

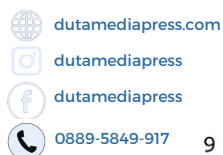
Buku ini disusun dengan tujuan untuk memberikan wawasan yang komprehensif mengenai konsep, pendekatan, serta praktik profesional yang relevan bagi mahasiswa, dosen, praktisi kesehatan, dan para pembaca umum. Penulis berusaha menyajikan tulisan ini dengan mengedepankan kejelasan konsep, kekuatan argumentasi,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

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

Selamat membaca!



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



dutamediapress.com

dutamediapress

dutamediapress

0889-5849-917

ISBN 978-634-04-5594-6



9 786340 410105



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

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

Model Standar 3S dalam Pendokumentasian
Asuhan Keperawatan



Editor:

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

MODEL STANDAR 3S

DALAM PENDOKUMENTASIAN ASUHAN KEPERAWATAN

Pengantar:

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

(Guru Besar Universitas Sebelas Maret)

MODEL STANDAR 3S DALAM PENDOKUMENTASIAN ASUHAN KEPERAWATAN

Penulis:

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

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

LINGKUP HAK CIPTA

Pasal 1

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

KETENTUAN PIDANA

Pasal 113

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

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

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

All rights reserved

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

ISBN: 978-634-04-5594-6

Editor:

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

Tata Letak Isi:

Lukman Surya

Desain Cover:

Miftahul Ulum

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

Nama penerbit;

PT. Duta Media Press

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

Bantul, D.I Yogyakarta

Web: dutamediapress.com

Email: dutamediapres@gmail.com

No. wa: 0889-5849-917

KATA PENGANTAR

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

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

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

Yogyakarta, Desember 2025
Penulis

PENGANTAR

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

Universitas Sebelas Maret

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

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

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

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

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

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

Daftar Isi

Kata Pengantar	V
Pengantar Prof. Dr. Hartono, dr., M.Si	vii
Daftar Isi	ix

BAB 1

PENDAHULUAN	1
--------------------------	---

BAB 2

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

BAB 3

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

BAB 4

MODEL 3S DALAM PRAKTIK KLINIS.....75

- A. Teknis penerapan 3S pada Tahap Proses Keperawatan75
- B. Integrasi Model 3S pada Rekam Medis Elektronik (RME).....88
- C. Pengembangan Sistem Otomatisasi Dokumentasi Keperawatan99

PENUTUP 115

DAFTAR PUSTAKA..... 116

BAB I

PENDAHULUAN

A. Pendahuluan

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

BAB III

DOKUMENTASI DIAGNOSIS KEPERAWATAN

A. Deskripsi Singkat

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

B. Tujuan Pembelajaran

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

C. Diagnosis Keperawatan

1. Pengertian

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

2. Tujuan

Tujuan dokumentasi diagnosis keperawatan adalah:

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

3. Metode dokumentasi diagnosis keperawatan

Metode dokumentasi diagnosis keperawatan meliputi:

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

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

4. Jenis Diagnosis

Jenis Diagnosis Keperawatan dibedakan menjadi dua, yaitu;

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

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

b. **Diagnosis keperawatan positif**

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



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

Gambar, 1. Jenis diagnosis keperawatan

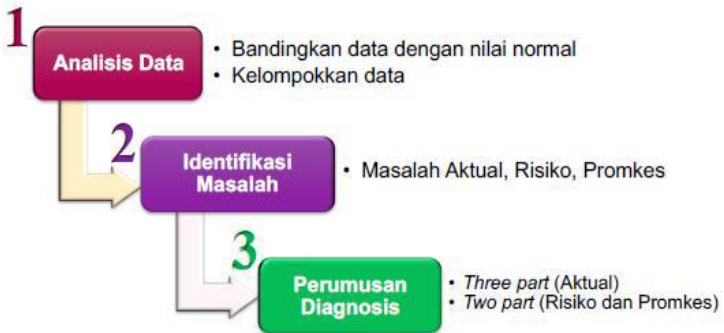
d. Identifikasi masalah

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

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



PROSES DIAGNOSTIK (DIAGNOSTIC PROCESS)



Diadaptasi dari:

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

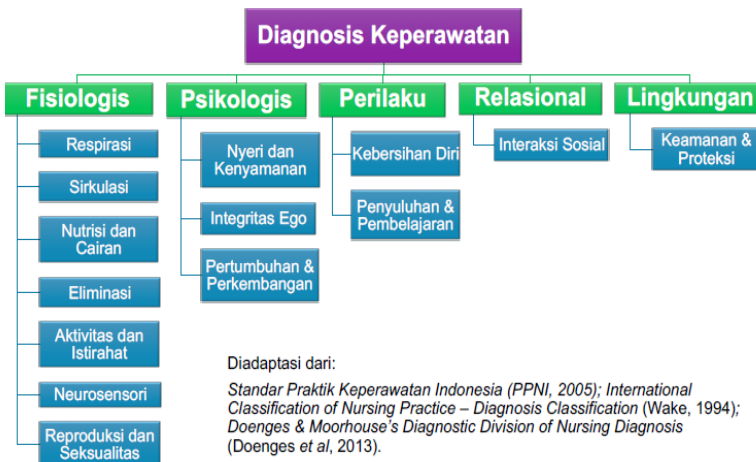
Gambar, 2. Langkah proses penulisan diagnosis keperawatan

a. *Perumusan diagnosis keperawatan*

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

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

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



Gambar, 3. Kategori dan sub kategori diagnosis keperawatan

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

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

Masalah berhubungan dengan **Penyebab** dibuktikan dengan

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

Masalah b.d **Penyebab** d.d **Tanda/gejala**

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

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

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

Masalah dibuktikan dengan **Tanda/Gejala**

Contoh penulisan diagnosis:

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

PERUMUSAN DIAGNOSIS KEPERAWATAN

Penulisan Three Part

- *Diagnosis Aktual*

Masalah berhubungan dengan Penyebab dibuktikan dengan Tanda/Gejala

Penulisan Two Part

- *Diagnosis Risiko*

Masalah dibuktikan dengan Faktor Risiko

- *Diagnosis Promosi Kesehatan*

Masalah dibuktikan dengan Tanda/Gejala

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

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

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

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

CONTOH DIAGNOSIS PROMKES

Kesiapan Peningkatan Eliminasi Urin **D.0048**

Kategori: Psikologis
Subkategori: Eliminasi

Definisi
Pola fungsi sistem perkemihan yang cukup untuk memenuhi kebutuhan eliminasi yang dapat ditingkatkan.

Gejala dan Tanda Mayor
Subjektif
1. Mengungkapkan keinginan untuk meningkatkan eliminasi urin
Objektif
1. Jumlah urin normal
2. Karakteristik urin normal

Gejala dan Tanda Minor
Subjektif (tidak tersedia)
Objektif
1. Asupan cairan cukup

Kondisi Klinis Terkait
1. Cedera medula spinalis
2. Sklerosis multipel
3. Kehamilan
4. Trauma pelvis
5. Pembedahan abdomen
6. Penyakit prostat

Referensi
Ackley, B. J., Ladwig, G. B., & Makic, M. B. F. (2017). *Nursing Diagnosis Handbook, An Evidence-Based Guide to Planning Care*. 11th Ed. St. Louis: Elsevier.
Carpenter-Moyet, L. J. (2013). *Nursing Diagnosis Application to Clinical Practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
Doenges, M. E., Moorhouse, M. F., & Murri, A. C. (2013). *Nursing Diagnosis: Planning, Individualizing and Documenting Client Care*. Philadelphia: F. A. Davis Company.
Herdman, T. H., & Kamitsuru, S. (2014). *Nursing Diagnosis Classification 2015-2017*. 10th Ed. Oxford: Wiley Blackwell.
Newfield, S. A., Hinz, M. D., Tiley, D. S., Sridharanont, K. L., Maramba, C. (2014). *Cox's Clinical Applications of Nursing Diagnosis Adult, Child, and Mental Health, Geriatric, and Home Health Considerations*. 6th Ed. Philadelphia: F.A. Davis Company.

Nomor Kode

Label/Masalah

Definisi

Tanda dan Gejala

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

Gambar, 7. Contoh diagnosis promosi

c. Mengetahui format atau lembar diagnosis keperawatan

1) Format analisa data

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

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

Contoh: ANALISA DATA

Nama klien/Umur:.....

No. Rekam Medis:

Ruangan/No. Kamar:

Tabel, 2. Format analisa data

No	Data	Etiologi	Masalah
	Ds: Do :		

2) Format diagnosis keperawatan

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

- Menganalisa data
- Mengidentifikasi masalah

Memformulasikan diagnosis ada 3 yaitu:

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

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

BAB IV

DOKUMENTASI RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN

A. Deskripsi Singkat

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

B. Tujuan Pembelajaran

1. Tujuan Umum

Perawat mampu melakukan/mendokumentasikan perencanaan keperawatan.

2. Tujuan khusus

Setelah mempelajari dokumentasi rencana tindakan keperawatan perawat dapat menjelaskan tentang:

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

H. Tahap-tahap perencanaan keperawatan

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

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

Penjelasannya sebagai berikut:

1. Menentukan prioritas masalah

Prioritas diagnosis dibedakan dengan diagnosis yang penting yaitu:

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

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

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

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

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

Kriteria hasil untuk rencana keperawatan terdapat karakteristik yang harus diperhatikan:

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

3. Rencana tindakan keperawatan

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

Tabel, 6. Format Dokumentasi Rencana Tindakan Keperawatan

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

BAB V

DOKUMENTASI TINDAKAN KEPERAWATAN

A. Deskripsi Singkat

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

B. Tujuan Pembelajaran

1. Tujuan Umum

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

2. Tujuan khusus

Setelah mempelajari dokumentasi tindakan keperawatan perawat dapat menjelaskan tentang;

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

- b. Mendokumentasikan tanggal/jam dan nomor diagnosis pada format implementasi dan evaluasi keperawatan
- c. Mendokumentasikan tindakan dan hasil/respon klien yang telah dilakukan sesuai dengan rencana keperawatan
- d. Mendokumentasikan hasil evaluasi keperawatan dalam bentuk SOAP dalam 24 jam
- e. Berpikir kritis dalam implementasi
- f. Mendokumentasikan paraf dan nama jelas pada format implementasi dan evaluasi keperawatan.

C. Dokumentasi Tindakan Keperawatan

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

D. Klasifikasi Intervensi Keperawatan

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

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

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

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

E. Komponen Intervensi Keperawatan

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

1. Label

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

Tabel 5.1. Deskriptor dan Definisi (PPNI, 2018)

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

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

2. Definisi

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

3. Tindakan

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

F. Penentuan intervensi keperawatan

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

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

BAB VI

DOKUMENTASI EVALUASI KEPERAWATAN

A. Deskripsi Singkat

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

B. Tujuan Pembelajaran

1. Tujuan Umum

Setelah pembelajaran perawat mampu mempraktikkan evaluasi dokumentasi keperawatan.

2. Tujuan khusus

Setelah mempelajari dokumentasi evaluasi keperawatan perawat dapat menjelaskan tentang:

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

C. Dokumentasi evaluasi keperawatan

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

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

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

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

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

Evaluasi disusun menggunakan SOAP yaitu:

S: Ungkapan perasaan atau keluhan yang dikeluhkan secara subjektif oleh keluarga setelah diberikan implementasi keperawatan.

O: Keadaan objektif yang dapat diidentifikasi oleh perawat menggunakan pengamatan yang objektif.

A: Analisis perawat setelah mengetahui respon subjektif dan objektif.

P: Perencanaan selanjutnya setelah perawat melakukan analisis.

DAFTAR PUSTAKA

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

LAMPIRAN 1

Ceklist

Penilaian kinerja perawat dalam penerapan Standar 3S

Soal kasus

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

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

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

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

	<p>pernyataan yang tepat: Gejala/tanda mayor ditemukan 70-100% dan tidak harus ditemukan gejala/tanda minor</p>		
13	<p>Setelah dilakukan intervensi selama 3 jam, maka Bersihan Jalan Nafas Meningkat, dengan Kriteria Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Produksi sputum menurun - Mengi menurun - Frekuensi napas 12-20 kali/ menit 		
14	<p>Tujuan atau <i>outcome</i> dalam rencana keperawatan dituliskan berdasarkan SMART, arti M adalah dapat diukur, dilihat, didengar, diraba, dirasakan ataupun dibantu</p>		
15	<p>Klasifikasi standar intervensi keperawatan Indonesia berdasakan <i>Fisiologis</i>, ditujukan untuk mendukung fungsi fisik dan regulasi homeostatis,</p>		

Penulis



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

Email: mahfud@almaata.ac.id



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



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



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