperti meningkatkan kenyamanan, mendukung adaptasi klien terhadap kondisi dan memberikan dukungan psikososial kepada klien dan keluarga. Diagnosis risiko berfokus pada menghilangkan faktor risiko.

2. Outcome yang diharapkan

merupakan hasil akhir yang diharapkan tercapai setelah implementasi dilakukan. *Outcome* ini memberikan arahan yang jelas bagi perawat dalam merencanakan dan menentukan Langkah-langkah intervensi yang sesuai untuk mencapai tujuan.

3. Kemampulaksanaan Intervensi Keperawatan

Perawat merencanakan dan melaksanakan intervensi keperawatan dengan melihat waktu, tenaga dan sumber daya manusia yang tersedia untuk memastikan bahwa intervensi dapat dilaksanakan secara efektif dan efisien

4. Kemampuan perawat

Perawat harus memiliki pengetahuan ilmiah dasar untuk menerapkan intervensi dan memiliki keterampilan psikomotorik yang diperlukan untuk melaksanakan Tindakan yang akurat.

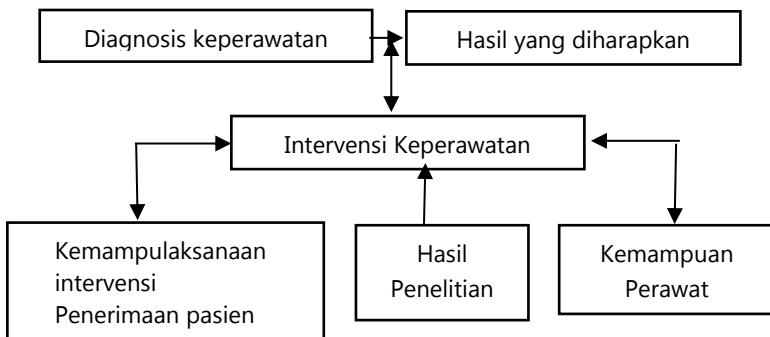
5. Penerimaan pasien

Intervensi yang dipilih sangat dipengaruhi nilai, keyakinan, serta budaya yang dianut pasien, sehingga, klien lebih kooperatif, menghargai dan diterima dengan baik.

6. Hasil penelitian

Pelaksanaan intervensi keperawatan didasarkan pada bukti penelitian yang menunjukkan efektivitas intervensi terhadap klien. Jika belum tersedia bukti penelitian, perawat dapat mengandalkan prinsip ilmiah dasar, melakukan konsultasi dengan ahli atau dari perawat spesialis, mengacu pada pedoman klinis serta mengevaluasi efek/respon dari intervensi untuk menentukan pilihan intervensi yang tepat.

Untuk memudahkan, faktor penentuan dalam intervensi keperawatan berikut gambaran skema 4.1



Gambar 4.1 Faktor Penentuan Intervensi Keperawatan

Sumber: (DeLaune & Ladner, 2011; Gordon, 1994; Potter & Perry, 2013)

Setelah dilakukan penentuan intervensi keperawatan, perawat selanjutnya melakukan implementasi keperawatan, yaitu sebuah fase dimana perawat melaksanakan rencana atau intervensi yang sudah dilaksanakan sebelumnya (Kozier, Erb, Berman & Synder, 2011). Tahapan pelaksanaan terdiri dari tindakan mandiri dan kolaborasi yang mencakup peningkatan Kesehatan, pencegahan penyakit, pemulihan Kesehatan dan memfasilitasi coping, supaya kondisi pasien cepat membaik, perawat perlu bekerjasama dengan keluarga dalam melaksanakan tercapainya tujuan dan kriteria hasil yang sudah dibuat dalam intervensi (Nursalam, 2016). Setelah dilakukan implementasi keperawatan, fase akhir dalam proses keperawatan adalah evaluasi keperawatan, baik berupa evaluasi formatif atau sumatif. Evaluasi formatif yaitu menghasilkan umpan balik selama program berlangsung, sedangkan evaluasi sumatif, yaitu dilakukan setelah program selesai dan mendapatkan informasi efektifitas dalam pengambilan Keputusan (Deswani, 2011). Evaluasi keperawatan didokumentasikan dalam bentuk SOAP (Subjektif, Objektif, Assessment, Planning). Subjektif Dimana

perawat mendapatkan keluhan pasien yang masih dirasakan setelah dilakukan tindakan keperawatan; Objektif, data yang berdasarkan hasil observasi/pengukuran perawat secara langsung kepada pasien dan yang dirasakan pasien setelah diberikan tindakan keperawatan; Assessment, interpretasi dari data subjektif dan objektif; Planning, perencanaan keperawatan yang akan dilanjutkan, dihentikan, dimodifikasi, atau ditambah dari rencana tindakan keperawatan yang telah ditentukan sebelumnya.

BAB 5

PENDOKUMENTASIAN ASUHAN KEPERAWATAN

A. Pengertian Pendokumentasian Asuhan Keperawatan

Dokumentasi merupakan aspek penting dalam praktik keperawatan. Dokumentasi Keperawatan bisa diakses oleh pasien, dokter, ahli gizi, ahli terapi fisik dan apoteker atau anggota tim layanan kesehatan lainnya. Dokumentasi keperawatan merupakan bukti tertulis yang menunjukkan wewenang dan tanggung jawab moral perawat terhadap asuhan keperawatan. Dokumentasi yang tepat dan komprehensif penting karena beberapa alasan lain, antara lain meningkatkan kualitas dan keamanan layanan kesehatan, memastikan akuntabilitas praktik, dan memfasilitasi komunikasi antara berbagai pihak yang terlibat dalam perawatan pasien (Hada A, Coyer F, Jack L, 2018). Pendokumentasian Asuhan Keperawatan merupakan proses pencatatan asuhan keperawatan pasien yang dimulai dari Pengkajian, Diagnosis, Perencanaan, Implementasi dan Evaluasi yang dilakukan pada pasien selama dalam perawatan.

Tujuan Dokumentasi Keperawatan (Selvi S Tamil, 2017) antara lain:

1. Komunikasi

Dokumentasi digunakan sebagai komunikasi dan memberikan kesinambungan perawatan di antara perawat yang operan shift. Dokumentasi yang tepat

menjamin kesinambungan perawatan dengan memfasilitasi evaluasi kondisi klien berdasarkan kebutuhan yang terdokumentasi.

2. Edukasi

Dokumentasi juga berfungsi sebagai alat untuk menyempurnakan pembelajaran melalui peninjauan catatan klien.

3. Riset

Data yang terdokumentasi dari klien dapat berfungsi sebagai sumber data bagi para peneliti. Sebagai dasar untuk menyaring subjek yang mungkin untuk studi penelitian.

4. Dokumentasi Hukum (*Legal Documentation*)

Informasi yang terkandung dalam medis pasien berfungsi untuk memberikan bukti tentang apa yang sebenarnya terjadi kepada pasien.

5. Pengawasan dan Pemantauan

Dokumentasi Keperawatan bisa digunakan untuk menentukan sejauh mana standar pelayanan keperawatan terpenuhi.

B. Prinsip – Prinsip Pendokumentasian

Prinsip Pendokumentasian (Sugianto, dkk, 2024) terdiri dari :

1. Akurat

Data yang dituliskan sesuai dengan kondisi pasien. Data yang dituliskan harus sesuai baik identitas, hasil pemeriksaan, hasil laboratorium, hasil radiologi pada pasien.

Misal dalam menuliskan data pemberian obat perawat harus memastikan obat yang diberikan ke

pasien tepat obat, dosis, cara pemberian, dan waktu pemberian.

Misalnya. Perawat menuliskan istilah yang memang sudah lazim digunakan oleh profesi kesehatan di dalam dokumentasi keperawatan.

2. *Legibility*

Penulisan dokumentasi keperawatan harus mudah dibaca dan difahami oleh teman sejawat, dan profesi kesehatan yang lain.

3. *Brevity (Ringkas)*

Perawat dalam melakukan pendokumentasian asuhan keperawatan secara *brevity* (ringkas). Perawat dalam melakukan dokumentasi secara ringkas, menuliskan kondisi pasien secara lengkap dan ringkas.

C. Format dan Sistem Pendokumentasian

Format pendokumentasian asuhan keperawatan terdiri dari beberapa format, diantaranya:

1. *Source Oriented Record (SOR)*

Model dokumentasi asuhan keperawatan yang fokus pada sumber informasi yang diperoleh dari catatan atau pencatatan oleh pihak lain. Sebagai contoh, dalam tim pelayanan kesehatan yang terdiri dari dokter, perawat, ahli gizi, fisioterapis, dan apoteker, setiap tenaga kesehatan akan mencatat informasi sesuai dengan profesiya masing-masing. Catatan medis dokter akan ditulis oleh dokter, catatan perawat oleh perawat, catatan ahli gizi oleh ahli gizi, catatan fisioterapis oleh fisioterapis, dan catatan apoteker oleh apoteker.

Komponen dalam dokumentasi SOR yaitu,

a. Lembar Penerimaan berisi tentang identitas Pasien

- b. Lembar Instruksi Dokter
- c. Lembar mengenai Riwayat penyakit atau medis
- d. Catatan Perawat
- e. Catatan dan Laporan Khusus
- f. Formulir grafik.
- g. Format pemberian obat.
- h. Format catatan perawat.
- i. Riwayat penyakit/perawatan/pemeriksaan.
- j. Perkembangan pasien.
- k. Format pemeriksaan laboratorium, x-Ray, dll.
- l. Formulir masuk RS.
- m. Formulir untuk operasi yang ditandatangani oleh pasien/keluarga

Contoh model SOR

Tabel 5.1 Model Pendokumentasian SOR

Tanggal	Waktu	Sumber	Catatan Perkembangan
Tanggal/ bulan/ tahun	Waktu tindakan	Perawat	Meliputi: (1) pengkajian,(2) identifikasi masalah, (3)perlunya rencana tindakan, (4)rencana segera, (5) intervensi,(6) penyelesaian masalah, (7)evaluasi efektifitas tindakan, dan(8) hasil.

			Tanda tangan perawat.
Tanggal/ bulan/ tahun	Waktu tindakan	Dokter	Meliputi observasi keadaan pasien, evaluasi kemajuan,identifikasi masalah baru dan penyelesaian lainnya, rencana tindakan dan pengobatan terbaru. Tanda tangan dokter.
tanggal/ bulan/ tahun	Waktu tindakan	Fisioterapi	Meliputi hal-hal yang perludilakukan fisioterapi, masalah pasien, rencana, intervensi dan hasil.

			Tanda tangan fisioterapis.
tanggal/ bulan/ tahun	Waktu tindakan	Ahli Gizi	Melibuti masalah gizi pasien, rencana diet pasien, respon pasien Tanda tangan ahli gizi.

Sumber: (Sulistyawati, Wiwin., 2020)

2. Model Problem Oriented Record (POR)

Model POR memiliki pendekatan logis dalam menganalisis dan menyelesaikan masalah, yang memungkinkan komunikasi lebih efektif. Model ini mencakup penjelasan singkat mengenai setiap masalah yang tercantum dalam daftar, serta hasil dari upaya penyelesaiannya, apakah berhasil atau tidak.

Model dokumentasi keperawatan yang menggunakan pendekatan problem oriented record (POR) lebih mudah diimplementasikan karena fokusnya pada pengumpulan data tentang klien, yang kemudian didokumentasikan dan disusun berdasarkan masalah yang dihadapi klien. Sistem dokumentasi ini mengintegrasikan seluruh informasi mengenai masalah klien yang dikumpulkan oleh dokter, perawat, atau tenaga kesehatan lain yang terlibat dalam memberikan layanan (Hirzal et al., 2018).

Komponen Model POR terdiri dari 4 (empat) komponen meliputi data dasar, daftar masalah, daftar awal rencana asuhan dan catatan perkembangan (*progress note*).

a. Data Dasar

Data dasar adalah informasi yang diperoleh dari hasil pengkajian saat pasien pertama kali masuk rumah sakit. Pengkajian keperawatan dasar mencakup riwayat kesehatan atau perawatan sebelumnya, pemeriksaan fisik keperawatan, diet, serta pemeriksaan penunjang seperti foto rontgen dan hasil laboratorium. Data dasar ini digunakan sebagai dasar untuk menentukan masalah yang dihadapi oleh klien.

b. Daftar Masalah

Daftar masalah berisi data yang telah diidentifikasi dari data dasar yang dikategorikan sebagai masalah. Data masalah di susun secara kronologis sesuai dengan hasil identifikasi masalah prioritas. Data disusun pertama kali oleh tenaga kesehatan yang pertama kali bertemu klien atau orang yang diberi tanggung jawab. Pengkategorian data dikelompokkan berdasarkan masalah fisiologis, psikologis, sosio kultural, spiritual, tumbuh kembang, ekonomi dan lingkungan. Daftar ini berada pada bagian depan status klien dan tiap masalah diberi tanggal, nomor, dirumuskan dan dicantumkan nama orang yang menemukan masalah tersebut.

Tabel 5.2 Daftar Masalah

Tanggal	No	Masalah Pasien	Diidentifikasi Oleh	Keterangan
22-12-2024	1A	Pasien Tn. Andi menderita CVA yang berakibat hemiplegia kanan dan lemah pada sisi kanan tubuh, wajah tidak simetris.	Dr. Abdul	
	1B	Defisit Perawatan Diri Gangguan Mobilitas Fisik	Ns. Tuti	
	1C	Disfasia Progresif Inkontinensia Total	Ns. Ahmad	

Sumber : (Sulistyawati, Wiwin., 2020)

c. Daftar Awal Rencana Asuhan

Rencana asuhan keperawatan disusun berdasarkan urutan prioritas masalah dan dicatat dalam rencana asuhan keperawatan. Jika ada tindakan kolaboratif, dokter akan menuliskan instruksinya pada catatan medis, yang kemudian diterjemahkan oleh perawat dan dicatat dalam rencana perawatan.

d. Catatan Perkembangan (Progress Notes)

Catatan perkembangan berisi informasi mengenai kemajuan yang dialami klien pada setiap masalah kesehatan yang dihadapinya. Setiap anggota tim kesehatan yang terlibat dalam perawatan klien akan mencatat laporannya pada lembar catatan perkembangan yang sama, yang disusun sesuai bidang profesi masing-masing.

Beberapa format catatan perkembangan yang dapat digunakan antara lain:

- 1) SOAP (Subjektif, Objektif, Analisis/Asesmen, dan Rencana).
- 2) SOAPIER (SOAP ditambah Intervensi, Evaluasi, dan Revisi).
- 3) PIE (Problem, Intervensi, Evaluasi).

Tabel 5.3 Format Perkembangan SOAP (Subjektif, Objektif, Analisis, Plan)

Tanggal	Catatan Perkembangan	Paraf Perawat
9-12- 2024, jam 10.00 wib.	<p>S (Subjektif)</p> <p>Perawat menuliskan keluhan yang dirasakan pasien.</p> <p>Misalnya</p> <p>Tn K merasa dada sesak dan sakit saat bernafas.</p> <p>Objektif</p> <p>Perawat mencatat data yang didapatkan selama pemeriksaan (berdasarkan inspeksi, Palpasi, Perkusi, maupun Auskultasi).</p> <p>Objektif</p>	

	<p>RR = 28 x / menit, dangkal, ada ronkhi di lobus kanan bawah.</p> <p>Analisis Perawat melakukan Analisa dan interpretasi data berdasarkan hasil data subjektif dan objektif kemudian menentukan diagnose yang tepat pada pasien.</p> <p>Analisis Imobilitas telah menurunkan ekspansi paru. Bersihkan Jalan Nafas Tidak Efektif</p> <p>Plan Perawat menuliskan rencana yang akan dilakukan kepada pasien berdasarkan diagnose keperawatan yang ditetapkan.</p> <p>Plan (OTEK) Observasi Monitor jalan nafas (frekuensi, kedalaman) Monitor suara nafas (Ronkhi) Monitor sputum (jumlah, warna) Terapeutik Pertahankan kepatenan jalan nafas Berikan posisi semi Fowler atau Fowler</p>	
--	---	--

	<p>Berikan minum air hangat</p> <p>Lakukan fisioterapi dada</p> <p>Lakukan suction, Berikan oksigen bila perlu</p> <p>Edukasi</p> <p>Anjurkan pemberian cairan 2000 ml / hari jika tidak ada kontraindikasi</p> <p>Ajarkan Teknik batuk efektif</p> <p>Kolaborasi</p> <p>Kolaborasi pemberian obat mukolitik</p>	
--	--	--

Sumber : (Sulistyawati, Wiwin., 2020)

Tabel 5.4 Format Pendokumentasian POR

Data Dasar	Daftar Masalah	Rencana Tindakan	Catatan Perkembangan
Data Suibjektif Data Objektif	1. 2.	Observasi, Terapeutik, Edukasi, Kolaborasi (OTEK)	S O A P
Data Suibjektif Data Objektif	1. 2.	Observasi, Terapeutik, Edukasi, Kolaborasi (OTEK)	S O A P I E R

Sumber : (Sulistyawati, Wiwin., 2020)

Keuntungan Model POR antara lain:

- a. Data yang memerlukan intervensi dijelaskan dalam rencana tindakan keperawatan.

- b. Pelaksanaan asuhan keperawatan yang berkesinambungan tercatat dengan baik.
- c. Hasil evaluasi dan penyelesaian masalah disusun secara jelas, dengan data yang terorganisir berdasarkan masalah spesifik.
- d. Fokus catatan asuhan keperawatan lebih ditekankan pada masalah klien dan proses penyelesaiannya, bukan sekadar tugas dokumentasi.
- e. Daftar masalah berfungsi sebagai "checklist" untuk diagnosis keperawatan dan masalah klien, yang dibuat untuk mengingatkan perawat agar lebih fokus pada perhatian yang diperlukan.

Kerugian Model POR antara lain:

- a. Hal ini dapat menyebabkan kebingungan karena setiap informasi yang masuk dicatat dalam daftar masalah.
- b. Fokus hanya pada masalah yang dikeluhkan oleh klien, sementara kondisi penyakit dan ketidakmampuan mungkin tidak tergali dengan baik, yang dapat menyebabkan pendekatan pengobatan yang kurang efektif. Hal ini juga dapat memperlambat perkembangan klien dalam mencapai tujuan evaluasi.
- c. Perawatan rutin bisa jadi terabaikan dalam pencatatan jika tidak tersedia flowsheet untuk pencatatan.
- d. Bagian "P" (Plan) dalam SOAP dapat menyebabkan duplikasi dengan rencana tindakan keperawatan.

- e. Kemungkinan muncul kesulitan jika daftar masalah belum teratasi atau muncul masalah baru yang dikeluhkan klien.
- f. Penggunaan SOAPIER dapat menyebabkan pengulangan yang tidak perlu.

3. Focus (Process Oriented System)

Pencatatan dengan model Focus menggambarkan proses pencatatan yang berfokus pada keluhan klien. Dokumentasi ini digunakan untuk mengorganisir catatan asuhan keperawatan. Saat menulis catatan perkembangan, format yang digunakan adalah DAR (Data-Action-Respon) dengan tiga kolom.

Datum

Berisi data subjektif dan objektif yang terjadi pada pasien.

Action

Tindakan keperawatan yang dilakukan

Response

Respon pasien terhadap Tindakan yang diberikan.

Keuntungan model FOCUS

- a. Istilah "fokus" lebih luas dan positif dibandingkan dengan penggunaan istilah "masalah".
- b. Pernyataan fokus, pada tingkat yang lebih tinggi, berfungsi sebagai diagnosis keperawatan.
- c. Fokus dengan format DAR bersifat fleksibel dan memberikan panduan yang jelas untuk pencatatan diagnosis keperawatan.
- d. Waktu yang dibutuhkan lebih singkat, karena tidak perlu menulis di beberapa bagian format.
- e. Sistem ini mudah digunakan dan dipahami oleh tenaga kesehatan lainnya, dengan bahasa dan

proses pencatatan yang menggunakan istilah umum.

Kerugian model FOCUS

- a. Penggunaan pencatatan tindakan (action) dapat menyebabkan kebingungan, terutama terkait dengan tindakan yang akan dilakukan atau yang sudah dilaksanakan.
- b. Penggunaan istilah fokus dalam kolom tidak selalu konsisten dengan istilah yang ada pada rencana tindakan keperawatan (Oflah, Yustiana: Ghofur, 2016).

4. Charting By Exception (CBE)

Model dokumentasi keperawatan CBE ini hanya mencatat temuan naratif yang menunjukkan penyimpangan dari data normal. Pendokumentasian dengan cara ini dapat menghemat waktu karena hanya berfokus pada data yang paling relevan, mempermudah pencarian informasi, memungkinkan pencatatan langsung selama pemberian asuhan keperawatan, menyediakan pengkajian yang terstandarisasi, mendukung komunikasi yang lebih efektif antar tenaga kesehatan, dan lebih cost-effective.

Komponen dalam Model CBE

- a. Lambar alur atau *flowsheet*.
- b. Pencatatan dilakukan berdasarkan standar praktik.
- c. Format dokumentasi mudah untuk dijangkau.

Perawat meletakkan dokumen di tempat tidur pasien.

Keuntungan Model CBE

- a. Tersusunnya standar minimal untuk pengkajian dan intervensi.

- b. Data yang tidak normal terlihat jelas, sehingga mudah untuk ditandai dan dipahami.
- c. Data normal atau respons yang diharapkan tidak mengganggu informasi lainnya.
- d. Pencatatan menjadi lebih fokus dan duplikasi dapat dihindari.
- e. Data klien dapat dicatat segera pada format yang sesuai.
- f. Informasi terbaru dapat ditempatkan di samping tempat tidur klien.
- g. Jumlah halaman yang digunakan dalam dokumentasi lebih sedikit.
- h. Rencana tindakan keperawatan disimpan sebagai catatan yang bersifat permanen.

Kerugian menggunakan model CBE antara lain:

- a. Dokumentasi sangat bergantung pada penggunaan "checklist".
- b. Ada kemungkinan pencatatan yang belum terisi atau tidak dicatat sama sekali.
- c. Hasil pengamatan rutin seringkali terabaikan.
- d. Beberapa kejadian tercatat, tetapi tidak semuanya didokumentasikan.
- e. Tidak mengakomodasi pencatatan dari disiplin ilmu lainnya.
- f. Dokumentasi proses keperawatan tidak selalu berkaitan langsung dengan suatu kejadian.

5. Pendokumentasian berbasis Digital (Electronic Health Record)

Electronic Health Record (EHR) didefinisikan sebagai "catatan elektronik longitudinal dari informasi kesehatan pasien yang berada dalam perawatan. Komponen HER meliputi demografi pasien, catatan

kemajuan, masalah, obat-obatan, tanda-tanda vital, riwayat kesehatan masa lalu, imunisasi, data laboratorium, dan laporan radiologi (Menachemi & Collum, 2011).

Keuntungan menggunakan *Electronic Health Record* yaitu

- a. Keuntungan secara klinis mencakup peningkatan kualitas perawatan, pengurangan kesalahan medis, dan perbaikan lainnya dalam ukuran tingkat pasien yang menggambarkan kesesuaian perawatan.
- b. Keuntungan bagi organisasi, mencakup hal-hal seperti kinerja keuangan dan operasional, serta kepuasan di antara pasien dan petugas kesehatan yang menggunakan EHR.
- c. Keuntungan secara sosial diantaranya lebih mudah dalam melakukan penelitian dan mencapai peningkatan populasi kesehatan (Menachemi & Collum, 2011).

D. Komponen Pendokumentasian Proses Asuhan Keperawatan

Komponen Pendokumentasian Asuhan
Keperawatan terdiri dari:

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan langkah pertama dalam proses keperawatan yang dilakukan secara terstruktur untuk mengumpulkan informasi dari berbagai sumber guna menilai dan menentukan kondisi kesehatan pasien. Pengkajian menghasilkan data Subjektif dan Objektif. Data subjektif merujuk pada deskripsi verbal pasien mengenai kondisi kesehatannya. Informasi ini diperoleh melalui riwayat keperawatan, yang

mencakup persepsi, perasaan, dan pandangan pasien tentang status kesehatannya. Sumber data tambahan juga bisa berasal dari keluarga, konsultan, serta tenaga kesehatan lainnya. Data objektif merujuk pada hasil pengamatan atau pengukuran yang diperoleh terkait kondisi kesehatan pasien (Setiadi, 2012).

2. Diagnosis

Diagnosa keperawatan merupakan evaluasi klinis terhadap reaksi individu, keluarga, atau komunitas terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang sedang terjadi atau yang berpotensi terjadi. Diagnosa ini menjadi dasar dalam memilih intervensi keperawatan yang tepat untuk mencapai hasil yang menjadi tanggung jawab perawat (NANDA).

3. Perencanaan

Perencanaan keperawatan merupakan suatu rencana tindakan tertulis yang menggambarkan masalah kesehatan pasien, hasil yang diharapkan, langkah-langkah keperawatan yang akan dilakukan, serta perkembangan pasien secara rinci.

4. Implementasi

Implementasi keperawatan adalah proses pelaksanaan rencana perawatan yang dilakukan oleh perawat bersama dengan pasien.

5. Evaluasi

Evaluasi keperawatan merupakan proses yang berkelanjutan untuk menilai apakah rencana keperawatan berjalan dengan efektif, serta untuk memutuskan apakah rencana tersebut perlu diteruskan, diperbarui, atau dihentikan (Manurung, 2011).

E. Penerapan SDKI, SIKI, SLKI dalam Pendokumentasian Asuhan Keperawatan

Pendokumentasian asuhan keperawatan adalah bentuk pencatatan dan pelaporan yang dilakukan oleh perawat dalam catatan perawatan. Dokumentasi ini memiliki tujuan untuk kepentingan klien, perawat, dan tim kesehatan dalam memberikan pelayanan kesehatan, dengan menggunakan data yang akurat dan lengkap yang tercatat secara tertulis, sebagai bagian dari tanggung jawab perawat (Wahid, A. & Suprapto I, 2012). Pada umumnya, perawat cenderung enggan melakukan dokumentasi karena dianggap rumit, memakan waktu, dan bervariasi antar perawat. Hal ini menjadi salah satu faktor yang menyebabkan dokumentasi keperawatan yang dilakukan perawat kurang akurat, lengkap, dan tepat, yang pada akhirnya dapat menurunkan kualitas pelayanan keperawatan. Secara hukum, dokumentasi berfungsi sebagai bukti tertulis atas tindakan perawat dalam memberikan asuhan keperawatan (Nursalam, 2012). Kurangnya kualitas dalam pendokumentasian, yang tidak efektif dan efisien, dapat menyebabkan terjadinya kesalahan komunikasi antara perawat dan profesi lainnya (Braaf, S., MAnias, E., & Riley R, 2011). Cara meningkatkan kualitas dokumentasi asuhan keperawatan melalui pelatihan dan penerapan 3 S (SDKI, SIKI, dan SLKI).

Berdasarkan hasil penelitian tentang penerapan SDKI, SLKI, SIKI terhadap kualitas pendokumentasian di ruang rawat inap Rumah Sakit didapatkan data bahwa sebagian besar responden (60,7%) menerapkan 3S (SDKI, SLKI, SIKI) dengan baik. Hal itu terlihat dari sudah adanya Standar Operasional Prosedur (SOP) tentang penerapan 3S di Rumah Sakit tempat mereka bekerja, sudah ada

format Standar Asuhan Keperawatan yang mengacu pada SDKI, SIKI dan SLKI, dan sosialisasi tentang SDKI, SIKI, dan SLKI walaupun belum seluruh responden mendapatkan sosialisasi. Akan tetapi untuk kegiatan evaluasi dan pembinaan tentang penerapan SDKI, SIKI dan SLKI hanya dilakukan pada sebagian responden (65%)(Sulistyawati & Susmiati, 2020).

Berbagai cara dilakukan untuk menerapkan 3S diantaranya Penerapan aplikasi 3S untuk membantu perawat dalam menentukan diagnosa keperawatan, intervensi dan luaran asuhan keperawatan (Widayanti, Asti & Yuniar, 2021), sosialisasi tentang 3S kepada perawat di rumah sakit (Kusumaningsum, 2020), program pelatihan kepada perawat tentang penerapan 3S (Awaliyani, V. A., Pranatha, A., & Wulan, 2021) maupun kegiatan Supervisi yang dilakukan oleh Kepala Ruangan melalui Rekap Dokumentasi Asuhan Keperawatan (Rezkiki, F., Evi, N., Jafone, F. A., & R, 2022).

SDKI berfungsi sebagai pedoman bagi perawat dalam menetapkan diagnosis keperawatan, mempermudah komunikasi baik antarprofesional maupun intraprofesional, yang berujung pada peningkatan kualitas pelayanan keperawatan. SDKI adalah acuan yang digunakan sebagai pedoman dalam penegakan diagnosis keperawatan untuk memberikan asuhan keperawatan yang aman, efektif, dan etis. SDKI mencakup pengertian diagnosis keperawatan, klasifikasi, jenis-jenis, komponen-komponen, serta proses penegakan diagnosis keperawatan (PPNI, 2017).

SLKI membantu perawat dalam merencanakan asuhan keperawatan yang sesuai dengan hasil yang diinginkan, guna memenuhi kebutuhan klien secara

menyeluruh. SIKI menjadi acuan bagi perawat dalam merancang intervensi keperawatan, sehingga tercipta keseragaman dalam penggunaan istilah yang menggambarkan ruang lingkup tindakan perawat, serta semakin menunjukkan kontribusi profesi keperawatan dalam sistem pelayanan kesehatan. Dengan demikian, semua aspek asuhan yang diterima klien dapat diberikan secara optimal, terstandar secara nasional, sambil tetap mempertimbangkan nilai-nilai sosiokultural dan spiritual yang dianut klien.

BAB 6

PENUTUP

Pendokumentasian asuhan keperawatan merupakan bukti pencatatan perawat yang berisi tentang status atau perawatan yang diberikan perawat kepada pasien. Dalam perjalanan buku ini, kita telah membahas berbagai format tentang dokumentasi keperawatan mulai *Source Oriented Record*, POR, FOCUS, Charting by Exception (CBE) dan Electronic Health Record. (EHR).

Penerapan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI), Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI), dan Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) menjadi tolok ukur yang dipergunakan sebagai pedoman penegakan diagnosis keperawatan, intervensi keperawatan dan luaran keperawatan dalam rangka memberikan asuhan keperawatan yang aman, efektif dan etis.

Melalui buku ini, kami telah menggarisbawahi pentingnya penerapan SDKI, SIKI, dan SLKI dalam meningkatkan kualitas pendokumentasian asuhan keperawatan sehingga bisa meningkatkan mutu pelayanan keperawatan. Dengan meningkatkan menerapkan SDKI, SIKI, dan SLKI, perawat mampu:

1. Menegakkan diagnosis keperawatan yang tepat pada pasien.
2. Memberikan intervensi yang sesuai dengan diagnosis keperawatan yang ditegakkan pada pasien dengan mencakup OTEK (Observasi, Terapeutik, Edukasi, Kolaborasi).

3. Menyusun Luaran yang sesuai, terukur dan bisa dicapai pasien.

Kami berharap buku ini dapat menjadi referensi yang bermanfaat bagi perawat untuk meningkatkan pemahaman dan pengetahuan perawat mengenai penerapan SDKI, SIKI, dan SLKI dalam pendokumentasian asuhan keperawatan. Untuk meningkatkan pemahaman dan pengetahuan perawat dalam menerapkan SDKI, SIKI dan SLKI dalam pendokumentasian asuhan keperawatan kami merekomendasikan beberapa langkah konkret yang dapat dilakukan:

1. Diskusi Refleksi Kasus

Pelaksanaan DRK penting untuk meningkatkan pemahaman perawat tentang SDKI, SIKI, dan SLKI sehingga perawat dengan mudah memahami melalui kasus yang ada.

2. Pelatihan (Inhouse Training)

Pelatihan tentang dokumentasi keperawatan dengan menerapkan SDKI, SIKI dan SLKI penting untuk meningkatkan pengetahuan perawat karena dengan adanya pelatihan maka pengetahuan perawat akan meningkat sehingga bisa menerapkan dengan mudah.

3. Penggunaan Teknologi

Manfaatkan teknologi dengan Pendokumentasian berbasis digital (EHR) mempermudah perawat dalam melakukan pendokumentasian.

4. Kebijakan yang Mendukung

Kebijakan bidang keperawatan dalam penyusunan SOP dokumentasi keperawatan dan pembuatan format yang mengacu pada SDKI, SIKI dan SLKI memudahkan perawat dalam mendokumentasikan asuhan keperawatan

pada pasien, serta adanya supervisi Kepala Ruang terhadap hasil rekap Asuhan Keperawatan.

Sebagai penutup, kami ingin menegaskan bahwa penerapan SDKI, SIKI, dan SLKI dalam pendokumentasiand asuhan keperawatan akan memudahkan perawat dalam melakukan pendokumentasiand dan meningkatkan mutu pelayanan keperawatan.

Kami menyampaikan banyak terima kasih kepada pembaca yang telah mengikuti pembahasan dalam buku ini. Semoga informasi dan wawasan yang disampaikan dapat memberikan manfaat yang nyata bagi pembaca.

DAFTAR PUSTAKA

- Ackley, B. J., Ladwig, G. B., & Makic, M. B. F. (2017). *Nursing Diagnosis Handbook, An Evidence-Based Guide to Planning Care* (11th Edition). Elsevier.
- Awaliyani, V. A., Pranatha, A., & Wulan, N. (2021). Pengaruh Penggunaan Buku Sdki, Slki Dan Siki Terhadap Peningkatan Pengetahuan Perawat Dalam Membuat Dokumentasi Keperawatan Berbasis SDKI SLK Dan SIKI Di Rumah Sakit Kmc Kuningan Tahun 2021. *Journal of Nursing Practice and Education*, 2(1), 22–23. <https://doi.org/10.34305/jnpe.v2i1.334>
- Berman, A., Synder, S., & Frandson, G. (2015). *Kozier & Erb's Fundamentals of Nursing: Concept, Process, and Practice* (10th Edition). Pearson Education Inc.
- Braaf, S., MAnias, E., & Riley, R. (2011). The role of documents and documentation in communication failure ecross the perioperative pathway: A literature review. *Intrenational Journal of Nursing Studies*, 48(8), 1024–1038.
- Carpenito, L. J. (2013). *Nursing Diagnosis: Application to Clinical Practice* (14th Edi). Wolter Kluwer-Lippincott Williams & Wilkins.
- Christensen, P., & Kenney, J. W. (2009). *Proses Keperawatan, Aplikasi Model Konseptual (Terj. dari Nursing Process: Application of Conceptual Models)* (4t Ed). EGC.
- D'Agostino F, Vellone E, Cocchieri A, Welton J, Maurici M, Polistena B,, & Sanson G. (2019). Nursing

- Diagnoses as Predictors of Hospital Length of Stay: A Prospective Observational Study. *Journal of Nursing Scholarship*, 51(1), 96–105.
- Deswani. (2011). Proses Keperawatan dan Berpikir Kritis. Jakarta: Salemba Medika.
- DeLaune, & Ladner. (2011). *Fundamental of Nursing, Standard and Practices* (4th ed.). Delmar, Cengage Learning.
- Doengoes, M., Moorhouse, M. F., & Murr, A. C. (2013). *Nursing Diagnosis Manual: Planning, Individualizing and Documenting Client Care*. F. A. Davis Company.
- Gordon, M. (1994). *Nursing Diagnosis: Process and Application* (3rd ed.). Mosby.
- Hansbauer, M. (2021). A Short Note on Medical Diagnosis and Types. *Med Rep Case Stud*, 06(S6), 33.
- Hirzal, H., Ardenny, A., & W, D. (2018). Efektivitas Format Pendokumentasian Keperawatan Model Problem Oriented Record (Por) Terhadap Kemudahan Penggunaannya Oleh Perawat Di Rawat Jalan Rsud Petala Bumi Pekanbaru Tahun 2013. *Jurnal Proteksi Kesehatan*, 3(1), 366–376. <https://doi.org/10.36929/jpk.v3i1.22>
- Jefferies, D., Johnson, M., & Griffiths, R. (2010). A meta-study of the essentials of quality nursing documentation. *International Journal of Nursing Practice*, 16(2), 112–124. <https://doi.org/10.1111/j.1440-172X.2009.01815.x>

- Jefferies, D., Johnson, M., Nicholls, D., & Lad, S. (2012). A ward-based writing coach program to improve the quality of nursing documentation. *Journal Nurse Education Today*, 32, 647–651.
- Kusumaningsum. (2020). *Penerapan 3S (SDKI, SIKI, SLKI) Terhadap Mutu Dokumentasi Asuhan Keperawatan Di Rumah Sakit*. 9(2), 1323–1328.
- NANDA International. (2024). *Nursing Diagnosis: Definition and Classification 2024-2026* (T. Heather Herdman, Shigemi Kamitsuru, & Camila Takao Lopes, Eds.; Thirteenth Edition). Thieme.
- Noorkasiani, N., Gustina, G., & Maryam, R. S. (2015). Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kelengkapan Dokumentasi Keperawatan. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 18(1), 1–8. <https://doi.org/10.7454/jki.v18i1.391>
- Nurhesti, P. O. Y., Prapti, N. K. G., Kamayani, M. O. A., & Suryawan, P. A. (2020). ANALISIS PENGGUNAAN DIAGNOSIS KEPERAWATAN BERBASIS SDKI DAN NANDA. *Coping: Community of Publishing in Nursing*, 8(2), 118. <https://doi.org/10.24843/coping.2020.v08.i02.p02>
- Nursalam. (2016). Manajemen Keperawatan dan Aplikasi dalam Praktik Keperawatan. Jakarta: Salemba Medika.
- Potter & Perry. (2013). *Fundamentals of Nursing* (8th Edition). Mosby Elsevier.

- PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik, Edisi 1 (Cetakan III: Revisi)* (1st ed.). DPP PPNI.
- PPNI. (2018a). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan, Edisi 1* (Edisi 1). DPP PPNI.
- PPNI. (2018b). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan* (Edisi 1). DPP PPNI.
- Rezkiki, F., Evi, N., Jafone, F. A., & R, A. A. (2022). Penerapan 3S (SDKI, SIKI, SLKI) dalam Asuhan Keperawatan di Ruang Rawat Inap RSUD M.Natsir Solok. *Empowering Society Journal*, 3(1), 51–58.
- Sanson G, Welton J, Vellone E, Cocchieri A, Maurici M, Zega M, ..., & D'Agostino F. (2019). Enhancing The Performance of Predictive Models for Hospital Mortality by Adding Nursing Data. *International Journal of Medical Informatics*, 125, 79–85.
- SDKI, T. P. P. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik.* (II). DPP PPNI.
- Seaback, W. W. (2009). *Nursing Process: Concept and Application* (2nd Ed). Thomson-Delmar Learning.
- Siswanto, L. M. H., Tutik, R., & Hariyati, S. (2013). *FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KELENGKAPAN Pendahuluan Metode.* 16(2), 77–84.

Susilaningsih, E.Z. (2018). Modul Ajar Dokumentasi Keperawatan II. Surakarta: Stikes Kusuma Husada Surakarta.

Sulistyawati, W., & Susmiati, S. (2020). The Implementation Of 3S (SDKI, SIKI, SLKI) to The Quality Of Nursing Care Documentation In Hospital's Inpatient Rooms. *STRADA Jurnal Ilmiah Kesehatan*, 9(2), 1323–1328.

<https://doi.org/10.30994/sjik.v9i2.468>

Sulistyawati, Wiwin., S. (2020). *Dokumentasi Keperawatan: Aplikasi SDKI, SIKI, dan SLKI dalam pendokumentasian asuhan keperawatan*. CV Samudra Biru.
<https://www.samudrabiru.co.id/dokumentasi-keperawatan-aplikasi-sdki-siki-dan-slki-pada-pendokumentasian-asuhan-keperawatan/>

Wahid & Suprapto. (2012). Dokumentasi Proses Keperawatan. Yogyakarta: Nuha Medika.

Wake, M., & Coeen, A. (1998). Nursing Diagnosis in the International Classification for Nursing Practice (ICNP). *Nursing Diagnosis*, 9(3), 111–118.

Widayanti, Asti & Yuniar, I. (2021). Pelatihan Penggunaan Aplikasi Asuhan Keperawatan Rsud Soreang. *Jurnal Kreativitas Pengabdian Kepada Masyarakat*, 4, 56–65.

Wilkinson, J. M., Treas, L. S., Barnet, K., & Smith, M. H. (2016). *Fundamentals of Nursing (3rd Ed)*. F.A. Davis Company.

Zeffiro V, Sanson G, Welton J, Maurici M, Malatesta A, Carboni L,, & D'Agostino F. (2020). Predictive Factors

of a Prolonged Length of Stay in A Community Nursing-Led Unit: A Retrospective Cohort Study. *Journal of Clinical Nursing*, 29(23–24), 4685–4696.

GLOSARIUM

D

Diagnosis Keperawatan: proses keperawatan yang merupakan bagian penilaian klinis tentang pengalaman individu, keluarga, atau Masyarakat terhadap masalah Kesehatan dan proses kehidupannya.

Diagnosis Medis: penentuan kondisi Kesehatan yang sedang dialami individu sebagai dasar pengambilan Keputusan medis untuk prognosis dan pengobatan

Dokumentasi Keperawatan: bukti pencatatan dan pelaporan yang dimiliki perawat dalam melakukan asuhan keperawatan yang berguna untuk kepentingan klien, perawat dan tim kesehatan dalam memberikan pelayanan kesehatan

I

ICN: *International Council of Nurses*, Dewan Perawat Internasional merupakan federasi dari asosiasi perawat professional perawatan Kesehatan

ICNP: *the International Classification for Nursing Practice*, klasifikasi Internasional untuk Praktik Keperawatan merupakan proyek kolaboratif dibawah naungan Dewan Perawat Internasional

Intervensi keperawatan: tindakan atau Langkah-langkah yang dilakukan perawat ke klien/pasien, keluarga, Masyarakat untuk mengatasi dan meningkatkan status Kesehatan, serta mempertahankan atau memulihkan Kesehatan dan kesejahteraan pasien

Integritas ego: Kesadaran diri yang jelas dan penerimaan terhadap pengalaman hidup

K

Komprehensif: luas, menyeluruh, teliti, dan meliputi banyak hal

Kolaborasi: Kerjasama dengan profesi lain

O

Observasi: aktivitas yang dilakukan untuk mengamati secara langsung suatu objek tertentu dengan tujuan memperoleh sejumlah data dan informasi terkait objek tersebut.

N

NANDA: North American Nursing Diagnosis Association, salah satu system klasifikasi keperawatan yang terstandarisasi, sebagai sistem klasifikasi untuk proses analisis dan penyajian akhir data pengkajian dan identifikasi masalah pasien.

P

Perilaku: respon seseorang terhadap stimulus

PPNI: Persatuan Perawat Nasional Indonesia, organisasi profesi perawat indonesia

R

Respirasi: proses metabolism yang melibatkan pertukaran gas, terutama oksigen dan karbon dioksida di dalam tubuh

S

SDKI: Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia, penilaian klinis terhadap pengalaman atau respon individu, kelompok atau Masyarakat pada masalah kesehatan

SLKI: Standar Luaran Keperawatan Indonesia, aspek-aspek yang dapat diukur dengan kondisi, perilaku, dan persepsi klien terhadap tindakan keperawatan yang diberikan

SIKI: Standar Intervensi Keperawatan Indonesia, Upaya PPNI dala menetapkan standar dalam pemberian intervensi klien dalam perencanaan asuhan keperawatan sebagai implementasi.

T

Terapeutik:sesuatu yang berkaitan dengan terapi

PROFIL PENULIS



Ns. Wiwin Sulistyawati, S.Kep., M.Kep., Lahir di Blitar tanggal 28 Maret 1986. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Sarjana Keperawatan Fakultas Kedokteran, Universitas Negeri Surabaya. Menyelesaikan pendidikan Sarjana Keperawatan dan Pendidikan Profesi Ners di Universitas Airlangga Surabaya dan melanjutkan Magister Keperawatan di Universitas Indonesia. Karier Penulis dimulai menjadi Perawat di RS Husada Utama (2008-2009), Dosen di Stikes Bhakti Mulia Pare (2009-2011), Dosen di Universitas Kadiri (2011-2023) dan Dosen di Universitas Negeri Surabaya (2023 - sekarang). Fokus Penulis pada topik kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan. Penulis sudah menerbitkan buku yang berjudul Buku Pedoman Supervisi Keperawatan: Aplikasi SBAR dalam Komunikasi Keperawatan dan Dokumentasi Keperawatan: Aplikasi SDKI, SIKI, dan SLKI dalam Pendokumentasian Asuhan Keperawatan. Penulis dapat dihubungi melalui e-mail: wiwinsulistyawati@unesa.ac.id

Motto: **“Mendidik dengan hati, merawat dengan kasih, mencetak generasi muda yang unggul dan berintegritas.”**

PROFIL PENULIS



Nurullia Hanum Hilfida, S.Kep., Ns., M.Kep., Lahir di Gresik, 04 Agustus 1994. Pendidikan tinggi yang telah ditempuh oleh penulis yaitu jenjang S1 pada Program Studi Pendidikan Ners, Universitas Airlangga tahun 2012. Kemudian melanjutkan pendidikan S2 pada Universitas Airlangga dan lulus tahun pada tahun 2023. Riwayat pekerjaan diawali pada tahun 2017 sebagai Reworker di Akselerasi Pendampingan Jurnal Internasional Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga, selanjutnya tahun 2018 Penulis bekerja di Rumah Sakit Gigi dan Mulut Universitas Airlangga sebagai Perawat Umum selama 2018 – 2024 awal tahun. Saat ini penulis bekerja sebagai Dosen keperawatan di Universitas Negeri Surabaya mengampu mata kuliah Pemenuhan Kebutuhan Dasar Manusia dan Psikososial dan Budaya dalam Keperawatan. Penulis aktif dalam berbagai kegiatan Tridharma Perguruan Tinggi yaitu sebagai penulis buku, publikasi, seminar, dan juga sebagai editor di salah satu jurnal nasional. Penulis dapat dihubungi melalui e-mail: nurulliahilfida@unesa.ac.id

Motto: **“Khoirunnas Anfauhum Linnas” (Sebaik-baik manusia adalah bermanfaat bagi orang lain)**

SINOPSIS BUKU

Buku ini membahas mengenai penerapan SDKI, SLKI, SIKI dalam Pendokumentasian Asuhan Keperawatan di ruang rawat inap Rumah Sakit. Fenomena penerapan SDKI, SLKI, SIKI dalam pendokumentasian asuhan keperawatan merupakan hal yang penting dan mendesak untuk diangkat dalam pembahasan khusus dan mendalam seperti yang dimuat dalam monograf ini. SDKI, SLKI, SIKI merupakan pedoman dalam penyusunan diagnosa keperawatan, luaran keperawatan dan intervensi keperawatan yang digunakan dalam dokumentasi. Semua perawat di Rumah Sakit menggunakan SDKI, SLKI, SIKI dalam melakukan pendokumentasian, sehingga ada keseragaman dalam pembuatan diagnosis, luaran dan intervensi keperawatan. Dokumentasi yang baik menunjukkan kualitas pelayanan keperawatan yang bermutu sehingga berdampak terhadap mutu pelayanan Rumah Sakit. Oleh karena itu, implementasi SDKI, SLKI dan SIKI perlu dilakukan oleh seluruh tenaga keperawatan di Rumah Sakit, dan diajarkan kepada mahasiswa keperawatan. Pesan pentingnya adalah bagaimana meningkatkan pemahaman perawat tentang penerapan SDKI, SLKI, SIKI yang benar dalam pendokumentasian asuhan keperawatan di Rumah Sakit.

Buku ini membahas mengenai penerapan SDKI, SLKI, SIKI dalam Pendokumentasian Asuhan Keperawatan di ruang rawat inap Rumah Sakit. Fenomena penerapan SDKI, SLKI, SIKI dalam pendokumentasian asuhan keperawatan merupakan hal yang penting dan mendesak untuk diangkat dalam pembahasan khusus dan mendalam seperti yang dimuat dalam monograf ini. SDKI, SLKI, SIKI merupakan pedoman dalam penyusunan diagnosa keperawatan, luaran keperawatan dan intervensi keperawatan yang digunakan dalam dokumentasi. Semua perawat di Rumah Sakit menggunakan SDKI, SLKI, SIKI dalam melakukan pendokumentasian, sehingga ada keseragaman dalam pembuatan diagnosis, luaran dan intervensi keperawatan. Dokumentasi yang baik menunjukkan kualitas pelayanan keperawatan yang bermutu sehingga berdampak terhadap mutu pelayanan Rumah Sakit. Oleh karena itu, implementasi SDKI, SLKI dan SIKI perlu dilakukan oleh seluruh tenaga keperawatan di Rumah Sakit, dan diajarkan kepada mahasiswa keperawatan. Pesan pentingnya adalah bagaimana meningkatkan pemahaman perawat tentang penerapan SDKI, SLKI, SIKI yang benar dalam pendokumentasian asuhan keperawatan di Rumah Sakit.



Penerbit:

PT Nuansa Fajar Cemerlang
Grand Slipi Tower Lt. 5 Unit F
Jalan S. Parman Kav. 22-24
Kel. Palmerah, Kec. Palmerah
Jakarta Barat, DKI Jakarta, Indonesia, 11480
Telp: (021) 29866919



ISBN 978-634-7139-26-9



9 78634 139269