

EDITOR

Sri Susanty, S.Kep.Ns., M.Kes.,M.Kep., PhD

Haryati, S.Kep.Ns., M.Kep.Sp.Kep.MB

Fitriani, S.Kep.Ns., M.Kep



DOKUMENTASI KEPERAWATAN



Risnawati | Andi Herman | Fajar Kurniawan | Aidil Shafwan
Harmanto | Umbu Nggiku Njakatara | Armayani | Ardianto
Elmukhsinur | Andyka | Irma Fidora | Halimah | Satria Perdana

DOKUMENTASI KEPERAWATAN

Buku ini dapat digunakan sebagai salah satu rujukan oleh mahasiswa dan dosen dalam proses perkuliahan, praktisi keperawatan pada khususnya dan praktisi kesehatan pada umumnya sebagai referensi dalam meningkatkan pengetahuan dan pemahaman tentang pentingnya melakukan pencatatan dan pelaporan asuhan keperawatan maupun pelayanan kesehatan yang diberikan kepada individu, keluarga, kelompok dan masyarakat.

Dokumentasi keperawatan sangat penting dalam pelayanan kesehatan khususnya pelayanan keperawatan dan pelayanan kesehatan pada umumnya karena merupakan salah satu dokumen legal yang sangat dibutuhkan, terlebih lagi apabila terjadi permasalahan hukum pada saat melakukan peran perawat sebagai praktisi.

Pencatatan dan pelaporan tindakan keperawatan dapat menjadi salah satu dokumen hukum untuk digunakan dalam pembuktian tanggung jawab dan tanggung gugat. Buku ini diharapkan dapat membawa manfaat positif bagi dunia keperawatan dan digunakan sebagai salah satu referensi dalam penyempurnaan pendokumentasian tindakan keperawatan



0858 5343 1992
eurekamediaaksara@gmail.com
Jl. Banjaran RT.20 RW.10
Bojongsari - Purbalingga 53362



DOKUMENTASI KEPERAWATAN

Risnawati, SKM., M.Kes
Andi Herman, S.Kep., Ns., M.Kep
Ns. Fajar Kurniawan.S.Kep., M.Kes
Ns. Aidil Shafwan, S.Kep., M.Kes
Harmanto, S.Kep., Ns., M.Kep
Umbu Nggiku Njakatara, S.Kep., Ns., M.Kep
Armayani. S.Kep.Ns., M.Kes
Ns. Ardianto, M.Kep
Ns. Elmukhsinur, S.Kep, M.Biomed
Andyka, S.Kep., Ns., M.M.Kes
Irma Fidora, S.Kep., Ns., M.Kep
Halimah, S.SI.T, MDSC
Satria Perdana SKM., M.Kes



eureka
media aksara

PENERBIT CV. EUREKA MEDIA AKSARA

DOKUMENTASI KEPERAWATAN

Penulis : Risnawati, SKM.,M.Kes, Andi Herman, S.Kep.,
Ns., M.Kep., Ns. Fajar Kurniawan.S.Kep.,M.Kes.
Ns. Aidil Shafwan, S.Kep., M.Kes., Harmanto,
S.Kep., Ns., M.Kep., Umbu Nggiku Njakatara,
S.Kep., Ns., M.Kep., Armayani. S.Kep.Ns.M.Kes.
Ns. Ardianto, M.Kep., Ns. Elmukhsinur, S.Kep,
M.Biomed, Andyka, S.Kep., Ns., M.M.Kes, Irma
Fidora, S.Kep., Ns., M.Kep., Halimah, S.SI.T,
MDSC., Satria Perdana SKM., M.Kes

Editor : Sri Susanty, S.Kep.Ns., M.Kes., M.Kep., PhD
Haryati, S.Kep.Ns., M.Kep.Sp.Kep.MB
Fitriani, S.Kep.Ns., M.Kep

Desain Sampul : Ardyan Arya Hayuwaskita

Tata Letak : Via Maria Ulfah

ISBN : 978-623-487-771-7

No. HKI : EC00202320474

Diterbitkan oleh : **EUREKA MEDIA AKSARA, FEBRUARI 2023**
ANGGOTA IKAPI JAWA TENGAH
NO. 225/JTE/2021

Redaksi :
Jalan Banjaran, Desa Banjaran RT 20 RW 10 Kecamatan Bojongsari
Kabupaten Purbalingga Telp. 0858-5343-1992

Surel : eurekamediaaksara@gmail.com

Cetakan Pertama : 2023

All right reserved

Hak Cipta dilindungi undang-undang
Dilarang memperbanyak atau memindahkan sebagian atau
seluruh isi buku ini dalam bentuk apapun dan dengan cara
apapun, termasuk memfotokopi, merekam, atau dengan teknik
perekaman lainnya tanpa seizin tertulis dari penerbit.

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkah dan rahmatNya sehingga kami dapat menyelesaikan penulisan salah satu buku ajar dengan judul **Dokumentasi Keperawatan**. Buku ini dapat digunakan sebagai salah satu rujukan oleh mahasiswa dan dosen dalam proses perkuliahan, praktisi keperawatan pada khususnya dan praktisi kesehatan pada umumnya sebagai referensi dalam meningkatkan pengetahuan dan pemahaman tentang pentingnya melakukan pencatatan dan pelaporan asuhan keperawatan maupun pelayanan kesehatan yang diberikan kepada individu, keluarga, kelompok dan masyarakat.

Dokumentasi keperawatan sangat penting dalam pelayanan kesehatan khususnya pelayanan keperawatan dan pelayanan kesehatan pada umumnya karena merupakan salah satu dokumen legal yang sangat dibutuhkan, terlebih lagi apabila terjadi permasalahan hukum pada saat melakukan peran perawat sebagai praktisi. Pencatatan dan pelaporan tindakan keperawatan dapat menjadi salah satu dokumen hukum untuk digunakan dalam pembuktian tanggung jawab dan tanggung gugat. Buku ini diharapkan dapat membawa manfaat positif bagi dunia keperawatan dan digunakan sebagai salah satu referensi dalam penyempurnaan pendokumentasian tindakan keperawatan.

Akhir kata kami sebagai tim penulis mengucapkan terimakasih atas kerjasama dan partisipasi semua pihak yang telah berperan dalam penulisan buku ini, semoga Tuhan Yang Maha Esa senantiasa melimpahkan berkah dan rahmatNya kepada kita semua. Aamiin.

Kendari, 11 Februari 2023

Tim Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR.....	iii
DAFTAR ISI	iv
DAFTAR TABEL	vii
DAFTAR GAMBAR	viii
BAB 1 KONSEP DASAR DOKUMENTASI KEPERAWATAN.....	1
A. Pendahuluan.....	1
B. Definisi	2
C. Tujuan.....	3
D. Pentingnya Dokumentasi Keperawatan.....	3
E. Sistem Dokumentasi.....	8
F. Pedoman Dokumentasi dan Pelaporan yang Baik	11
G. Dokumentasi Terstruktur	11
BAB 2 PROSES DOKUMENTASI KEPERAWATAN.....	13
A. Pendahuluan.....	13
B. Proses Dokumentasi Keperawatan	14
BAB 3 DASAR PELAKSANAAN DOKUMENTASI KEPERAWATAN	22
A. Pendahuluan.....	22
B. Pertimbangan Aspek Hukum dalam Pelaksanaan Dokumentasi Keperawatan.....	24
C. Penerapan Pendokumentasian pada Proses Asuhan Keperawatan.....	28
D. Dasar Penerapan Dokumentasi Keperawatan Dengan Melihat Kode Etik Dan Konsekuensinya	31
BAB 4 TEKNIK DOKUMENTASI KEPERAWATAN	43
A. Pendahuluan.....	43
B. Teknik dan Model Dokumentasi Keperawatan.....	44
BAB 5 MANFAAT DOKUMENTASI KEPERAWATAN	53
A. Pendahuluan.....	53
B. Pengertian Dokumentasi Keperawatan.....	55
C. Hal-Hal yang Perlu Diperhatikan dalam Pendokumentasian Keperawatan	56
D. Tujuan Utama Dokumentasi	57

E. Manfaat dan Pentingnya Dokumentasi Keperawatan	58
BAB 6 MODEL DOKUMENTASI KEPERAWATAN	68
A. Pendahuluan	68
B. Model Dokumentasi Keperawatan.....	69
BAB 7 PENGUMPULAN DATA KEPERAWATAN.....	80
A. Pendahuluan	80
B. Tujuan Pengumpulan Data	81
C. Metode Metode Pengumpulan Data	82
D. Metode Pemeriksaan	86
BAB 8 PENGKAJIAN KEPERAWATAN.....	88
A. Pendahuluan	88
B. Pengertian.....	89
C. Tipe Pengkajian.....	89
D. Tipe Data.....	90
E. Sumber Data Pengkajian	91
F. Komponen Pengkajian Keperawatan.....	93
BAB 9 RUMUSAN DAN LANGKAH PENENTUAN DIAGNOSIS KEPERAWATAN.....	100
A. Pendahuluan	100
B. Definisi Diagnosis Keperawatan	101
C. Klasifikasi Diagnosis Keperawatan.....	101
D. Komponen Diagnosis Keperawatan.....	101
E. Jenis Diagnosis Keperawatan.....	104
F. Rumusan Diagnosis Keperawatan	106
G. Langkah Penentuan Diagnosis Keperawatan.....	107
H. Daftar Pustaka.....	112
BAB 10 RENCANA ASUHAN KEPERAWATAN.....	113
A. Pendahuluan	113
B. Perencanaan Asuhan Keperawatan	114
BAB 11 IMPLEMENTASI KEPERAWATAN	133
A. Pendahuluan	133
B. Pengertian Implementasi Keperawatan.....	134
C. Tujuan Implementasi Keperawatan	135
D. Jenis Implementasi Keperawatan	136
E. Proses Implementasi Keperawatan	137

F. Komponen Implementasi Keperawatan.....	137
G. Faktor yang Mempengaruhi Implementasi Keperawatan.....	139
H. Keterampilan dalam Implementasi Keperawatan.....	140
I. Pedoman Implementasi Keperawatan	141
BAB 12 EVALUASI KEPERAWATAN.....	143
A. Pengertian Evaluasi Keperawatan.....	143
B. Tujuan Evaluasi	144
C. Penilaian Asuhan Keperawatan.....	145
D. Tahap Evaluasi	146
E. Jenis-jenis Evaluasi dalam Asuhan Keperawatan	147
F. Tipe Evaluasi.....	148
G. Pendekatan Evaluasi	149
BAB 13 PRAKTIK DOKUMENTASI ASUHAN KEPERAWATAN	152
A. Pendahuluan.....	152
B. Pengertian Pendokumentasian Asuhan Keperawatan.....	154
C. Tujuan Dokumentasi Asuhan Keperawatan.....	155
D. Manfaat Pendokumentasian Asuhan Keperawatan...156	
E. Model Pendokumentasian Asuhan Keperawatan.....	157
F. Standar Pendokumentasian Asuhan Keperawatan....	157
DAFTAR PUSTAKA	163
TENTANG PENULIS.....	172

DAFTAR TABEL

Tabel 1. Format Model Dokumentasi SOR (<i>Source-Oriented-Record</i>).....	71
Tabel 2. Model dokumentasi POR (<i>Problem-Oriented-Record</i>)	73
Tabel 3. Format Dokumentasi POS	78
Tabel 4. Format Model Dokumentasi Core.....	79
Tabel 5. Klasifikasi Diagnosis Keperawatan.....	101
Tabel 6. Deskriptor dan Fokus Diagnostik pada Diagnosis Keperawatan	102
Tabel 7. Deskriptor dan Definisi Deskriptor pada Diagnosis Keperawatan	102
Tabel 8. Jenis, Komponen dan Penulisan Diagnosa Keperawatan	109
Tabel 9. Contoh Pembuatan Rasional Rencana Tindakan Keperawatan	131

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1. Proses Pendokumentasian Keperawatan.....	14
Gambar 2. Contoh diagnosis aktual.....	110
Gambar 3. Contoh Diagnosis Risiko	111
Gambar 4. Contoh diagnosis promosi kesehatan	112

BAB 1

KONSEP DASAR DOKUMENTASI KEPERAWATAN

Risnawati, SKM.,M.Kes

A. Pendahuluan

Seorang perawat memiliki tugas dan tanggung jawab dalam memberikan asuhan keperawatan. Setiap asuhan keperawatan yang diberikan wajib dilakukan pendokumentasian yang jelas, valid, dan dapat dimanfaatkan sebagai sumber informasi. Pencatatan dan pelaporan tindakan keperawatan merupakan salah satu bentuk praktik keperawatan yang aman, berkualitas tinggi, dan berbasis bukti.

Semua perawat yang memberikan pelayanan keperawatan bertanggung jawab dan bertanggung gugat terhadap dokumen keperawatan yang dibuat agar dapat digunakan oleh tenaga perawat lainnya atau petugas kesehatan lainnya. Dokumentasi pekerjaan perawat juga penting untuk komunikasi yang efektif antara satu sama lain dan dengan bidang lain. Dokumentasi sebaiknya tidak dijadikan sebagai beban tetapi sebagai kewajiban yang harus dilakukan sebagai suatu profesi yang profesional. Hal ini adalah aspek penting dari setiap pekerjaan perawat profesional.

Dokumentasi adalah segala sesuatu yang tertulis atau tercetak yang diandalkan sebagai catatan bukti bagi orang yang berwenang. Dokumentasi dan pelaporan dalam keperawatan diperlukan untuk kesinambungan asuhan, juga merupakan persyaratan hukum yang menunjukkan asuhan keperawatan dilakukan atau tidak dilakukan oleh seorang perawat.

B. Definisi

Dokumentasi keperawatan merupakan suatu catatan tertulis atau pelaporan tentang apa yang dilakukan perawat terhadap pasien, siapa yang melakukan dan kapan tindakan keperawatan dilakukan dan apa hasil dari tindakan yang telah dilakukan bagi pasien. Dokumentasi mencakup setiap bentuk data dan informasi pasien yang dapat direkam, mulai dari tanda-tanda vital hingga catatan pemberian obat sampai dengan catatan keperawatan naratif.

Dokumentasi adalah catatan hukum. Dokumentasi bukan sekadar "penyimpanan catatan"; dokumentasi yang terdiri dari rekam medis paten juga merupakan dokumen hukum. Oleh karena itu, dokumentasi merupakan sarana bagi orang lain untuk menilai apakah perawatan yang diterima pasien memenuhi standar profesional untuk perawatan yang aman dan efektif, atau tidak. "Jika tidak didokumentasikan, itu tidak dilakukan." Dari sudut pandang profesional (dan hukum), ini sepenuhnya benar. Dalam pengertian ini, dokumentasi adalah bagaimana kita "membuktikan" apa yang kita lakukan (atau tidak) dilakukan selama merawat pasien kita.

Dokumentasi keperawatan adalah sumber informasi klinis utama untuk memenuhi persyaratan hukum dan profesional. Ini adalah komponen penting dari keamanan, praktik keperawatan yang etis dan efektif baik dilakukan secara manual maupun elektronik. Dokumentasi keperawatan harus memenuhi persyaratan hukum dokumentasi asuhan keperawatan.

Dokumentasi keperawatan sangat penting untuk komunikasi klinis. Dokumentasi memberikan refleksi yang akurat tentang pengkajian keperawatan, perubahan keadaan klinis, perawatan yang diberikan, dan informasi pasien terkait untuk mendukung tim multidisiplin untuk memberikan perawatan individual. Dokumentasi memberikan bukti perawatan dan merupakan persyaratan hukum profesional dan medik yang penting dari praktik keperawatan.

BAB 2

PROSES DOKUMENTASI KEPERAWATAN

Andi Herman, S.Kep.,Ns. M.Kep

A. Pendahuluan

Dokumentasi adalah catatan yang dapat dibuktikan atau dapat menjadi bukti secara hukum. Dokumentasi keperawatan merupakan bagian dari pelaksanaan asuhan keperawatan yang menggunakan pendekatan proses keperawatan yang memiliki nilai hukum yang sangat penting. Tanpa dokumentasi keperawatan maka semua implementasi keperawatan yang telah dilaksanakan oleh perawat tidak mempunyai makna dalam hal tanggung jawab dan tanggung gugat. Dokumentasi keperawatan dapat dikatakan sebagai “pegangan” bagi perawat dalam mempertanggung jawabkan dan membuktikan pekerjaannya. Oleh karena itu ada berbagai aturan dan kaidah yang harus ditaati oleh setiap perawat dalam melakukan pendokumentasian keperawatan. **Dengan proses keperawatan**, rasa tanggung jawab dan tanggung gugat bagi perawat itu dapat dimiliki dan dapat digunakan dalam tindakan-tindakan yang merugikan atau menghindari tindakan yang legal. Semua tatanan perawatan kesehatan secara hukum perlu mencatat observasi keperawatan, perawatan yang diberikan, dan respons pasien. Memperbaiki struktur dan proses perawatan melalui standarisasi praktek klinis, untuk memudahkan perawatan dalam pemberian asuhan keperawatan (de Graaf et al. 2023).

Dokumentasi keperawatan merupakan bukti otentik yang dituliskan dalam format yang telah disediakan dan harus disertai dengan pemberian “tanda tangan” dan nama perawat

serta harus menyatu dengan status/rekam medik pasien. Dalam pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien, setiap langkah dari proses keperawatan memerlukan pendokumentasian mulai dari tahap pengkajian, penentuan diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi keperawatan harus didokumentasikan.

B. Proses Dokumentasi Keperawatan

Pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan, perawat harus mengikuti beberapa tahapan dokumentasi asuhan keperawatan. Asuhan keperawatan merupakan proses atau rangkaian kegiatan pada praktik keperawatan yang diberikan secara langsung kepada klien berdasarkan kaidah-kaidah keperawatan sebagai suatu profesi yang berdasarkan ilmu dan kiat keperawatan, bersifat humanistik, dan berdasarkan pada kebutuhan objektif klien untuk mengatasi masalah yang dihadapi klien.

Proses keperawatan adalah suatu panduan untuk memberikan asuhan keperawatan profesional, terhadap individu, kelompok, keluarga, maupun komunitas. Proses keperawatan memiliki enam tahapan, yaitu pengkajian, diagnosis, tujuan, rencana, tindakan, implementasi, dan evaluasi (Nabila 2020).



Gambar 1. Proses Pendokumentasian Keperawatan

BAB 3

DASAR PELAKSANAAN DOKUMENTASI KEPERAWATAN

Ns. Fajar Kurniawan.S.Kep.,M.Kes

A. Pendahuluan

Dokumentasi adalah kebutuhan di hampir setiap profesi, tetapi telah menjadi komponen penting dari peran setiap karyawan dalam perawatan kesehatan. Sangat penting untuk mendokumentasikan setiap langkah proses, dari saat obat diberikan oleh perawat hingga mencatat suhu lemari es oleh kepala juru masak. Dokumentasi membantu memastikan rutinitas diikuti dan membina komunikasi di antara staf dalam disiplin ilmu yang sama dan berbeda.

Dokumentasi dalam keperawatan sangat penting untuk kelangsungan perawatan pasien, menentukan penggantian klinis, menghindari malpraktek, dan memfasilitasi komunikasi antara penyedia bergilir. Dengan kata sederhana, Dokumentasi adalah catatan dari laporan yang terorganisir secara nasional tentang fakta dan pengamatan tentang subjek tertentu. Sebagai perawat, mereka harus mendokumentasikan kemajuan harian pasien mereka untuk memberikan perawatan berkelanjutan (Kemenkes, 2019).

Pendokumentasian yang jelas, akurat, dan dapat diakses adalah elemen penting dari pelayanan yang berkualitas, dimana adanya bukti Praktik Keperawatan yang terstruktur dan terukur. Perawat menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 40 Tahun 2017 Tentang Pengembangan Jenjang Karir Profesional Perawat Klinis berupa: (Perawat Klinis (PK); Perawat Manajer (PM); Perawat

Pendidik (PP); dan Perawat Peneliti/Riset (PR) (Permenkes RI, 2017)

Perawat terdaftar dengan memiliki Surat Tanda Registrasi (STR) Memiliki tanggung jawab dan wewenang yang melekat pada keahliannya di bidang keperawatan dan bertanggung jawab atas pelaksanaan dokumentasi keperawatan yang diakui dan sah digunakan pada organisasi profesi keperawatan (Kemenkes, 2019).

Dokumentasi keperawatan memiliki manfaat yang merupakan akan terstrukturnya pekerjaan perawat serta penting untuk komunikasi yang efektif antar sesama perawat dan profesi kesehatan lainnya (American Nurses Association, 2010). Dokumentasi keperawatan mencerminkan bagaimana perawat membuat catatan pelayanan keperawatan untuk digunakan sebagai indikator kinerja, perlindungan hukum, lembaga pemerintah, badan akreditasi, peneliti, dan kelompok maupun individu lain yang secara langsung atau tidak langsung terlibat dengan layanan perawatan kesehatan. Ini juga memberikan dasar untuk menunjukkan dan memahami kontribusi keperawatan baik untuk hasil perawatan pasien maupun untuk kelangsungan hidup dan efektivitas organisasi yang menyediakan dan mendukung perawatan pasien yang berkualitas

Pada prinsipnya Dokumentasi Keperawatan menggambarkan kondisi pasien secara kontinuitas dan dengan demikian mempertahankan proses perawatan kesehatan. Tidak hanya bukti rahasia yang menunjukkan bagaimana keputusan dibuat dan hasil keputusan tersebut dicatat, tetapi juga merupakan gudang pengetahuan pasien. Documentation untuk perawat adalah peralatan yang menunjukkan apa yang sebenarnya dilakukan perawat untuk pasien yang dijadikan pertanggung jawaban atas pekerjaannya (Haddad dan Geiger, 2022).

Dokumentasi keperawatan menegaskan bahwa dalam kinerja pekerjaannya perawat menerapkan keterampilan, sikap

BAB 4

TEKNIK DOKUMENTASI KEPERAWATAN

Ns. Aidil Shafwan, S.Kep., M.Kes

A. Pendahuluan

Keperawatan adalah bentuk pelayanan profesional berupa pemenuhan kebutuhan dasar yang diberikan kepada individu yang sehat maupun sakit yang mengalami gangguan fisik, psikis, dan sosial agar dapat mencapai derajat kesehatan yang optimal. Bentuk pemenuhan dasar dapat berupa meningkatkan kemampuan yang ada pada individu, mencegah, memperbaiki, dan melakukan rehabilitasi dari suatu keadaan yang dipersepsikan sakit oleh individu. Pelayanan keperawatan profesional yang berdasarkan ilmu pengetahuan mempunyai proses keperawatan yaitu suatu asuhan keperawatan sebagai metode ilmiah penyelesaian masalah keperawatan pasien untuk meningkatkan outcome pasien yang harus didokumentasikan (Aziz, 2002).

Keperawatan adalah kegiatan pemberian asuhan kepada individu, keluarga, kelompok, atau masyarakat, baik dalam keadaan sakit maupun sehat. Perawat mengembangkan rencana asuhan keperawatan, bekerja sama dengan dokter, terapis, pasien, keluarga pasien serta tim lainnya untuk fokus pada perawatan penyakit dan meningkatkan kualitas hidup. Perawat bekerja dalam sebagian besar spesialisasi dimana mereka bekerja secara independen maupun sebagai bagian dari sebuah tim untuk menilai, merencanakan, menerapkan dan mengevaluasi perawatan (UU No.38, 2014).

Dokumentasi keperawatan adalah suatu catatan yang memuat seluruh informasi yang dibutuhkan untuk menentukan diagnosis keperawatan, menyusun rencana keperawatan, melaksanakan dan mengevaluasi tindakan keperawatan yang disusun secara sistematis, valid dan dapat dipertanggung jawabkan (Zaidin Ali, 2010).

Dokumentasi adalah suatu cara yang digunakan untuk memperoleh data dan informasi dalam bentuk buku, arsip, dokumen, tulisan angka dan gambar yang berupa laporan serta keterangan yang dapat mendukung penelitian (Sugiyono {2018:476}).

Dalam Kamus Besar Bahasa Indonesia, Dokumentasi adalah pengumpulan, pemilihan, pengolahan, dan penyimpanan informasi di bidang pengetahuan, pemberian atau pengumpulan bukti dan keterangan seperti gambar, kutipan, kliping, dan bahan referensi lainnya (<https://kbbi.web.id/dokumentasi>).

B. Teknik dan Model Dokumentasi Keperawatan

1. Teknik Dokumentasi Keperawatan

Dalam pendokumentasian keperawatan ada 3 teknik yang digunakan yaitu:

- a. Teknik naratif adalah merupakan pencatatan tradisional dan dapat bertahan paling lama serta merupakan sistem pencatatan yang fleksibel. Karena suatu catatan naratif dibentuk oleh sumber asal dari dokumentasi maka sering dirujuk sebagai dokumentasi berorientasi pada sumber. Sumber atau asal dokumentasi dapat diperoleh dari siapa saja, atau dari petugas kesehatan yang bertanggung jawab untuk memberikan informasi. Setiap narasumber memberikan, hasil observasi nya, menggambarkan aktifitas dan evaluasinya yang unik. Cara penulisan ini mengikuti dengan ketat urutan kejadian/kronologisnya. Biasanya kebijakan institusi menggariskan siapa yang mencatat/melaporkan apa, bagaimana sesuatu akan

BAB 5

MANFAAT DOKUMENTASI KEPERAWATAN

Harmanto, S.Kep., Ns., M.Kep

A. Pendahuluan

Perawat merupakan profesi yang difokuskan pada perawatan individu keluarga dan masyarakat untuk mencapai kesehatan optimal yang dilakukan perawat untuk meningkatkan rasa saling percaya, di mana perawat dapat mendengarkan perasaan klien dan menjelaskan prosedur tindakan keperawatan, apabila tidak diterapkan akan mengganggu hubungan terapeutik yang berdampak ketidakpuasan pasien dan kegiatan pemberian asuhan kepada individu, keluarga, kelompok, atau masyarakat, baik dalam keadaan sakit maupun sehat. Perawat memiliki peran penting dalam melakukan dokumentasi keperawatan. Dokumentasi keperawatan merupakan aspek penting yang perlu ditingkatkan. Dokumentasi keperawatan menjadi salah satu fungsi yang paling penting dari perawat sejak zaman Florence Nightingale, sistem pelayanan kesehatan mengharuskan adanya pendokumentasian karena dapat menjamin kelangsungan perawatan, dapat berfungsi sebagai bukti hukum dari proses perawatan dan mendukung evaluasi kualitas perawatan pasien, perawat yang kurang patuh dalam pendokumentasi asuhan keperawatan akan berakibat pada rendahnya mutu kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan. Departemen kesehatan RI menetapkan capaian standar asuhan keperawatan (SAK) yaitu sebesar 90% (Prabowo, 2016)

Pendokumentasian asuhan keperawatan yang tidak dilakukan dengan lengkap dapat menurunkan mutu pelayanan keperawatan karena tidak dapat menilai sejauh mana tingkat keberhasilan asuhan keperawatan yang telah diberikan (Yanti and Warsito, 2013). Keberhasilan pendokumentasian asuhan keperawatan sangat dipengaruhi oleh seorang perawat sebagai ujung tombak dalam memberikan asuhan keperawatan.

Di Indonesia dokumentasi keperawatan dilakukan oleh perawat di mana 57,2% kegiatan perawat adalah melakukan dokumentasi keperawatan di pelayanan primer dan 46,8% kegiatan di rumah sakit perawat melaksanakan dokumentasi keperawatan. Hal ini memberikan tuntutan terhadap pentingnya pelaksanaan dokumentasi keperawatan. Dokumentasi keperawatan sangatlah penting, akan tetapi pada kenyataannya masih banyak perawat yang kurang mengetahui dokumentasi keperawatan yang baik dan benar (Basri, 2020).

Tujuan dari pelaksanaan dokumentasi keperawatan adalah membantu klien dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan, yang mencakup tentang peningkatan kesehatan dan memfasilitasi coping, perencanaan tindakan keperawatan akan dapat dilaksanakan dengan baik, jika klien mempunyai keinginan untuk berpartisipasi dalam melaksanakan tindakan keperawatan. Selama tahap pelaksanaan, perawat terus melakukan pengumpulan dan memilih tindakan perawatan yang sesuai dengan kebutuhan klien. Dokumentasi keperawatan terdiri dari kegiatan pengkajian, perencanaan, implementasi rencana, dan evaluasi tindakan keperawatan yang telah diberikan. Pendokumentasian dilakukan setelah pelaksanaan setiap tahap proses keperawatan dilakukan dan disesuaikan urutan waktu. Semua tindakan keperawatan dicatat kedalam format yang telah ditetapkan oleh institusi. Pelaksanaan dokumentasi keperawatan merupakan salah satu alat ukur untuk mengetahui, memantau, dan menilai suatu pelayanan asuhan keperawatan yang dilakukan oleh rumah sakit (Perangin-angin, 2005).

BAB 6

MODEL DOKUMENTASI KEPERAWATAN

Umbu Nggiku Njakatara. S.Kep.Ns.,M.Kep

A. Pendahuluan

Dokumentasi keperawatan adalah tindakan pencatatan dan pelaporan yang dilakukan oleh perawat terhadap asuhan keperawatan pada pasien, dan membawa manfaat bagi pasien, perawat dan profesi kesehatan lain dan juga dapat menjadi bukti legalitas tindakan keperawatan. Dokumentasi yang jelas, akurat, dan mudah diakses adalah elemen penting dari praktik keperawatan yang aman, berkualitas, dan berbasis bukti (Handayaningsih.I, 2009). Dokumentasi keperawatan merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari proses keperawatan yang meliputi pengkajian, penemuan masalah, perencanaan tindakan, pelaksanaan tindakan dan evaluasi terhadap pasien (Nursalam, 2009).

Dokumentasi keperawatan yang sistematis dapat mendukung sistem pelayanan kesehatan yang baik sehingga seluruh informasi tentang status kesehatan pasien dapat diketahui secara berkesinambungan, dan menjadi bukti legal dalam pemberian asuhan keperawatan oleh perawat (Ali, 2010). Dokumentasi keperawatan adalah suatu proses asuhan keperawatan yang terdiri dari beberapa metode dan tahapan yang diterapkan secara sistematis untuk mengidentifikasi dan memecahkan masalah kesehatan yang dialami oleh pasien dan keluarga.

Standar dokumentasi merupakan ukuran tentang kualitas dan kuantitas dokumentasi yang dipertimbangkan

dengan baik dalam suatu kondisi tertentu, yang mengandung informasi tentang ukuran kualitas dokumentasi keperawatan. Standar dokumentasi keperawatan yang direkomendasikan oleh *The Joint Commission For Accreditation Of Healthcare Organizations* (JCAHO) tahun 2011, meliputi:

1. Pengkajian awal dan reassessment.
2. Diagnosis keperawatan dan kebutuhan asuhan keperawatan klien.
3. Perencanaan tindakan keperawatan.
4. Asuhan keperawatan yang dilakukan berdasarkan atas respon klien.
5. Hasil evaluasi dari tindakan keperawatan dan kemampuan untuk memberikan asuhan keperawatan setelah pasien pulang.

B. Model Dokumentasi Keperawatan

Model dokumentasi keperawatan merupakan model dokumentasi dimana data-data pasien dimasukkan kedalam suatu format, catatan dan prosedur dengan tepat yang dapat memberikan gambaran perawatan secara lengkap dan akurat. Dalam catatan ini dapat diketahui secara jelas siapa yang mencatat, dimana catatan dibuat, bagaimana cara mencatat, kapan catatan dibuat dan dibutuhkan, dan dalam bentuk apa catatan tersebut dibuat. (Setiadi., 2012). Model dokumentasi merupakan model pencatatan yang mencakup seluruh data pasien berdasarkan prosedur dan format yang valid untuk memberikan gambaran secara utuh tentang pemberian asuhan keperawatan secara lengkap dan akurat. Terdapat beberapa model dokumentasi keperawatan yang bisa digunakan dan diaplikasikan dalam pemberian asuhan keperawatan pada pasien (ERIYANI, 2020). Berikut ini merupakan model dokumentasi yang terdiri dari 6 model, sebagai berikut:

1. *Source Oriented Record* (SOR)

Model dokumentasi ini merupakan bentuk dokumentasi yang berorientasi pada sumber atau pusat informasi. Model SOR membuat pencatatan berdasarkan

BAB 7

PENGUMPULAN DATA KEPERAWATAN

Armayani. S.Kep. Ns.M.Kes

A. Pendahuluan

Pengkajian dalam proses keperawatan merupakan tahap awal dari semua proses keperawatan yang bertujuan untuk mengumpulkan informasi data pasien di rumah sakit, mengukur data, memvalidasi data, dan yang terakhir mendokumentasikan data yang diperoleh. Pengkajian juga bisa disebut dengan pengumpulan, pengaturan, validasi, dan mendokumentasikan data secara sistematis dan berkesinambungan. Contohnya, pada fase evaluasi, pengkajian dilakukan untuk menentukan hasil strategi keperawatan dan mengevaluasi pencapaian tujuan. Semua proses keperawatan sangat bergantung pada pengumpulan datanya apakah akurat atau tidak lengkap.

Proses pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan yang dilakukan secara sistematis dengan mengumpulkan data individu secara komprehensif terkait aspek biologis, psikologis, sosial, maupun spiritual. tahap pengkajian merupakan dasar utama dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan kebutuhan individu. Oleh karena itu, pengkajian yang akurat, lengkap, sesuai dengan kenyataan, kebenaran data sangat penting dalam merumuskan suatu diagnosa keperawatan dan memberikan pelayanan keperawatan sesuai dengan respon individu, sebagaimana yang telah ditentukan dalam standar praktik keperawatan dari ana (american nursing association).

Dalam pengkajian keperawatan ada yang namanya pengumpulan data. Pengumpulan data yang dimaksud disini adalah suatu proses pengumpulan informasi tentang status kesehatan pasien. proses ini harus sistematis dan kontinu untuk mencegah kehilangan data yang signifikan dan menggambarkan perubahan status kesehatan pasien. Dalam pengumpulan data ada yang namanya **database**, yakni semua informasi tentang pasien, yang mencakup riwayat kesehatan keperawatan, pengkajian fisik, anamnesis dan pemeriksaan fisik dokter, hasil pemeriksaan laboratorium dan pemeriksaan diagnostik, dan informasi yang diperoleh dari personal kesehatan pasien. pada saat pengumpulan data perawat juga harus melihat riwayat masa lalu serta masalah saat ini. Misalnya, riwayat yang dialami pasien saat ini seperti alergi terhadap obat-obatan adalah bagian dari vital dan riwayat perawat harus memperhatikan semua itu pada saat pengumpulan data pasien. (Kozier, 2010)

B. Tujuan Pengumpulan Data

Metode pengumpulan data yang digunakan di rumah sakit yaitu: observasi, wawancara, dan pemeriksaan. Perawat juga ada yang menggunakan ketiganya secara sekaligus agar pengumpulan data lebih mudah dan hasilnya lebih akurat dan sistematis. Data yang diperoleh pada saat melakukan pengumpulan data dengan menggunakan metode adalah data subjektif dan data objektif. Data subjektif adalah data yang diperoleh dari pasien yaitu suatu pendapat pasien bagaimana kesehatannya saat ini, data ini tidak bisa ditentukan oleh perawat atau berdasarkan kesimpulan yang dilihat dari fisik pasien saja tidak bertanya langsung. Kemudian ada yang namanya data objektif, data ini merupakan data yang diperoleh dengan cara mengobservasi.

Metode yang pertama menurut hasil yang dianalisis dari jurnal adalah observasi yang merupakan pengumpulan data dengan menggunakan panca indera. Kemudian metode yang kedua wawancara, wawancara ini adalah perawat turun

BAB 8

PENGAJIAN KEPERAWATAN

Ns. Ardianto, M. Kep

A. Pendahuluan

Proses keperawatan merupakan model pendekatan sistematis yang mengandung elemen berpikir kritis untuk pemecahan masalah pasien. Proses ini memungkinkan bagi perawat untuk merencanakan, mengatur dan memberikan asuhan keperawatan. Proses keperawatan mencakup lima tahapan kegiatan, meliputi pengkajian, penegakan diagnosis keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan tindakan keperawatan, serta evaluasi keperawatan.

Sebagai tahapan pertama dari proses keperawatan, pengkajian keperawatan akan sangat menentukan keberhasilan dari sebuah asuhan keperawatan. Untuk memastikan kebutuhan pasien telah diidentifikasi dengan tepat, penting dilakukan pengkajian yang akurat dan lengkap. Perawat harus menerapkan pengetahuan, pengalaman dan berfikir secara kritis selama melakukan pengamatan dan pengukuran untuk mendapatkan hasil data yang diperlukan.

Agar hasil pengkajian keperawatan dapat menjadi alat komunikasi yang efektif tentang status kesehatan pasien, perlu didokumentasikan dan diinterpretasikan dengan tepat. Data tersebut akan menjadi dasar pertimbangan pengambilan keputusan berkelanjutan perawatan pasien termasuk mengkomunikasikan kondisi pasien yang mendesak, darurat dan atau mengancam jiwa.

B. Pengertian

Pengkajian keperawatan adalah proses sistematis dan berkesinambungan dalam pengumpulan data, verifikasi dan menganalisis informasi kesehatan pasien dengan menggunakan alat informasi berbasis bukti untuk mempelajari lebih lanjut mengenai kesehatan pasien, gejala serta seluruh keluhan pasien, termasuk mempertimbangkan nilai dan keyakinan, biologis, sosial, budaya, psikologis, dan spiritual pasien (Potter, Perry, Stockert, Hall, Astle, & Duggleby, 2018).

Tujuan dari pengkajian keperawatan adalah menetapkan data dasar tentang kebutuhan, masalah kesehatan, pengalaman terkait, perilaku kesehatan, tujuan, nilai dan gaya hidup pasien. Informasi yang terkandung di dalam data dasar tersebut adalah dasar untuk menyusun sebuah perencanaan, mengembangkan, serta memperbaiki selama asuhan pasien berlangsung.

C. Tipe Pengkajian

Ada beberapa tipe pengkajian (Gordon, 2008), meliputi:

1. *Initial assessment*, merupakan penilaian kondisi awal korban atau pasien yang dilakukan dengan cepat dan tepat, berdurasi tidak lebih dari 5 menit. Biasanya digunakan untuk pelayanan gawat darurat. *Initial assessment* dibagi dalam dua fase, yaitu *primary* (penilaian awal) dan *secondary assessment* (penilaian lanjutan pada fase stabilisasi).
2. *Admission assessment*, merupakan pengkajian komprehensif pada pasien baru masuk ke ruang rawat inap, harus diselesaikan oleh perawat penanggung jawab dalam waktu 2 jam setelah kedatangan menggunakan blanko pengkajian keperawatan rawat inap.
3. *Ongoing assessment*, merupakan pengkajian lanjutan. Digunakan untuk menilai perkembangan kondisi pasien yang dilakukan setiap shift. Biasanya didokumentasikan dalam lembar Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi (CPPT).
4. *Focused assessment*, pengkajian difokuskan pada area atau sistem yang mengalami kelainan.

BAB 9

RUMUSAN DAN LANGKAH PENENTUAN DIAGNOSIS KEPERAWATAN

Ns. Elmukhsinur, S.Kep, M.Biomed

A. Pendahuluan

Diagnosis keperawatan merupakan bagian yang sangat penting dalam menentukan asuhan keperawatan yang sesuai untuk membantu klien mencapai kesehatan yang optimal. Perawat dalam menjalankan tugas sebagai pemberi asuhan keperawatan, berwenang menetapkan diagnosis keperawatan, untuk itu seorang perawat sangat dituntut harus memiliki kemampuan diagnostik yang baik sebagai dasar mengembangkan rencana intervensi keperawatan dalam rangka mencapai peningkatan, pencegahan dan penyembuhan serta pemulihan kesehatan klien. Perawat sebagai penegak diagnosis yang baik, yang penting untuk diingat adalah terdapat risiko keakuratan interpretasi data, untuk itu sebagai seorang perawat penegak diagnosis, memerlukan pengembangan karakteristik dan keterampilan profesional dan personal.

Tujuan diagnosis keperawatan adalah memungkinkan perawat untuk menganalisis dan mensintesis data, mengidentifikasi masalah kesehatan, menentukan faktor penyebab masalah atau faktor risiko timbulnya masalah serta menentukan hubungan sebab akibat masalah keperawatan yang timbul.

B. Definisi Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial (SDKI,2017)

Diagnosis Keperawatan adalah keputusan klinik tentang respon individu, keluarga dan masyarakat tentang masalah kesehatan, sebagai dasar seleksi intervensi keperawatan untuk mencapai tujuan asuhan keperawatan sesuai dengan kewenangan perawat (Setiadi,2012)

C. Klasifikasi Diagnosis Keperawatan

Menurut SDKI 2017 Diagnosis Keperawatan diklasifikasikan menjadi lima kategori yaitu fisiologis, psikologis, perilaku, relasional dan lingkungan.

Tabel 5. Klasifikasi Diagnosis Keperawatan

No	Kategori	Subkategori
1	Fisiologis	Respirasi Sirkulasi Nutrisi dan cairan Eliminasi Aktifitas dan istirahat Neurosensori Reproduksi dan seksualitas
2	Psikologis	Nyeri dan kenyamanan Integritas ego Pertumbuhan dan perkembangan
3	Perilaku	Kebersihan diri Penyuluhan dan pembelajaran
4	Relasional	Interaksi sosial
5	Lingkungan	Keamanan dan proteksi

D. Komponen Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan mempunyai 2 komponen utama yaitu masalah (*Problem*) atau Label Diagnosis dan Indikator

BAB 10

RENCANA ASUHAN KEPERAWATAN

Andyka. S.Kep., NS., M.M.Kes

A. Pendahuluan

Asuhan keperawatan adalah tindakan perawat dalam memberikan pelayanan kesehatan secara kolaboratif yaitu bekerjasama dengan tim medis lainnya. Hal ini dilakukan untuk mewujudkan asuhan keperawatan yang Holistic dan menyeluruh serta menjadi tanggung jawab perawat dalam tatanan pelayanan. Asuhan keperawatan terdiri dari beberapa tahap. Yang pertama dilakukan yaitu pengkajian yang berguna untuk mengumpulkan data baik secara subjektif maupun objektif. (Berutu, 2020)

Setelah dilakukan pengkajian, tahap selanjutnya adalah menentukan diagnosa keperawatan. Perencanaan keperawatan merupakan tahap pada proses keperawatan yang dilakukan setelah penegakan Diagnosa Keperawatan. Perencanaan keperawatan adalah suatu rangkaian kegiatan penentuan langkah-langkah pemecahan masalah dan prioritasnya, perumusan tujuan, rencana tindakan dan penilaian asuhan keperawatan pada pasien atau klien berdasarkan analisis data dan diagnosa keperawatan. Tujuan dari perencanaan keperawatan adalah untuk mencapai kesejahteraan kesehatan klien dan kemandirian klien menjaga kesehatannya.

Perencanaan keperawatan dapat menghasilkan implementasi keperawatan yang tepat karena sudah mempunyai pedoman rencana tindakan yang ingin diimplementasikan kepada klien. Dalam membuat rencana

keperawatan, ada beberapa hal yang perlu untuk diperhatikan yaitu menentukan Prioritas masalah, menentukan tujuan dan kriteria Hasil dan menentukan rencana tindakan keperawatan. Perencanaan keperawatan sangat penting untuk mencapai kesehatan klien dan kesejahteraan klien. Manfaat perencanaan keperawatan dalam asuhan keperawatan yaitu sebagai penghubung kebutuhan klien atau pasien, tahap untuk menjelaskan intervensi keperawatan sebelum melakukan implementasi, meningkatkan praktik asuhan keperawatan, serta sebagai dasar pendekatan yang sistematis dalam asuhan keperawatan. Metode perencanaan asuhan keperawatan sangat dibutuhkan dalam memberikan pelayanan kesehatan secara *holistic*. Sehingga perencanaan keperawatan dipahami sebagai pendekatan yang sistematis dalam mencegah dan mengatasi masalah kesehatan baik secara aktual maupun potensial serta mendukung kesejahteraan perawatan dalam memberikan pelayanan human caring. (Berutu, 2020)

B. Perencanaan Asuhan Keperawatan

Tahap perencanaan sangat penting dalam asuhan keperawatan. Pada tahap perencanaan, perawat akan membuat rencana tindakan keperawatan yang bertujuan dalam hal mengatasi masalah dan peningkatan kesehatan pasien. Tahapan perencanaan keperawatan meliputi: Penentuan Prioritas Masalah, Menentukan Tujuan dan Kriteria Hasil, Menentukan Rencana Tindakan, dan Dokumentasi. Perencanaan keperawatan yang baik akan menghasilkan kualitas asuhan yang bermutu.

Perencanaan keperawatan merupakan salah satu tahap pada proses keperawatan dan dilakukan setelah menegakkan Diagnosa Keperawatan. Dalam tahap ini, perawat akan membuat rencana tindakan keperawatan dalam hal mengatasi masalah dan peningkatan kesehatan pasien. Perencanaan keperawatan adalah rangkaian kegiatan dalam penentuan langkah-langkah pemecahan masalah dan prioritas, merumuskan tujuan, rencana tindakan dan penilaian terhadap

BAB 11

IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Irma Fidora, S.Kep., Ns., M.Kep

A. Pendahuluan

Proses Keperawatan adalah suatu rangkaian kegiatan yang dilakukan oleh seorang perawat. Proses Keperawatan merupakan sebuah pendekatan dalam pemecahan masalah yang dialami oleh pasien dengan tujuan agar tindakan yang dilakukan oleh perawat dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan standar dan prosedur keperawatan (Huitzi-Egilegor *et al.*, 2014; Melliany, 2019). Proses Keperawatan dimulai dari pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi, dan evaluasi. Keseluruhan dari proses tersebut harus bisa dikuasai oleh seorang perawat mengimplementasikannya sesuai dengan standar dan prosedur, yang telah ditetapkan untuk mencegah terjadinya kesalahan dalam memberikan pelayanan kesehatan terhadap pasien. Perawat dalam menjalankan peran untuk memberikan asuhan keperawatan harus sesuai dengan proses keperawatan agar pelayanan yang diberikan kepada pasien optimal dan berkualitas (Purwanto, 2013; Wartonah, 2015).

Perawat dalam memberikan asuhan keperawatan yang optimal harus memahami langkah langkah dari proses keperawatan. Proses perawatan merupakan suatu metode pemberian asuhan keperawatan kepada pasien. Proses pemberian asuhan keperawatan bukan hanya sekedar pendekatan sistematis dan terorganisir melalui langkah-langkah dalam mengenali masalah pasien. Proses Keperawatan

merupakan suatu metode pemecahan masalah baik secara episodik maupun secara linier. Kemudian dapat dirumuskan diagnosa keperawatannya, dan cara pemecahan masalah. Langkah-langkah pada proses keperawatan terdiri dari : mengumpulkan informasi, menentukan diagnosa keperawatan aktual, resiko atau potensial, mengidentifikasi hasil yang dapat diukur dan menggambarkan respon pasien, mengembangkan intervensi individu yang bertujuan mencapai hasil, mengevaluasi kemajuan pencapaian tujuan, menilai rencana keperawatan didasarkan pada penggunaan proses keperawatan (Wartolah, 2015). Setiap tahap dari proses keperawatan saling terkait dan saling ketergantungan satu sama lain. Jika langkah dari Proses Keperawatan tidak dilaksanakan secara keseluruhan maka pelaksanaan Asuhan Keperawatan tidak berjalan dengan baik (Lingga, 2019; Arofiati, 2021).

Salah satu komponen dari proses keperawatan adalah implementasi keperawatan. Implementasi adalah tahap ke empat dalam tahap proses keperawatan dalam melaksanakan tindakan perawatan sesuai dengan rencana (Hidayat, 2013).

B. Pengertian Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah tahap proses keperawatan dengan melaksanakan berbagai strategi tindakan keperawatan yang telah direncanakan. Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi menuju status kesehatan yang optimal. Pelaksanaan tindakan merupakan realisasi dari intervensi keperawatan yang mencakup perawatan langsung atau tidak langsung (Purwanto, 2013).

Implementasi Keperawatan merupakan bentuk realisasi dari intervensi keperawatan yang mencakup perawatan langsung atau tidak langsung. Perawatan langsung adalah tindakan yang diberikan secara langsung kepada pasien. Pada perawatan langsung perawat harus berinteraksi dengan pasien,

BAB 12

EVALUASI KEPERAWATAN

Halimah, S.SI.T, MDSC

A. Pengertian Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan sebagian yang direncanakan, dan perbandingan yang sistematis pada status Kesehatan klien. Dengan mengukur perkembangan klien dalam mencapai suatu tujuan, maka perawat bisa menentukan efektifitas tindakan keperawatan (Griffith & Christensen 1986)

Evaluasi merupakan salah satu tahapan dari proses keperawatan dan merupakan Tindakan intelektual untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan seberapa jauh dari diagnosis keperawatan, rencana intervensi keperawatan dan implementasi sudah berhasil dicapai. Tahap evaluasi memungkinkan perawat untuk memonitor kesalahan yang terjadi selama tahap pengkajian, analisis, perencanaan dan implementasi intervensi. Pada tahap ini dilakukan kegiatan untuk menentukan apakah rencana keperawatan dan apakah bisa dilanjutkan atau tidak, merevisi, atau bisa juga dihentikan.

Evaluasi adalah salah satu tahapan dari rangkaian asuhan keperawatan yang akan menilai hasil kerja dan respon perkembangan pasien. Evaluasi dilakukan untuk memperbaiki apabila adanya tindakan yang belum atau tidak mencapai tujuan asuhan keperawatan yang telah direncanakan pada tahap intervensi.

Evaluasi dilakukan dengan melihat respon klien terhadap asuhan keperawatan yang diberikan sehingga

perawat dapat mengambil keputusan selanjutnya. Melalui tahap evaluasi ini perubahan respon klien akan dapat dideteksi.

Evaluasi keperawatan adalah untuk melihat indikasi kemajuan pasien terhadap tujuan yang akan dicapai. Evaluasi keperawatan menilai keefektifan perawat dan mengkomunikasikan status Kesehatan klien setelah diberikan tindakan keperawatan serta memberikan informasi yang memungkinkan adanya revisi perawatan sesuai keadaan pasien setelah di evaluasi.

B. Tujuan Evaluasi

Tujuan evaluasi adalah untuk mendapatkan *Feedback* (umpan balik) yang relevan dengan cara membandingkannya dengan kriteria hasil. Hasil evaluasi menggambarkan tentang perbandingan tujuan yang hendak dicapai dengan hasil yang didapat.

Tujuan Evaluasi asuhan keperawatan adalah agar pasien memperoleh pelayanan yang lebih efektif dan efisien dalam memenuhi kebutuhannya sehingga pasien memperoleh kepuasan dan status Kesehatan meningkat. Efektif dan efisien dalam asuhan keperawatan dimaksudkan bahwa pemberian pelayanan keperawatan telah disesuaikan dengan kebutuhan pelayanan, kemampuan pasien, ketersediaan sarana dan prasarana pelayanan.

Tujuan evaluasi adalah melihat kemampuan dalam mencapai tujuan. Hal ini bisa dilaksanakan dengan mengadakan hubungan dengan klien berdasarkan respon klien terhadap Tindakan keperawatan yang diberikan sehingga perawat dapat mengambil keputusan:

1. Mengakhiri rencana tindakan keperawatan (klien tidak mencapai tujuan yang ditetapkan)
2. Memodifikasi rencana Tindakan keperawatan (klien mengalami kesulitan untuk mencapai tujuan).

BAB 13

PRAKTIK DOKUMENTASI ASUHAN KEPERAWATAN

Satria Perdana SKM., M.KES

A. Pendahuluan

Rumah sakit dalam pengelolaannya mempunyai pilar yang saling terkait satu sama lain yaitu: administrasi, manajemen berupa perencanaan setiap kegiatan, disiplin dari pelakunya, leadership dan kepemimpinan diri. Teori menyatakan "tulis apa yang ingin dilakukan, lakukan apa yang telah ditulis dan tulis apa yang telah dilakukan". Pelayanan yang diselenggarakan rumah sakit ada dua jenis yaitu pelayanan kesehatan dan administratif. Salah satu bentuk pelayanan kesehatan adalah pelayanan di poliklinik gigi berupa promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif. Pelayanan administratif salah satunya adalah dokumentasi keperawatan yang berisi catatan keperawatan sebagai bukti pelaksanaan proses keperawatan dan catatan tanggapan/respon klien terhadap tindakan medis dan tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan.

Apabila pendokumentasian tidak dilakukan dengan lengkap akan dapat menurunkan mutu pelayanan keperawatan karena tidak akan dapat mengidentifikasi sejauh mana tingkat keberhasilan asuhan keperawatan yang telah diberikan. dalam aspek legal perawat tidak mempunyai bukti tertulis jika suatu hari nanti klien menuntut ketidakpuasan akan pelayanan keperawatan (Yanti, 2013).

Bukti tertulis pelayanan yang diberikan kepada pasien oleh tenaga keperawatan bertujuan untuk menghindari

kesalahan, tumpang tindih dan ketidak lengkapan informasi. Undang-undang nomor 44 tahun 2009 pasal 52 ayat 1 menyatakan bahwa rumah sakit wajib melakukan pencatatan dan pelaporan tentang semua kegiatan penyelenggaraan rumah sakit dalam bentuk sistem informasi manajemen rumah sakit. Permenkes No.269/MENKES/PER/III/2008 tentang rekam medis pada pasal 1 ayat 1, menyatakan bahwa rekam medik adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien.

Adapun Tujuan utama dari dokumentasi keperawatan adalah:

1. Mengidentifikasi status kesehatan klien dalam rangka mencatat kebutuhan klien, merencanakan, melaksanakan tindakan keperawatan, dan mengevaluasi tindakan.
2. Dokumentasi untuk penelitian, keuangan, hukum dan etika.

Hal yang pokok dalam prinsip-prinsip dokumentasi adalah:

1. Dokumentasi harus dilakukan segera setelah pengkajian pertama dilakukan, demikian juga pada setiap langkah kegiatan keperawatan
2. Bila memungkinkan, catat setiap respon pasien/ keluarganya tentang informasi / data yang penting tentang keadaannya
3. Pastikan kebenaran setiap data data yang akan dicatat
4. Data pasien harus objektif dan bukan merupakan penafsiran perawat, dalam hal ini perawat mencatat apa yang dilihat dari respon pasien pada saat merawat pasien mulai dari pengkajian sampai evaluasi
5. Dokumentasikan dengan baik apabila terjadi hal-hal sebagai berikut: adanya perubahan kondisi atau munculnya masalah baru, respon pasien terhadap bimbingan perawat

DAFTAR PUSTAKA

- Adinda, D. 2019. Komponen Dan Jenis-Jenis Evaluasi Dalam Asuhan Keperawatan <https://osf.io/preprints/inarxiv/dea5u/>
- Ali, Zaidin. 2001. *Dasar-dasar Keperawatan Profesional*. Jakarta: Widya Medika.
- Ali, Z. 2010. *Dasar-Dasar Dokumentasi Keperawatan*. EGC. Jakarta
- Asyiah, N. (2020) "Konsep Perencanaan Keperawatan Untuk Meningkatkan Asuhan Keperawatan," *Jurnal Keperawatan*, 1(1), hal. 1-9. Tersedia pada:
- American Nurses Association (2010) *ANA's Principles for Nursing Documentation, Nursing*. Tersedia pada: <https://www.nursingworld.org/~4af4f2/globalassets/docs/ana/ethics/principles-of-nursing-documentation.pdf>.
- Asmirajanti, M., Hamid, A.Y.S. dan Hariyati, R.T.S. (2019) "Nursing care activities based on documentation," *BMC Nursing*, 18(Suppl 1), hal. 1-5. doi:10.1186/s12912-019-0352-0.
- Aswani dan Heru, S. 2006 *Manajemen Bangsal Keperawatan Jakarta*, EGC
- Arofiati, F. (2021) "Implementasi Teori Keperawatan Sebagai Upaya Peningkatan Kualitas Pelayanan Keperawatan," *Prosiding Seminar Nasional Program Pengabdian Masyarakat [Preprint]*. Tersedia pada: <https://doi.org/10.18196/ppm.39.127>.
- Ayu, Komang. 2010. *Asuhan Keperawatan Keluarga*. Jakarta: CV Sagung Seto.
- Aziz Alimul Hidayat (2002) *Metode Penelitian Keperawatan Dan Teknik Analisis Data*. Jakarta: Salemba Medika.
- Basri, B. dkk (2020) *Konsep Dasar Dokumentasi Keperawatan*. Bandung: Media Sains Indonesia.

- Berutu, R. Juliana Berdikta (2020) "Konsep Asuhan Keperawatan Dalam Melakukan Asuhan Keperawatan," *Asuhan Keperawatan*, hal. 1-9.
- Blair, W., & Smith, B. (2011). *Nursing Documentation: Frameworks And Barriers*. 41, 2012(2).
- Blair, W. dan Smith, B. (2012) "Nursing documentation: frameworks and barriers.," *Contemporary nurse*, 41(2), hal. 160-168. doi:10.5172/conu.2012.41.2.160.
- Budiono. (2016). Konsep dasar keperawatan. Jakarta: pubsdik sdm
- Budiono, Sumirah. 2016. *Konsep Dasar Keperawatan*. Jakarta: Bumi Medika
- Bull, J., & Robert, J. (2001). Components of a proper hospital discharge for elders. *Journal of Advanced Nursing*, 571-581.
- Clinical Guidelines Nursing. (2023). *Nursing Documentation Principles*.
https://www.rch.org.au/rchcpg/hospital_clinical_guideline_index/nursing-documentation-principles/
- Campos, B.N.K. (2010) "The legalities of documentation."
- Cherie, A dan Ato, G.B,. 2016, *Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan*. Yogyakarta: KYTA
- Christense, P. J dan Janet W. Kenney. 2009. *Proses Keperawatan Aplikasi Model Konseptual*, edisi 4. Jakarta: EGC
- Damayanti, M. (2010). *Komunikasi Terapeutik dalam Praktik Keperawatan*. PT. Refika Aditama.
- De Graaf, Everlien et al. 2023. 'Variations in Clinical Practice: Assessing Clinical Care Processes According to Clinical Guidelines in a National Cohort of Hospice Patients'. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine* 40(1): 87-95.
- Deswani. (2009). *Proses Keperawatan dan Berpikir Kritis*. Jakarta: Salemba Medika.

- Endang Zulaicha Susilaningsih (2018) *MODUL AJAR DOKUMENTASI KEPERAWATAN II*. Surakarta: STIKES KUSUMA HUSADA SURAKARTA.
- Eriyani (2020) *Bahan Ajar Dokumentasi Keperawatan*. Medan.
- ERİYANI. (2020). *BAHAN AJAR DOKUMENTASI KEPERAWATAN*. Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan BINALITA SUDAMA.
- Ernawati, N. (2018) *Implementasi Tindakan Keperawatan*.
- Ernawati, N. (2019) "Modul 2 Diagnosis Dan Perencanaan Keperawatan," *Respiratory ITSK RS dr. Soepraoen Malang*, 4(1), hal. 1-23. Handiyani, H. (2017) "Keselamatan dalam Asuhan Keperawatan."
- Gordon, M. (2008). *Assess notes: Nursing assessment and diagnostic reasoning*. Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Haddad, L.M. dan Geiger, R.A. (2022) "Nursing Ethical Considerations," hal. 5.
- Handayaningsih.I. (2009). *Dokumentasi Keperawatan "DAR"*. Mitra Cendikia Press.
- Handayani, I. 2009, *Dokumentasi Keperawatan "DAR" Panduan, konsep dan Aplikasi*. Jogjakarta: Mitra Cendikia Press
- Hidayat, Aziz Alimul. 2004. *Pengantar Konsep Dasar Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Hidayat, A. A. (2007). *Konsep Dasar Keperawatan (Edisi 2 Ed.)*. Surabaya: Salemba Medika.
- Hidayat, Aziz Alimul. 2021. *Proses Keperawatan; Pendekatan NANDA, NIC, NOC Dan SDKI*. Health Books Publishing.
- Hidayat, A.A. (2013) *Pengantar Kebutuhan Dasar Manusia: Aplikasi Konsep dan Proses Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Huitzi-Egilegor, J.X. *et al.* (2014) "Implementation of the nursing process in a health area: Models and assessment structures used," *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 22(5), hal.

772-777. Tersedia pada: <https://doi.org/10.1590/0104-1169.3612.2479>.

Hutahaeen, S. 2010, Konsep dan dokumentasi Proses Keperawatan, Jakarta: CV. Trans Info Media

Huda, Amin, D. (2015). *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis & Nanda Nic-Noc* (3rd ed.). MediAction.

Hutahaeen Serri (2010) *Konsep dan Dokumentasi Proses Keperawatan*. Jakarta: TIM.

Indeed Editorial Team. (2021). *10 Nursing Documentation Tips (And Why It's Important)*. <https://www.indeed.com/career-advice/career-development/nursing-documentation-tips>

J. Aldridge, A. E. (2005). Nursing assessment and care plan. Dalam A. T. Crouch, & C. Meurier, *Vital note for nurse: Health assessment* (hal. 52-75). Northampton: Blackwell Publishing.

Kamus Besar Bahasa Indonesia <https://kbbi.web.id/> dokumentasi (diakses 5 Februari 2023).

Keenan, G.M. *et al.* (2008) *Documentation and the Nurse Care Planning Process, Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*. Tersedia pada: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21328773>.

Kemenkes (2019) "Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 26 Tahun 2019 Keperawatan," *Kemenkes RI*. Tersedia pada: http://hukor.kemkes.go.id/uploads/produk_hukum/PMK_No_26_Th_219_ttg_Peraturan_Pelaksanaan_UU_Nomor_38_Tahun_2014_tentang_Keperawatan.pdf.

Kesehatan. Budiono & sumirah. (2016). Konsep dasar keperawatan. Jakarta: bumi medika.

Kontoro A, 2010, Buku Ajar Manajemen Keperawatan Yogyakarta Nuha Medika.

Kozier, Erb, Berman, & Snyder. (2010). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan Konsep, Proses, & Praktik*. Jakarta: EGC.

- Kusnanto, S. M. (2004). *Pengantar Profesi & Praktik Keperawatan Profesional*. Jakarta: EGC
- Lingga, B.Y.S.U. (2019) "Pelaksanaan Perencanaan Terstruktur Melalui Implementasi Keperawatan," *Jurnal Penelitian Bahasa, Sastra Indonesia dan Pengajarannya* [Preprint].
- Maryam. S., Setiawati. S., Ekasari, M. F. (2008). *Buku ajar berpikir kritis dalam proses keperawatan*. Jakarta: EGC.
- Muhammad Bismar (2020) "No Title," *LANGKAH LANGKAH MERUMUSKAN RENCANA ASUHAN KEPERAWATAN*, 2, hal. 14.
- Melliany, O. (2019) "Konsep Dasar Proses Keperawatan Dalam Memberikan Asuhan Keperawatan (Askep)," *Jurnal Keperawatan* [Preprint].
- Nabila, Maulidya. 2020. 'Langkah-Langkah Proses Keperawatan Dalam Meningkatkan Asuhan Keperawatan'.
- Nazam, D. (2009). Nurses' Role in Communication and Patient Safety. *Journal of Nursing Care Quality*, 184-188.
- Nursalam (2008) *Proses Dokumentasi Keperawatan: Konsep dan Praktik*. Jakarta: Salemba Medika.
- Nursalam. (2009). *Proses Dan Dokumentasi Keperawatan*. Salemba Medika.
- Nursalam, Dr. 2014. 'Manajemen Keperawatan" Aplikasi Dalam Praktik Keperawatan Profesional'.
- Nursalam (2015) *Manajemen Keperawatan: Aplikasi dalam Praktik Keperawatan Profesional*. Jakarta: Salemba Medika.
- Permenkes RI (2017) "Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 40 Tahun 2017 Tentang Pengembangan Jenjang Karir Profesional Perawat Klinis." Tersedia pada: http://hukor.kemkes.go.id/uploads/produk_hukum/PMK_No_40_ttg_Pengembangan_Jenjang_Karir_Profesional_Perawat_Klinis_.pdf.

- Perry, Anne Griffin, P A Potter, and W Ostendorf. 2010. 'Clinical Nursing Skills & Techniques. Mosby'.
- Perry, Anne Griffin, and Patricia A Potter. 2010. *Mosby's Pocket Guide to Nursing Skills and Procedures-EBook*. Elsevier Health Sciences.
- Perry, Anne Griffin, Patricia A Potter, and Wendy Ostendorf. 2019. *Nursing Interventions & Clinical Skills E-Book*. Elsevier Health Sciences.
- Perangin-angin, T.J. (2005) 'Dokumentasi Keperawatan'.
- Perry, P. dan (2012) *Fundamental Keperawatan Buku 1 Edisi 7 alih bahasa Adrina Ferderika*. Salemba Me. Jakarta
- Perry & Potter (Erik Erikson). (2009). *Fundamental Keperawatan, Edisi 7, terjemahan (Federderika, A)*: Salemba Medika: Jakarta.
- Purba, A.O. (2019) "Komponen Intervensi Dalam Proses Keperawatan," *Komponen Intervensi*, hal. 9. Sabarulin (2013) "Keperawatan Di Rumah Sakit," *Aak*, 2(3), hal. 28-34.
- Purwanto, E. (2013) "Implementasi Dan Evaluasi Keperawatan," *Health and Pyhysical Education*, hal. 25.
- Potter, Patricia A, and Anne G Perry. 2010. 'Fundamental of Nursing: Concept, Process, and Practice. Mosby Year Book'.
- Potter, Patricia A, Anne Griffin Perry, Patricia A Stockert, and Amy Hall. 2014. *Essentials for Nursing Practice-EBook*. Elsevier Health Sciences.
- Potter, P. A., & Perry, A. G. (1997). *Fundamental of Nursing: Concepts, Process, and Practice, 4/E*. United State, America: Mosby.
- Potter, P. A., Perry, A. G., Stockert, P., Hall, A., Astle, B. J., & Duggleby, W. (2018). *Canadian Fundamentals of Nursing, 6th Edition*. Canada: Elsevier.
- Prabowo (2016) *Dokumentasi Keperawatan*. Yogyakarta: Pustaka

Baru.

- Prabowo, T. (2019) *Dokumentasi Keperawatan*. Yogyakarta: Pustaka Manajemen Keperawatan, 1(2), pp. 107-114.
- Rosdahl, Caroline Bunker. 2014. *Buku Ajar Keperawatan Dasar*. Ed. 10. Jakarta: EGC.
- Rutami. (2012, Oktober). Pelaksanaan Proses Pengkajian Keperawatan di Ruang Rawat Inap RSUP H. Adam Malik Medan. *Jurnal Keperawatan*, 1(2)
- R.N, M. V. B. (2013). *Documentation & Reporting in Nursing*. <https://nurseslabs.com/documentation-reporting-in-nursing/>
- Salam (2008) *PROSES DAN DOKUMENTASI KEPERAWATAN Konsep dan Praktik NURSALAM 2007 PENERBIT : SALEMBA MEDIKA ISBN : 978-979-3027-57-9 DAFTAR ISI*.
- Sari, K.J. (2020) "KEPERAWATAN."
- Sembiring, D.M. (2019) "Proses Implementasi Asuhan Keperawatan," *Proses Implementasi Asuhan Keperawatan*, hal. 3-6. Tersedia pada: <https://osf.io/e47gh/download#:~:text=Perawat juga harus memiliki Keterampilan, keterampilan diperlukan untuk mengimplementasikan intervensi.>
- Setiadi. (2012). *Konsep dan Penulisan Dokumentasi Asuhan Keperawatan (teori dan praktik)*. Graha Ilmu.
- Shepperd, S., Lannin, N., Clemson, L., McCluskey, A., & Cameron, I. B. (2013). Discharge planning from hospital to home. *Cochrane Database Systematic Review*.
- Sihite, N. (2020) "Tujuan Dan Manfaat Perencanaan Keperawatan Guna Meningkatkan Kesehatan Pasien."
- Simamora, R. H. (2019). *Menjadi Perawat yang: CIH'HUY*. Surakarta: Kekata Publisher.

- Sugiyono. 2008. *Metode Penelitian Tindakan (Pendekatan Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D)*. Bandung: CV. Alfabeta
- Sugiyono {2018:476} dalam <http://repository.stei.ac.id/2172/4/BAB%20III.pdf> (diakses 5 Februari 2023)
- Sumijatun. 2010. *Konsep Dasar Menuju Keperawatan Profesional*. Jakarta: TIM.
- Simamora, R. H., Purba, J. M., Bukit, E. K., & Nurbaiti, N. (2019). Penguatan Peran Perawat Dalam Pelaksanaan Asuhan Keperawatan Melalui Pelatihan Layanan Prima. *JPPM (Jurnal Pengabdian Dan Pemberdayaan Masyarakat)*, 3.
- Sugiyati, S. (2015). *Hubungan Pengetahuan Perawat Dalam Dokumentasi Keperawatan Dengan Pelaksanaanya Di Rawat Inap RSI Kendal*. Vol. 8, 109 – 125.
- Supratti, S., & Ashriady, A. (2018). Pendokumentasian Standar Asuhan Keperawatan Di Rumah Sakit Umum Daerah Mamuju. *Jurnal Kesehatan Manarang*, 2, 44–51.
- Suyanto, 2018. *Mengenal Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan*, Jojakarta: Mitra Cendekia Press
- Syahla, N. (2016) “Perencanaan Keperawatan Sebagai Tahap Dalam Pemberian Asuhan Keperawatan,” hal. 1–8.
- Tarwoto, Wartonah. 2006. *Kebutuhan Dasar Manusia dan Proses Keperawatan - Edisi 3*. Jakarta: Salemba Medika.
- Tasew, H., Mariye, T., & Teklay, G. (n.d.). *Nursing Documentation Practice And Associated Factors Among Nurses In Public Hospitals, Tigray, Ethiopia*. 2019. <https://doi.org/10.1186/s13104-019-4661->
- Topuz, A. (2020) “Značaj primjene dokumentacije u sestrijskoj praksi,” *BIOMEDICINSKA*, 11(2), hal. 176–182. doi:10.7251/BII2002176T.
- Trisno, T., Nursalam, N. dan Triharini, M. (2020) “Analysis of Accuracy Nursing Care Process Implementation,” *Jurnal Ners*, 15(1Sp), hal. 436–439. Tersedia pada:

<https://doi.org/10.20473/jn.v15i1sp.19784>.

- Ujung, H. (2019). *Peranan Berpikir Kritis oleh Perawat dalam Memberikan Asuhan Keperawatan*.Osf. io.
- Vaughans, Bennita W. 2013. *Keperawatan Dasar - Ed 1*. Yogyakarta: Rapha Publishing. Baru Press.
- Wahid, A dan Imam, S. 2012 *Dokumentasi Proses Keperawatan*, Yogyakarta: Meha Medika
- Wartolah (2015) “Langkah - Langkah Proses Keperawatan,” *Kebutuhan Dasar Manusia Dan Proses Keperawatan*, hal. 4,5,6,7,8.
- Wikipedia. (2022). *Nursing Documentation*.
https://en.wikipedia.org/wiki/Nursing_documentation
- Yanti, R.I. and Warsito, B.E. (2013) ‘Hubungan Karakteristik Perawat, Motivasi, Dan Supervisi Dengan Kualitas Dokumentasi Proses Asuhan Keperawatan’, *Jurnal*
- Yulistiani, Sodikin, Suprihatiningsih, dan Asiandi, 2003 (2003)
https://www.academia.edu/26184893/Standar_Dokumentasi_Keperawatan.

TENTANG PENULIS



Risnawati, SKM., M.Kes,

Lahir di Kendari, pada 05 Mei 1981. Anak ketiga dari pasangan suami istri Usman Ladesa (Alm) dan Roswati Hamra (Alma). Istri dari Yopi dan merupakan Ibu dari Amanda Rezky Ivana. Saat ini penulis tercatat sebagai dosen tetap pada Program Studi D III Perawat dan sekaligus menjabat sebagai Wakil Ketua III Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIKES) Karya Kesehatan yang berkedudukan di Kota Kendari Sulawesi Tenggara. Menyelesaikan pendidikan Sekolah Perawat Kesehatan di SPK Dep Kes Kendari tahun 1999, D III Perawat di Poltekkes Kemenkes Kendari tahun 2004, S1 Sarjana Kesehatan Masyarakat Jurusan Epidemiologi di Universitas Haluoleo Kendari Tahun 2010 dan melanjutkan pendidikan Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat Jurusan Administrasi Rumah Sakit pada Pascasarjana Universitas Indonesia Timur tahun 2016.



Andi Herman, S.Kep., Ns., M.Kep,

Lahir di Lamunde, 5 Februari 1991. Ia tercatat sebagai lulusan Sarjana (S1) dan Profesi Ners di *Institut Teknologi dan Kesehatan Avicenna* Tahun 2014 dan lulusan *Universitas Airlangga Surabaya* tahun 2019 untuk S2 keperawatan dengan peminatan **Keperawatan Medikal Bedah**. Pria yang kerap disapa **Em'mang** ini adalah anak Bungsu dari pasangan Andi Bolle (ayah) dan Rosma (ibu). Andi Herman bukanlah orang baru di dunia kesehatan (Keperawatan). Pada Tahun 2015 sampai 2017 Andi Bekerja sebagai perawat Bedah di RSU Dewi Sartika, tahun 2020 sampai 2021 Andi sebagai perawat Covid 19 di RSDC Wisma Atlet

Kemayoran Jakarta. Selain sebagai perawat, penulis juga aktif sebagai pengajar di *Institut Teknologi dan Kesehatan Avicenna (ITK Avicenna)*, Email: andi.herman0905@gmail.com



Ns. Fajar Kurniawan.S.Kep.,M.Kes,

Lahir di Poli-Polia tepatnya di Kabupaten Kolaka Timur tahun 1987. penulis tercatat sebagai perawat dan sekaligus Dosen di Salah Satu Kampus Swasta di Provinsi Sulawesi Tenggara. Penulis yang kerap disapa Fajar ini adalah anak dari pasangan Supribadi, S.Pd., SD (ayah) dan Umi Khoeriyah (ibu). Email:

ns.fajarkurniawan87@gmail.com



Ns. Aidil Shafwan, S.Kep., M.Kes,

lahir di Desa Manera, Kecamatan Salomekko Kabupaten Bone, pada 1 Januari 1989. Ia tercatat sebagai lulusan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIKes) Amanah Makassar untuk Program Sarjana Keperawatan 2012, Lulusan Profesi Ners STIKes Avicenna Kendari 2016 (2018 menjadi ITK Avicenna), Lulusan STIKes Tamalatea Makassar untuk Program Magister Kesehatan S2 Konsentrasi Epidemiologi dan Biostatistik tahun 2016 . Pria yang kerap disapa Aidil ini adalah anak dari pasangan Alm. Bapak H. Muh. Umar dan Ibu Hj. Asiah. Aidil Shafwan berlatar belakang suku Bugis Kabupaten Bone Kota Bone Makassar Sulawesi Selatan, beliau adalah sosok yang intens dalam dunia Pendidikan (pelaksanaan TriDharma), berprofesi sebagai Dosen sejak tahun 2011. Hingga saat ini, beliau adalah Dosen Tetap Yayasan merangkap Ketua Program Studi S1 Ilmu Keperawatan di Fakultas Ilmu Ilmu Kesehatan (FIK) Institut Teknologi & Kesehatan (ITK) Avicenna Kendari Sulawesi Tenggara



Harmanto, S.Kep., Ns., M.Kep,

Lahir di Waha, Kabupaten Wakatobi tanggal 29 Juli 1990. Penulis telah menyelesaikan pendidikan dasar di SDN 2 Waha, SLTPN 2 Tomia, SMAN 1 Tomia, lalu melanjutkan pendidikan S1 Keperawatan di STIKes IST Buton lulus tahun 2015. Penulis melanjutkan Pendidikan Ners (Profesi) di STIKes Amanah Makassar lulus tahun 2016. Penulis melanjutkan pendidikan S2 (Magister) pada Program Studi Magister Keperawatan Konsentrasi Keperawatan Komunitas di Universitas Muhammadiyah Jakarta yang diselesaikan pada tahun 2020. Penulis menjadi tenaga pendidik di Program Studi S1 Keperawatan & Ners STIKes IST Buton sejak tahun 2021 sampai sekarang. Selain sebagai dosen penulis juga bekerja di Klinik Sehati Indonesia sebagai perawat. Sejak tahun 2021.



Umbu Nggiku Njakatara, S.Kep., Ns., M.Kep

Dunia keperawatan sangat menarik bagi penulis, sehingga mendorong penulis untuk melanjutkan studi di Poltekkes Kemenkes Kupang Jurusan Keperawatan pada tahun 2000. Pada tahun 2007, penulis melanjutkan pendidikan ke Perguruan Tinggi Negeri dengan menempuh pendidikan alih jenjang dari D3 Keperawatan ke S1+Ners, dan berhasil menyelesaikan pendidikan di Prodi Ilmu Keperawatan (PSIK), Fakultas Kedokteran, Universitas Gadjah Mada Yogyakarta pada tahun 2010. Tujuh tahun berikutnya, penulis kembali melanjutkan pendidikan pasca sarjana pada jurusan Magister Ilmu Keperawatan di Universitas yang sama dan selesai pada tahun 2019. Saat ini penulis mengabdikan diri sebagai tenaga dosen tetap pada Prodi Keperawatan Waingapu Poltekkes Kemenkes Kupang. Penulis juga aktif dan konsisten dalam melaksanakan Tri Dharma

Perguruan Tinggi dengan terus melakukan penelitian dan pengabdian kepada masyarakat, baik secara mandiri maupun kelompok dosen ilmu serumpun.



Armayani, S.Kep.Ns. M.Kes.

Lahir di Kolaka, pada 03 Juli 1983. Penulis menempuh pendidikan di mulai dari SD Negeri 1 Bajoe (lulus tahun 1999), SMP Negeri 1 Belopa (lulus tahun 2002), SMA Negeri 1 Larompong (lulus tahun 2005), S1 Keperawatan & Ners di Stik Famika Makassar (lulus Tahun 2007), dan Menyelesaikan S2 di Stik Tamalatea

Makassar. dan saat ini Ia tercatat sebagai Dosen di Universitas Mandala Waluya pada Program Studi S1 Keperawatan & Profesi Ners sejak Tahun 2010 hingga sekarang dan sebelumnya pernah juga bekerja sebagai seorang perawat di RSUD Batara Guru Belopa 2007. Wanita yang kerap disapa Arma ini mempunyai Hobby Memasak.



Ns. Ardianto, M.Kep.

Lahir di Sei. Betung, Kabupaten Kampar Provinsi Riau pada 5 Februari 1981. Memulai pendidikan keperawatan di SPK Rengat, Provinsi Riau, kemudian melanjutkan jenjang Diploma III Keperawatan di Poltekkes Kemenkes RI Tanjungpinang. Jenjang Sarjana dan Profesi Ners ditempuh di PSIK FK UGM

Yogyakarta. Beliau juga menyelesaikan Jenjang Magister Keperawatan peminatan Keperawatan Medikal Bedah di FKKMK UGM Yogyakarta. Beliau memulai karir sebagai dosen di Akademi Keperawatan Pemerintah Provinsi Riau dari Tahun 2005. Saat ini diamanahkan sebagai Kepala Seksi Pelayanan Keperawatan di RSUD Indrasari Rengat, Kabupaten Indragiri Hulu, Provinsi Riau. Beliau juga ditugaskan sebagai Ketua Diklat RSUD Indrasari

Rengat, Kabupaten Indragiri Hulu, Provinsi Riau. Selain itu, beliau mengabdikan keilmuannya sebagai dosen di Institut Teknologi dan Bisnis Indragiri.



Ns. Elmukhsinur, S.Kep, M.Biomed.

Lahir di Pekanbaru Provinsi Riau pada 7 Oktober 1973. Memulai pendidikan keperawatan di AKPER Payung Negeri Pekanbaru, kemudian melanjutkan pendidikan jenjang Sarjana dan Profesi Ners di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia. Jenjang Magister Ilmu Biomedik di selesaikan di Universitas Andalas. Beliau memulai karir sebagai staf pengajar di AKPER payung Negeri Pekanbaru pada tahun 1996. Selanjutnya tahun 1997 lulus PNS dan ditempatkan di SPK Pemprov Riau Sebagai staf pengajar. Kemudian dari tahun 2004-2018 sebagai dosen di Akademi Kesehatan Provinsi Riau, selanjutnya mulai tahun 2019 sampai saat ini sebagai staf pengajar/dosen di Poltekkes Kemenkes Riau



Andyka, S.Kep., Ns., M.M.Kes,

Lahir di makassar, pada 8 september 1988. Ia tercatat sebagai lulusan universitas muslim Indonesia, universitas Negeri islam alauddin dan pasca sarjana amkop makassar. Pria yang kerap disapa andyka ini adalah anak dari Abd. Wahab Bagulu (ayah) dan Atika (ibu). Andyka wahab merupakan dosen di universitas karya persada Muna.



Irma Fidora, S.Kep., Ns., M.Kep,

Lahir di Agam, pada 17 Mei 1986. Ia tercatat sebagai lulusan Magister Keperawatan Universitas Gadjah Mada. Wanita yang kerap disapa Irma ini adalah anak dari pasangan Yurnalis (ayah) dan Roswita (ibu). Irma Fidora merupakan seorang dosen yang bekerja di Universitas Muhammadiyah Sumatera

Barat. Ia aktif dalam penelitian dan pengabdian masyarakat serta ikut dalam pengembangan ilmu pengetahuan bidang kesehatan khususnya keperawatan.



Halimah, S.S.I.T, MDSC.

Lahir di Peniti Luar, 03 Agustus 1969, lulus DIII Kesehatan Gigi Jakarta tahun 1998, Lulus D4 Perawat Gigi Pendidik Universitas Gajah Mada tahun 2002 dan lulus Magister Promotif dan Preventive Kedokteran Gigi Universitas Gajah Mada tahun 2010 Pengalaman

sebagai staf pengajar dari tahun 2002 sampai saat ini di Poltekkes Kemenkes Pontianak Jurusan Kesehatan Gigi.



Satria Perdana SKM.,M.Kes.

Lahir di Makassar, pada 2 Februari 1990. Ia tercatat sebagai lulusan Universitas Muslim Indonesia Makassar. Wanita yang kerap disapa Satria ini adalah anak dari pasangan H. Muhammad (ayah) dan Hj. Holani (ibu).



REPUBLIK INDONESIA
KEMENTERIAN HUKUM DAN HAK ASASI MANUSIA

SURAT PENCATATAN CIPTAAN

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

Nomor dan tanggal permohonan : EC00202320474, 10 Maret 2023

Pencipta

Nama : **Risnawati, SKM., M.Kes, Andi Herman, S.Kep., Ns., M.Kep dkk**

Alamat : Jln. Prof. Muh. Yamin No. 7 RT. 011 RW. 004 Kel. Puiuwatu Kec. Puiuwatu Kota Kendari Provinsi Sulawesi Tenggara Kode Pos 93114, Kendari, SULAWESI TENGGARA, 93114

Kewarganegaraan : Indonesia

Pemegang Hak Cipta

Nama : **Risnawati, SKM., M.Kes, Andi Herman, S.Kep., Ns., M.Kep dkk**

Alamat : Jln. Prof. Muh. Yamin No. 7 RT. 011 RW. 004 Kel. Puiuwatu Kec. Puiuwatu Kota Kendari Provinsi Sulawesi Tenggara Kode Pos 93114, Kendari, SULAWESI TENGGARA, 93114

Kewarganegaraan : Indonesia

Jenis Ciptaan : **Buku**

Judul Ciptaan : **Dokumentasi Keperawatan**

Tanggal dan tempat diumumkan untuk pertama kali : 18 Februari 2023, di Purbalingga di wilayah Indonesia atau di luar wilayah Indonesia

Jangka waktu perlindungan : Berlaku selama hidup Pencipta dan terus berlangsung selama 70 (tujuh puluh) tahun setelah Pencipta meninggal dunia, terhitung mulai tanggal 1 Januari tahun berikutnya.

Nomor pencatatan : 000453397

adalah benar berdasarkan keterangan yang diberikan oleh Pemohon.

Surat Pencatatan Hak Cipta atau produk Hak terkait ini sesuai dengan Pasal 72 Undang-Undang Nomor 28 Tahun 2014 tentang Hak Cipta.



an Menteri Hukum dan Hak Asasi Manusia
Direktur Jenderal Kekayaan Intelektual
A.B.
Direktur Hak Cipta dan Desain Industri

Anggoro Dasananto
NIP.196412081991031002

Disclaimer:

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