

**PROSES  
KEPERAWATAN &  
BERPIKIR KRITIS**

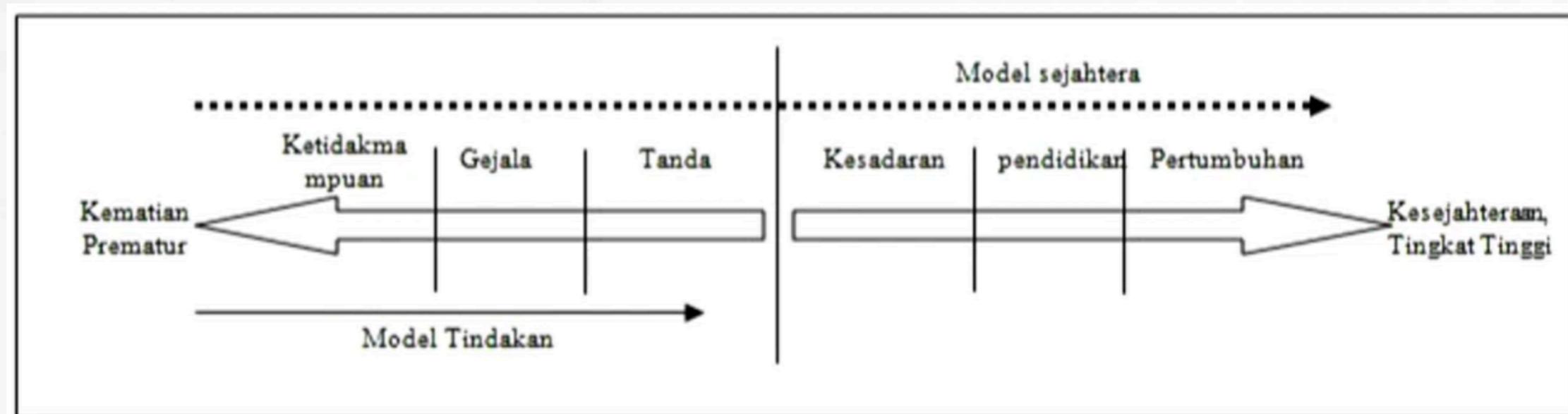
# **STANDAR DIAGNOSIS KEPERAWATAN INDONESIA**

# **SDKI**

**Prima Daniyati K, S.Kep.,Ns.,M.Kep**

# DIAGNOSIS KEPERAWATAN

- Diagnosis keperawatan: penilaian klinis mengenai respon klien (individu, keluarga, atau masyarakat) terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial.
- Tujuan: mengidentifikasi respon klien (individu, keluarga, dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan.



## PERBEDAAN DIAGNOSIS KEPERAWATAN DAN DIAGNOSIS MEDIS

No	Uraian	Diagnosis Keperawatan	Diagnosis Medis
1	Fokus	Reaksi/respons klien terhadap tindakan keperawatan dan tindakan medis/lainnya	Faktor-faktor pengobatan penyakit
2	Orientasi	Kebutuhan dasar individu	Keadaan patologis
		Mulai sakit sampai sembuh berubah sesuai perubahan respons klien	Cenderung tetap
		Mengarah pada fungsi mandiri perawat dalam melaksanakan tindakan dan evaluasinya	Mengarah pada tindakan medis yang sebagian dilimpahkan kepada perawat

# ASUHAN KEPERAWATAN

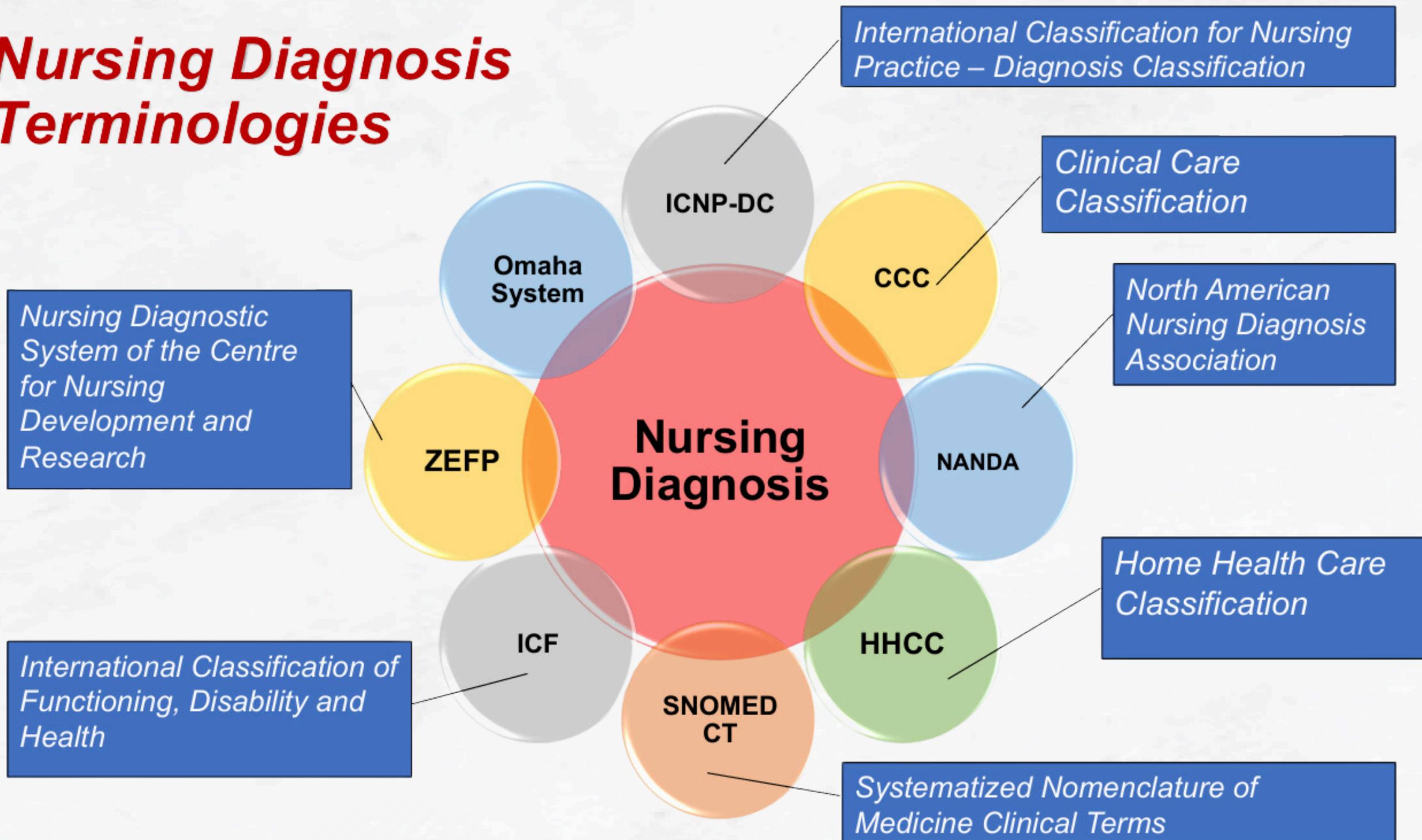
## ASUHAN KEPERAWATAN DIBERIKAN DALAM BENTUK 5 TAHAP PROSES KEPERAWATAN

Asuhan keperawatan (Askep) adalah rangkaian interaksi Perawat dengan Klien dan lingkungannya untuk mencapai tujuan pemenuhan kebutuhan dan kemandirian Klien dalam merawat dirinya (UUKep. 38/2014)

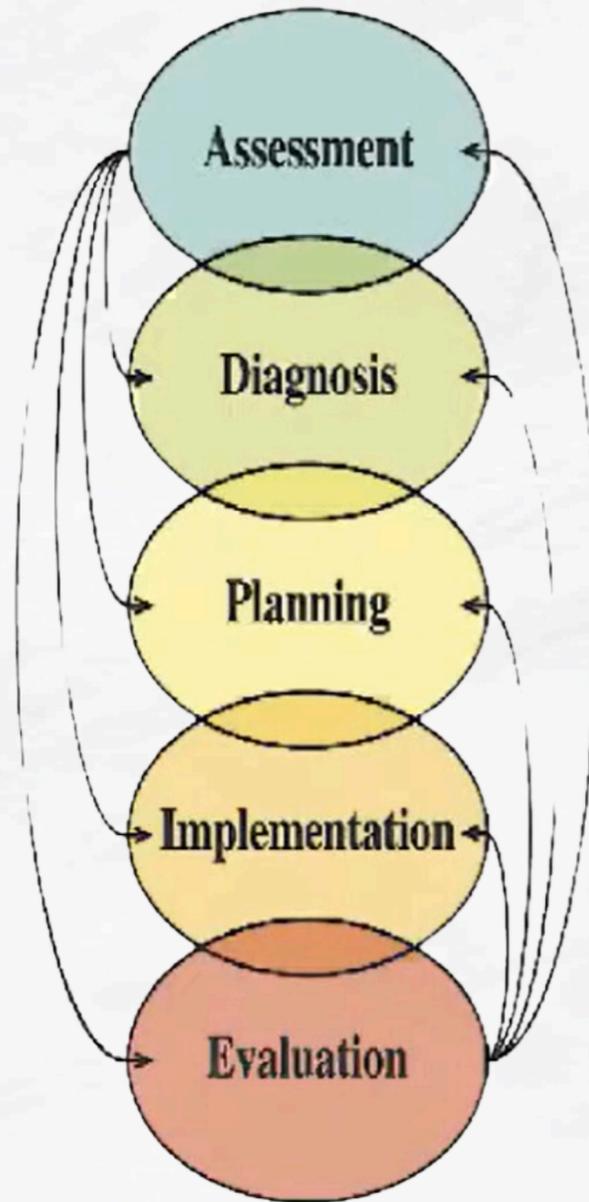


Sumber Gambar:  
Nursing Diagnosis (NDx): Complete Guide and List for 2019.  
<https://images.app.goo.gl/iyEFHf2PLVy5iUZb7>

# Nursing Diagnosis Terminologies

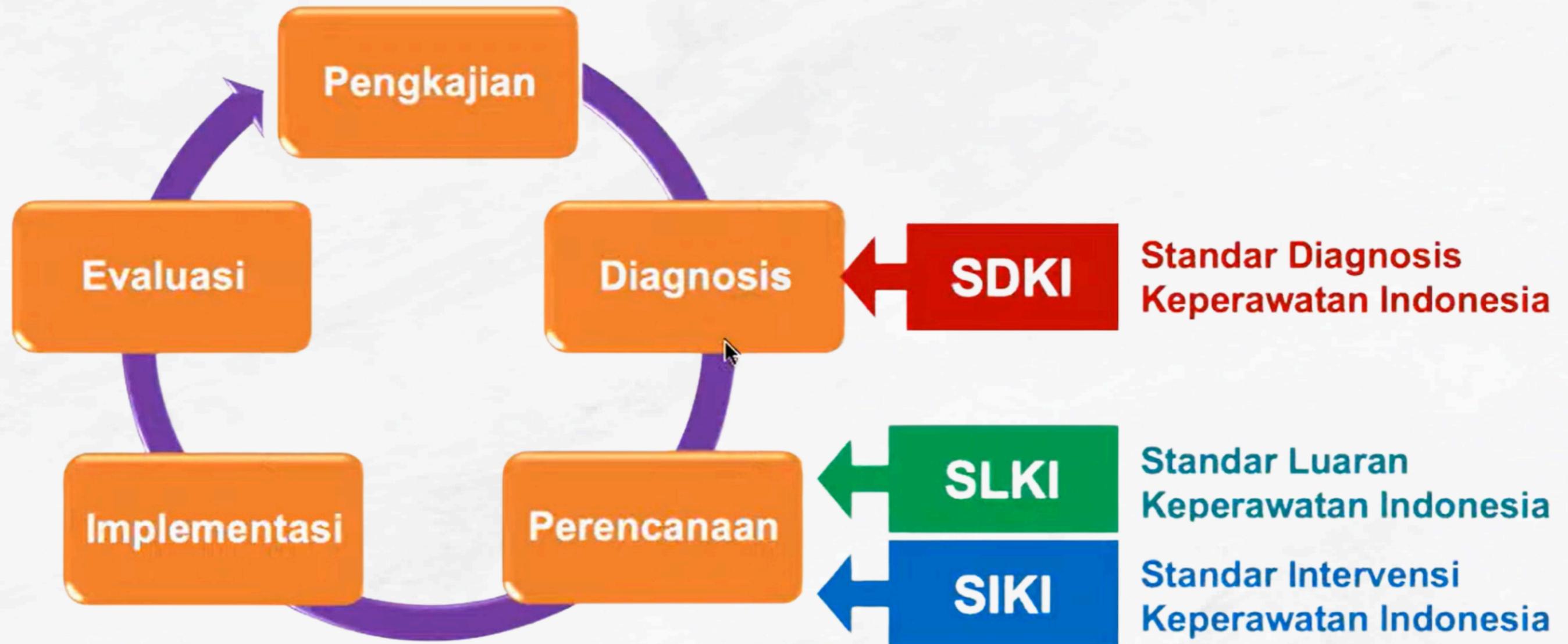
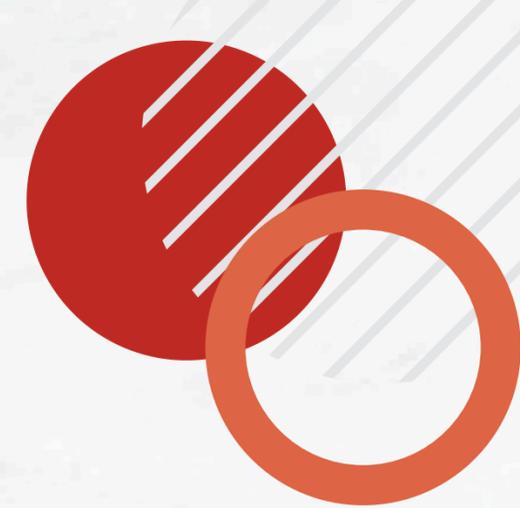


# TUJUAN STANDARISASI ASUHAN

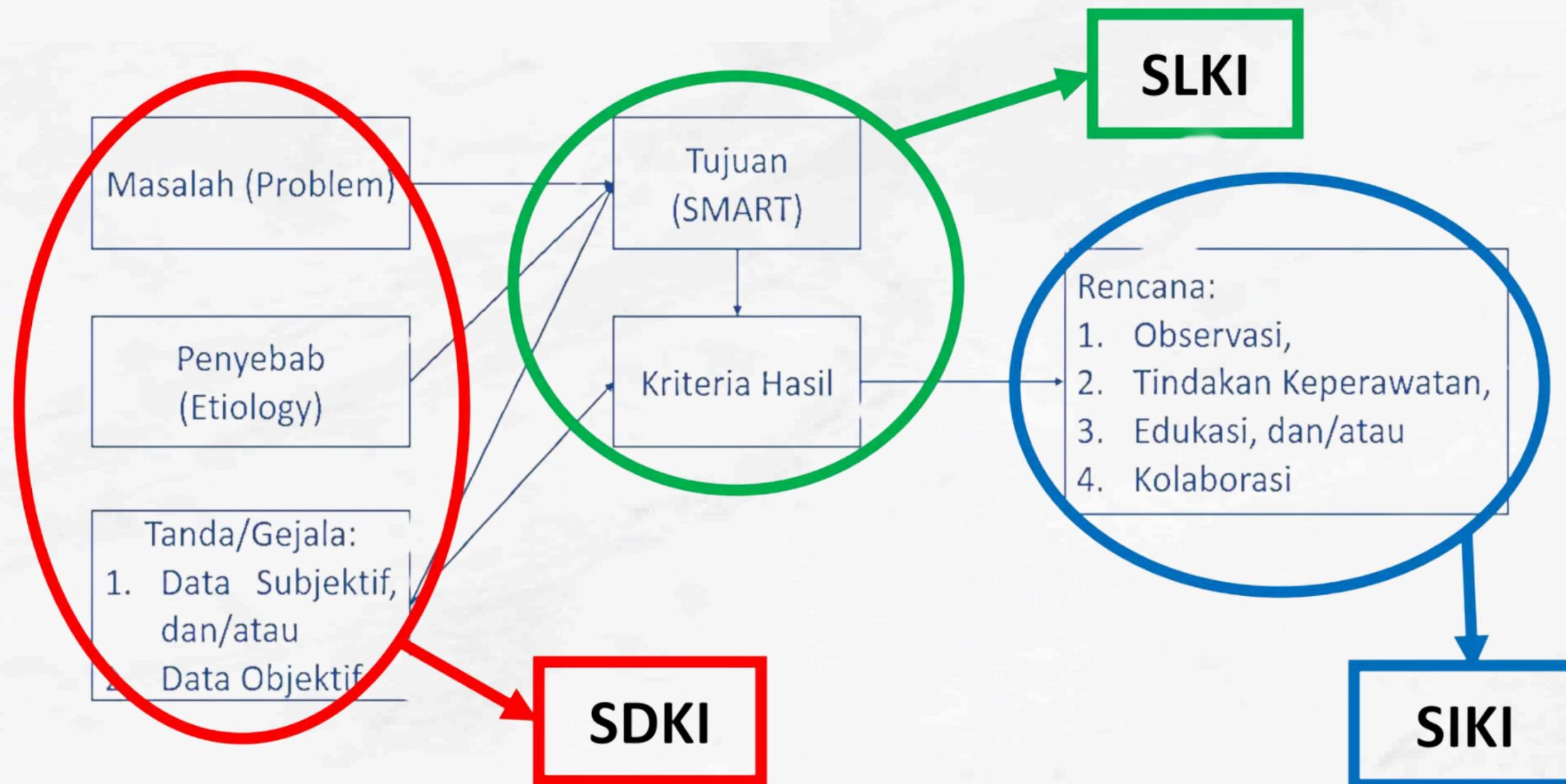


- Menjadi **acuan** penegakan diagnosis, penentuan luaran & intervensi keperawatan
- Meningkatkan **otonomi perawat**
- Memudahkan **komunikasi** intraprofesional dan interprofesional
- Meningkatkan **mutu** asuhan keperawatan
- Mengarahkan dan menguatkan **proses pembelajaran** pada pendidikan keperawatan
- Memperluas **area penelitian** keperawatan
- Mengukur **beban kerja** dan **reward** perawat

# PROSES KEPERAWATAN & STANDAR ASUHAN KEPERAWATAN PPNI



# KAITAN DIAGNOSIS, LUARAN DAN RENCANA KEPERAWATAN





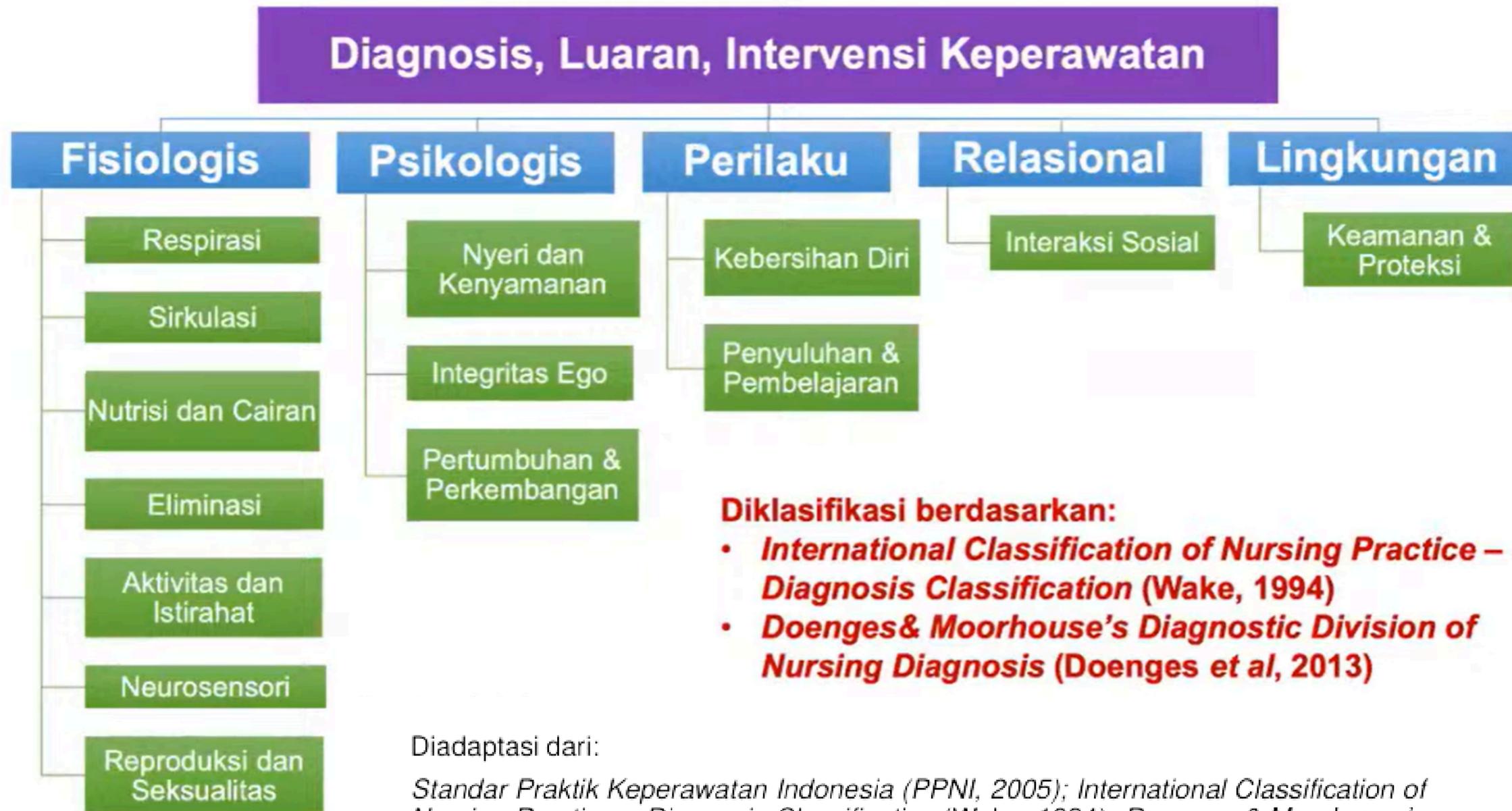
**SDKI**



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.

# PROSES DIAGNOSIS

Data dikelompokkan berdasarkan kategori/subkategori



**Diklasifikasi berdasarkan:**

- **International Classification of Nursing Practice – Diagnosis Classification (Wake, 1994)**
- **Doenges & Moorhouse’s Diagnostic Division of Nursing Diagnosis (Doenges et al, 2013)**

Diadaptasi dari:

*Standar Praktik Keperawatan Indonesia (PPNI, 2005); International Classification of Nursing Practice – Diagnosis Classification (Wake, 1994); Doenges & Moorhouse’s Diagnostic Division of Nursing Diagnosis (Doenges et al, 2013).*

## Bab IV Standar Diagnosis Keperawatan Keperawatan Indonesia

Diagnosis yang termuat dalam standar ini diurutkan sesuai dengan kategori dan subkategori diagnosis keperawatan. Diagnosis-diagnosis keperawatan yang berada dalam satu subkategori diurutkan secara alfabetis untuk memudahkan pencarian diagnosis keperawatan dalam satu subkategori yang akan dirujuk.

Diagnosis-diagnosis keperawatan dalam SDKI diuraikan sebagai berikut:

### Kategori: Fisiologis

#### Subkategori: Respirasi

- D.0001 Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif
- D.0002 Gangguan Penyapihan Ventilator
- D.0003 Gangguan Pertukaran Gas
- D.0004 Gangguan Ventilasi Spontan
- D.0005 Pola Napas Tidak Efektif
- D.0006 Risiko Aspirasi

#### Subkategori: Sirkulasi

- D.0007 Gangguan Sirkulasi Spontan
- D.0008 Penurunan Curah Jantung
- D.0009 Perfusi Perifer Tidak Efektif
- D.0010 Risiko Gangguan Sirkulasi Spontan
- D.0011 Risiko Penurunan Curah Jantung
- D.0012 Risiko Perdarahan
- D.0013 Risiko Perfusi Gastrointestinal Tidak Efektif
- D.0014 Risiko Perfusi Miokard Tidak Efektif
- D.0015 Risiko Perfusi Perifer Tidak Efektif
- D.0016 Risiko Perfusi Renal Tidak Efektif
- D.0017 Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif

#### Subkategori: Nutrisi dan Cairan

- D.0018 Berat Badan Lebih
- D.0019 Defisit Nutrisi
- D.0020 Diare
- D.0021 Disfungsi Motilitas Gastrointestinal
- D.0022 Hipervolemia
- D.0023 Hipovolemia

- D.0024 Ikterik Neonatus
- D.0025 Kesiapan Peningkatan Keseimbangan Cairan
- D.0026 Kesiapan Peningkatan Nutrisi
- D.0027 Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah
- D.0028 Menyusui Efektif
- D.0029 Menyusui Tidak Efektif
- D.0030 Obesitas
- D.0031 Risiko Berat Badan Lebih
- D.0032 Risiko Defisit Nutrisi
- D.0033 Risiko Disfungsi Motilitas Gastrointestinal
- D.0034 Risiko Hipovolemia
- D.0035 Risiko Ikterik Neonatus
- D.0036 Risiko Ketidakseimbangan Cairan
- D.0037 Risiko Ketidakseimbangan Elektrolit
- D.0038 Risiko Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah
- D.0039 Risiko Syok

#### Subkategori: Eliminasi

- D.0040 Gangguan Eliminasi Urin
- D.0041 Inkontinensia Fekal
- D.0042 Inkontinensia Urin Berlanjut
- D.0043 Inkontinensia Urin Berlebih
- D.0044 Inkontinensia Urin Fungsional
- D.0045 Inkontinensia Urin Refleks
- D.0046 Inkontinensia Urin Stres
- D.0047 Inkontinensia Urin Urgensi
- D.0048 Kesiapan Peningkatan Eliminasi Urin
- D.0049 Konstipasi
- D.0050 Retensi Urin
- D.0051 Risiko Inkontinensia Urin Urgensi
- D.0052 Risiko Konstipasi

#### Subkategori: Aktivitas dan Istirahat

- D.0053 Disorganisasi Perilaku Bayi
- D.0054 Gangguan Mobilitas Fisik
- D.0055 Gangguan Pola Tidur
- D.0056 Intoleransi Aktivitas
- D.0057 Kelelahan
- D.0058 Kesiapan Peningkatan Tidur
- D.0059 Risiko Disorganisasi Perilaku Bayi
- D.0060 Risiko Intoleransi Aktivitas

#### Subkategori: Neurosensori

- D.0061 Disrefleksia Otonom
- D.0062 Gangguan Memori
- D.0063 Gangguan Menelan
- D.0064 Konfusi Akut

- D.0065 Konfusi Kronis
- D.0066 Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial
- D.0067 Risiko Disfungsi Neurovaskuler Perifer
- D.0068 Risiko Konfusi Akut

#### Subkategori: Reproduksi dan Seksualitas

- D.0069 Disfungsi Seksual
- D.0070 Kesiapan Persalinan
- D.0071 Pola Seksual Tidak Efektif
- D.0072 Risiko Disfungsi Seksual
- D.0073 Risiko Kehamilan Tidak Dikehendaki

#### Kategori: Psikologis

##### Subkategori: Nyeri dan Kenyamanan

- D.0074 Gangguan Rasa Nyaman
- D.0075 Ketidaknyamanan Pasca Partum
- D.0076 Nausea
- D.0077 Nyeri Akut
- D.0078 Nyeri Kronis
- D.0079 Nyeri Melahirkan

##### Subkategori: Integritas Ego

- D.0080 Ansietas
- D.0081 Berduka
- D.0082 Distres Spiritual
- D.0083 Gangguan Citra Tubuh
- D.0084 Gangguan Identitas Diri
- D.0085 Gangguan Persepsi Sensori
- D.0086 Harga Diri Rendah Kronis
- D.0087 Harga Diri Rendah Situasional
- D.0088 Keputusan
- D.0089 Kesiapan Peningkatan Konsep Diri
- D.0090 Kesiapan Peningkatan Koping Keluarga
- D.0091 Kesiapan Peningkatan Koping Komunitas
- D.0092 Ketidakberdayaan
- D.0093 Ketidakmampuan Koping Keluarga
- D.0094 Koping Defensif
- D.0095 Koping Komunitas Tidak Efektif
- D.0096 Koping Tidak Efektif
- D.0097 Penurunan Koping Keluarga
- D.0098 Penyangkalan Tidak Efektif
- D.0099 Perilaku Kesehatan Cenderung Berisiko
- D.0100 Risiko Distres Spiritual
- D.0101 Risiko Harga Diri Rendah Kronis
- D.0102 Risiko Harga Diri Rendah Situasional
- D.0103 Risiko Ketidakberdayaan
- D.0104 Sindrom Pasca Trauma

D.0105 **Waham**

**Kategori: Psikologis**

**Subkategori: Pertumbuhan dan Perkembangan**

- D.0106 **Gangguan Tumbuh Kembang**
- D.0107 **Risiko Gangguan Perkembangan**
- D.0108 **Risiko Gangguan Pertumbuhan**

**Kategori: Perilaku**

**Subkategori: Kebersihan Diri**

- D.0109 **Defisit Perawatan Diri**

**Subkategori: Penyuluhan dan Pembelajaran**

- D.0110 **Defisit Kesehatan Komunitas**
- D.0111 **Defisit Pengetahuan**
- D.0112 **Kesiapan Peningkatan Manajemen Kesehatan**
- D.0113 **Kesiapan Peningkatan Pengetahuan**
- D.0114 **Ketidapatuhan**
- D.0115 **Manajemen Kesehatan Keluarga Tidak Efektif**
- D.0116 **Manajemen Kesehatan Tidak Efektif**
- D.0117 **Pemeliharaan Kesehatan Tidak Efektif**

**Kategori: Relasional**

**Subkategori: Interaksi Sosial**

- D.0118 **Gangguan Interaksi Sosial**
- D.0119 **Gangguan Komunikasi Verbal**
- D.0120 **Gangguan Proses Keluarga**
- D.0121 **Isolasi Sosial**
- D.0122 **Kesiapan Peningkatan Menjadi Orang Tua**
- D.0123 **Kesiapan Peningkatan Proses Keluarga**
- D.0124 **Ketegangan Peran Pemberi Asuhan**
- D.0125 **Penampilan Peran Tidak Efektif**
- D.0126 **Pencapaian Peran Menjadi Orang Tua**
- D.0127 **Risiko Gangguan Perlekatan**
- D.0128 **Risiko Proses Pengasuhan Tidak Efektif**

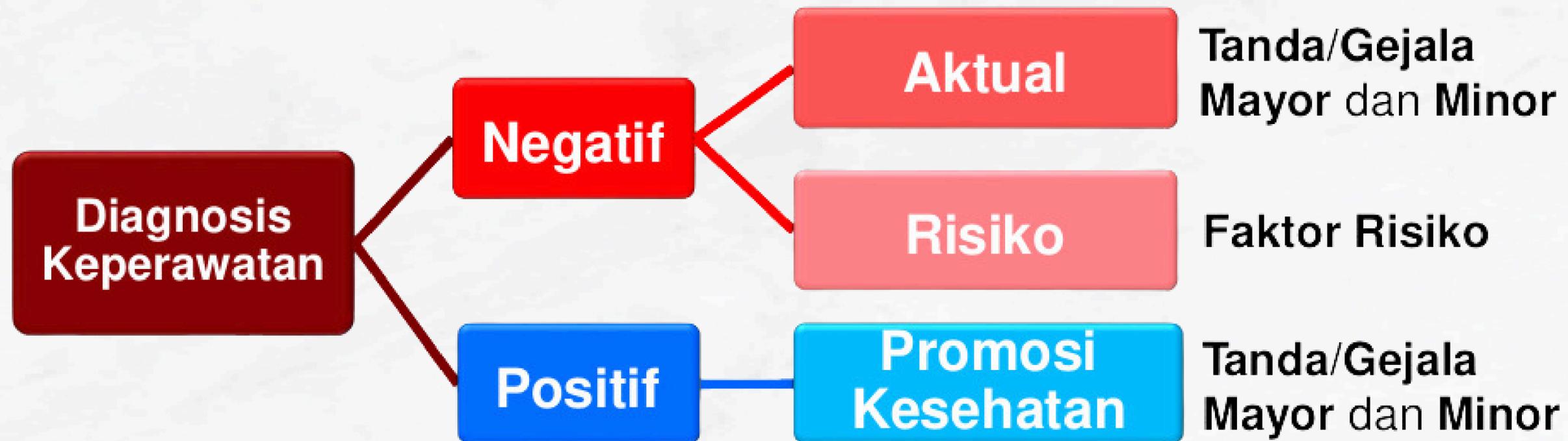
**Kategori: Lingkungan**

**Subkategori: Keamanan dan Proteksi**

- D.0129 **Gangguan Integritas Kulit/Jaringan**
- D.0130 **Hipertermia**
- D.0131 **Hipotermia**
- D.0132 **Perilaku Kekerasan**
- D.0133 **Perlambatan Pemulihan Pascabedah**
- D.0134 **Risiko Alergi**
- D.0135 **Risiko Bunuh Diri**
- D.0136 **Risiko Cedera**
- D.0137 **Risiko Cedera pada Ibu**

- D.0138 **Risiko Cedera pada Janin**
- D.0139 **Risiko Gangguan Integritas Kulit/Jaringan**
- D.0140 **Risiko Hipotermia**
- D.0141 **Risiko Hipotermia Perioperatif**
- D.0142 **Risiko Infeksi**
- D.0143 **Risiko Jatuh**
- D.0144 **Risiko Luka Tekan**
- D.0145 **Risiko Mutilasi Diri**
- D.0146 **Risiko Perilaku Kekerasan**
- D.0147 **Risiko Perlambatan Pemulihan Pascabedah**
- D.0148 **Risiko Termoregulasi Tidak Efektif**
- D.0149 **Termoregulasi Tidak Efektif**

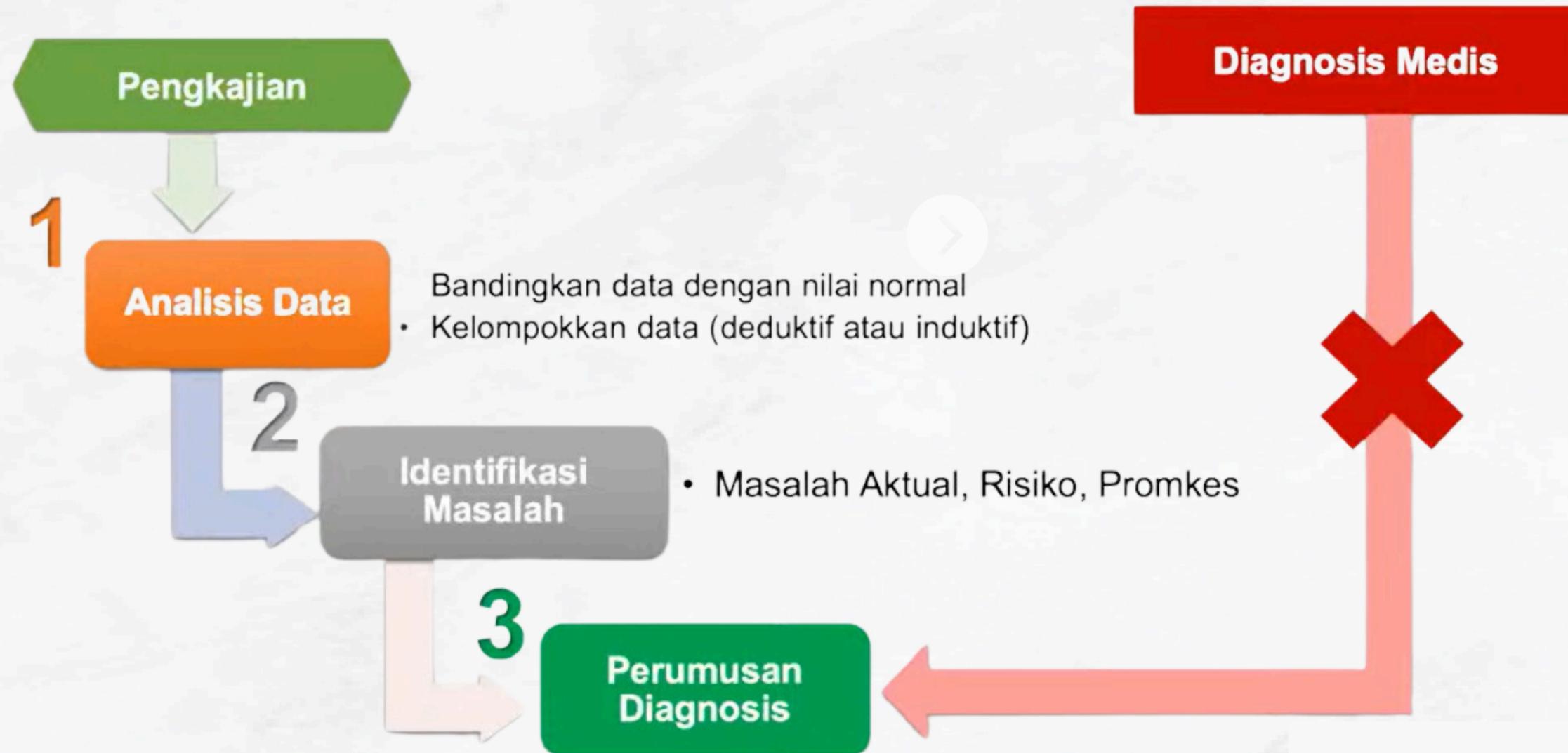
# JENIS DIAGNOSIS KEPERAWATAN



Diadaptasi dari:

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

# TAHAPAN MERUMUSKAN DIAGNOSIS KEPERAWATAN



# 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**

# ANALISIS DATA DAN IDENTIFIKASI MASALAH

Tgl	Data	Masalah Kep	Penyebab
19 Juni	<p>DS: pasien mengeluh nyeri skala 6 saat mencoba miring kanan/kiri, seperti diiris-iris, hilang jika tidak bergerak. Pasien mengeluh tidak bisa tidur</p> <p>DO: Pasien meringis saat diminta mencoba miring ke kanan Terdapat balutan luka laparatomi ukuran 18cmx5cm, tampak bersih. Nadi 108x/menit</p>	NYERI AKUT	Agen cedera fisiologis

Kelompokkan data hasil pengkajian yang sejenis

Bandingkan dengan standar normal nyeri

Nyeri akut b.d agen cedera fisiologis

## Tanda dan Gejala

**Mayor**

Ditemukan sebanyak  
**80-100%** untuk validasi diagnosis

**Minor**

- Tidak harus ditemukan
- Jika ditemukan dapat mendukung penegakan diagnosis

*Tanda/Gejala Mayor atau Tanda/Gejala Minor pada SDKI ditetapkan berdasarkan hasil penelitian validasi diagnosis keperawatan*

## Masalah / Label Diagnosis



Contoh Deskriptor dan Fokus Diagnostik pada Diagnosis Keperawatan

# Contoh Diagnosis Keperawatan AKTUAL

**Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif** D.0001

Kategori: *Fisiologis*  
Subkategori: *Respirasi*

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

**Penyebab**

*Fisiologis*

1. Spasme jalan napas
2. Hipersekresi jalan napas
3. Disfungsi neuromuskuler
4. Benda asing dalam jalan napas
5. Adanya jalan napas buatan
6. Sekresi yang tertahan
7. Hiperplasia dinding jalan napas
8. Proses infeksi
9. Respon alergi
10. Efek agen farmakologis (mis. anastesi)

*Situasional*

1. Merokok aktif
2. Merokok pasif
3. Terpajan polutan

**Gejala dan Tanda Mayor**

*Subjektif*  
(tidak tersedia)

*Objektif*

1. Batuk tidak efektif atau tidak mampu batuk
2. Sputum berlebih / obstruksi di jalan napas / mekonium di jalan napas (pada neonatus)
3. Mengi, wheezing dan/atau ronkhi kering

**Gejala dan Tanda Minor**

*Subjektif*

1. Dispnea
2. Sulit bicara
3. Ortopnea

*Objektif*

  1. Gelisah
  2. Sianosis
  3. Bunyi napas menurun
  4. Frekuensi napas berubah
  5. Pola napas berubah

**CONTOH DIAGNOSIS AKTUAL**

Nomor Kode

Label/Masalah

Definisi

Peyebab

Tanda dan Gejala

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

# Contoh Diagnosis Keperawatan RISIKO

**Risiko Aspirasi** **D.0006**  
Kategori: Fisiologis  
Subkategori: Respirasi

**Definisi**  
Bersiko mengalami masuknya sekresi gastrointestinal, sekresi orofaring, benda cair atau padat ke dalam saluran trakeobronkial akibat disfungsi mekanisme protektif saluran napas.

**Faktor Risiko**

1. Penurunan tingkat kesadaran
2. Penurunan refleks muntah dan/atau batuk
3. Gangguan menelan
4. Disfagia
5. Kerusakan mobilitas fisik
6. Peningkatan residu lambung
7. Peningkatan tekanan intragastrik
8. Penurunan motilitas gastrointestinal
9. Sfingter esofagus bawah inkompeten
10. Perlambatan pegasongan lambung
11. Terpasang selang nasogastrik
12. Terpasang trakeostomi atau *endotracheal tube*
13. Trauma/pembedahan leher, mulut, dan/atau wajah
14. Efek agen farmakologis
15. Ketidakmatangan koordinasi menghisap, menelan dan bernapas

**Kondisi Klinis Terkait**

1. Cedera kepala
2. Stroke
3. Cedera medula spinalis
4. *Guillain barre syndrome*
5. Penyakit Parkinson
6. Keracunan obat dan alkohol
7. Pembesaran uterus
8. *Miastenia gravis*
9. Fistula trakeoesofagus
10. Striktura esofagus
11. Sklerosis multipel
12. Labiopalatoskizis

**CONTOH DIAGNOSIS RISIKO**

Nomor Kode

Label/Masalah

Definisi

Faktor Risiko

Kondisi Klinis Terkait

**Risiko aspirasi** dibuktikan dengan tingkat kesadaran menurun

# Contoh Diagnosis Keperawatan POTENSIAL

**Kesiapan Peningkatan Eliminasi Urin** **D.0048**

Kategori: Fisiologis  
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*. 11<sup>th</sup> Ed. St. Louis: Elsevier.  
Carpnito-Moyet, L. J. (2013). *Nursing Diagnosis Application to Clinical Practice*. 10<sup>th</sup> Ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.  
Doenges, M. E., Moorhouse, M. F., & Murr, A. C. (2013). *Nursing Diagnosis Handbook: Planning, Individualizing and Documenting Client Care*. 10<sup>th</sup> Ed. Philadelphia: F. A. Davis Company.  
Herdman, T. H., & Kamitsuru, S. (2014). *Nursing Diagnosis Classification 2015-2017*. 10<sup>th</sup> Ed. Oxford: Wiley Blackwell.  
Newfield, S. A., Hinz, M. D., Tiley, D. S., Sridaromont, K. L., Maramba, M. G., & Cox's Clinical Applications of Nursing Diagnosis Adult, C.

**CONTOH DIAGNOSIS PROMKES**

Nomor Kode

Label/Masalah

Definisi

Tanda dan Gejala

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

# MENENTUKAN DIAGNOSA KEPERAWATAN PRIORITAS

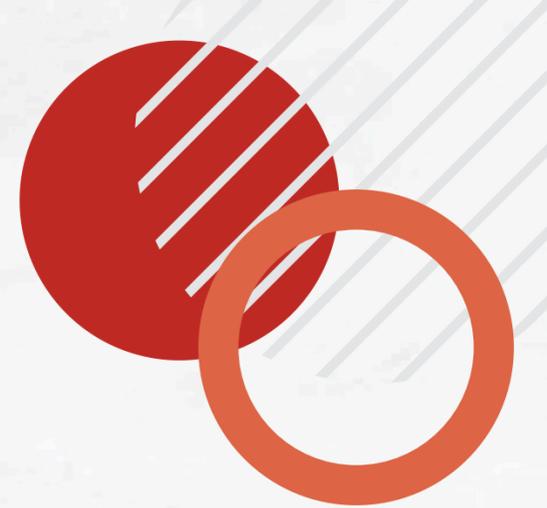
1. Masalah yang mengancam nyawa
2. Masalah keamanan
3. Prioritas menurut klien
4. Prioritas menurut perawat
5. Jika ditangani, akan mengatasi diagnosa keperawatan lainnya



# MARI BERLATIH

Seorang perempuan, umur 25 tahun hamil dengan usia kandungan 39 minggu mengeluh nyeri pada perut, tekanan pada perineum. Perawat melihat bahwa wajah pasien meringis, dengan posisi tangan memegang perut. Diagnosa keperawatan yang tepat adalah...

- A. Nyeri akut
- B. Nyeri kronis
- C. Nyeri melahirkan

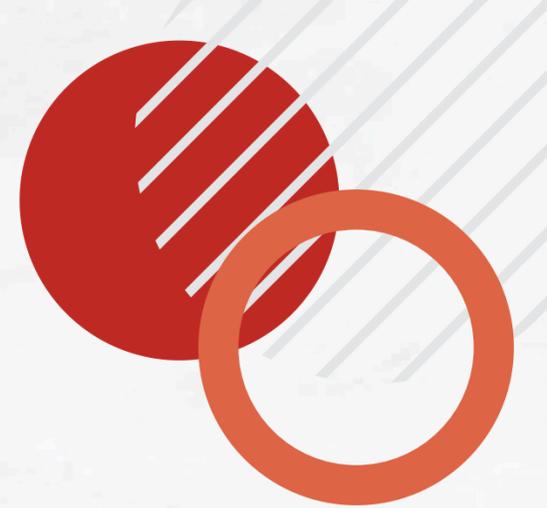


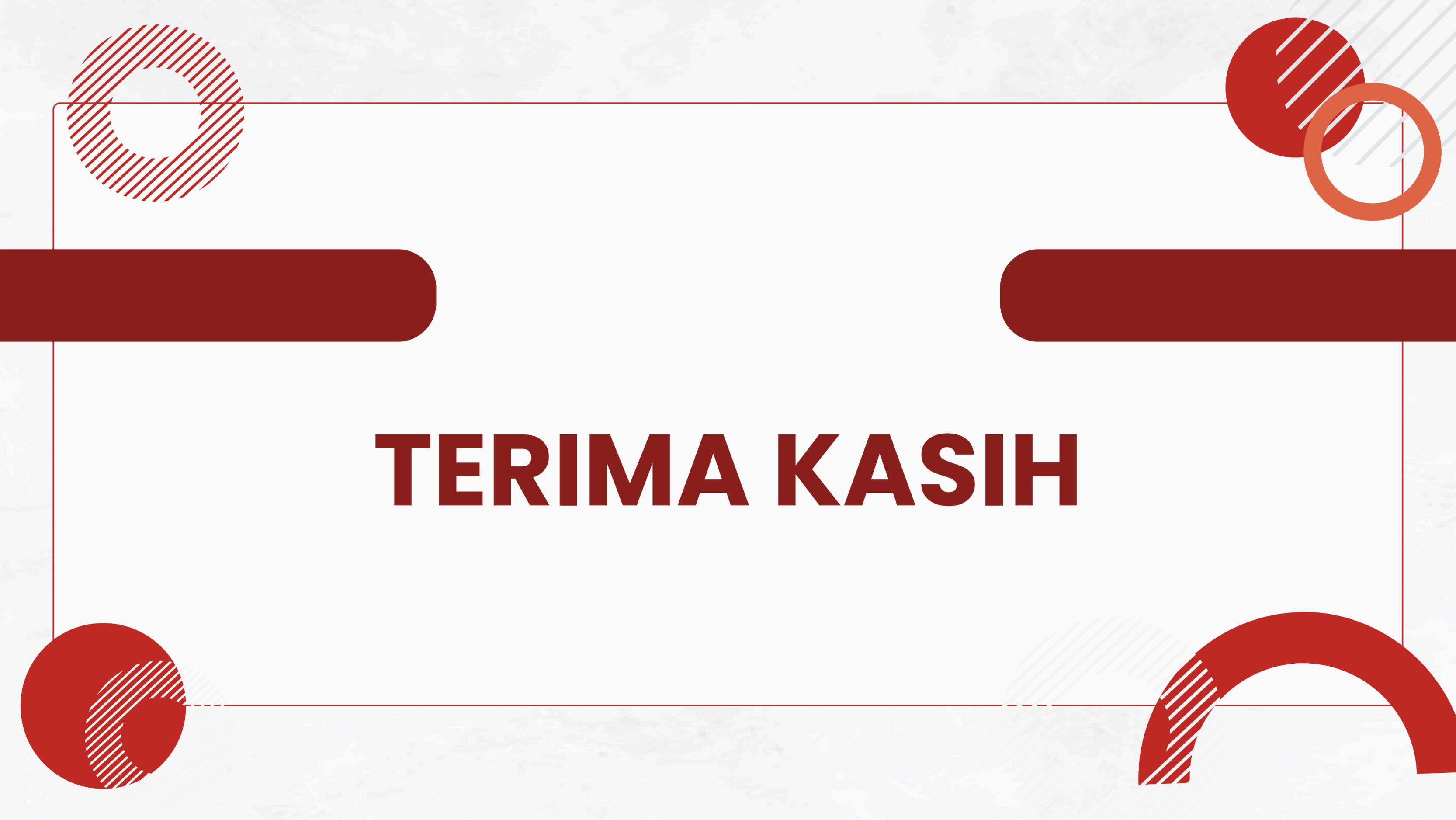
# MARI BERLATIH

**A** Seorang laki-laki, umur 45 tahun dinyatakan menderita stroke sejak 3 bulan yang lalu. Pasien mengatakan tidak pernah berhubungan seksual semenjak terkena stroke.

**B** Seorang perempuan, umur 37 tahun mengatakan bahwa dia adalah korban KDRT suami. Pasien mengungkapkan aktivitas, fungsi, dan hasrat seksual dengan suami menurun, tidak pernah puas, terkadang merasakan nyeri saat berhubungan seksual.

Dari 2 kasus diatas, diagnosa keperawatan apa yang tepat?  
apakah sama?



A decorative graphic featuring a light gray background with a faint world map. A thin red line forms a rectangular frame. At the corners, there are red circles: top-left is a hatched ring, top-right is a solid circle and a ring, bottom-left is a solid circle with a hatched ring, and bottom-right is a thick red arc with a hatched ring. Two thick red horizontal bars with rounded ends are positioned above and below the text.

**TERIMA KASIH**

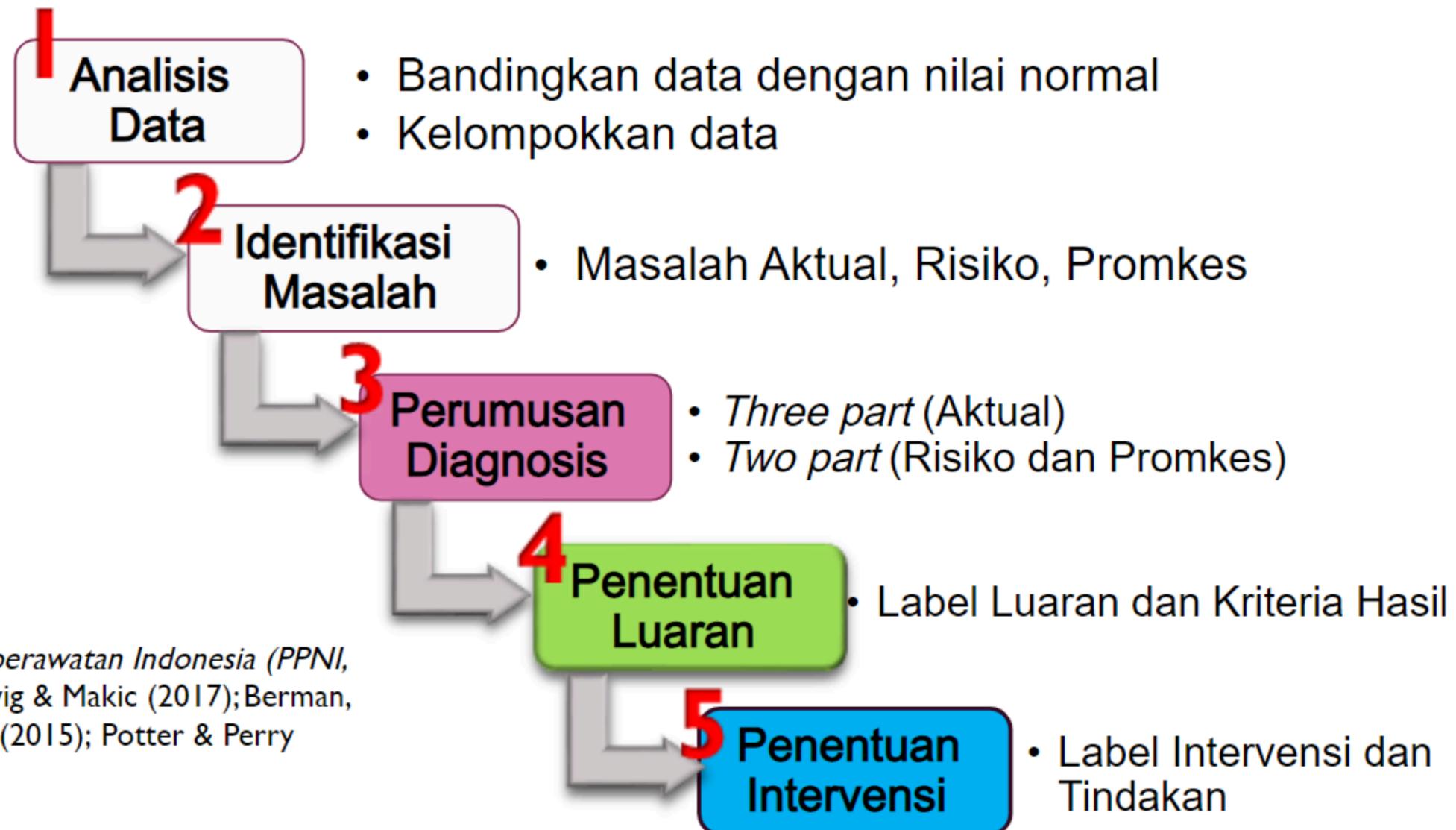
**PROSES  
KEPERAWATAN &  
BERPIKIR KRITIS**

**STANDAR LUARAN & INTERVENSI  
KEPERAWATAN INDONESIA**

**SLKI - SIKI**

**Prima Daniyati K, S.Kep.,Ns.,M.Kep**

# Tahapan Penegakan Diagnosis dan Penentuan Luaran serta Intervensi Keperawatan



Diadaptasi dari:

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



**SLKI**



# LUARAN (*OUTCOME*) KEPERAWATAN

- **Aspek-aspek yang dapat diobservasi dan diukur** meliputi kondisi, perilaku, atau persepsi pasien, keluarga atau komunitas sebagai respons terhadap intervensi keperawatan.
- Luaran keperawatan menunjukkan status diagnosis keperawatan setelah dilakukan intervensi keperawatan (**tujuan**).
- Hasil akhir intervensi keperawatan yang terdiri atas indikator-indikator atau kriteria-kriteria hasil pemulihan masalah (**kriteria hasil**).



Memuat sebanyak  
**139**  
Luaran Keperawatan

# PENETAPAN LUARAN KEPERAWATAN



Penetapan luaran memenuhi prinsip **SMART**



Label dan kriteria hasil distandarisasi

Disesuaikan kondisi pasien dengan menggunakan *clinical judgement* perawat

Diadaptasi dari:  
Ackley et al (2017), Berman et al (2015), Doenges et al (2013), Potter & Perry (2013),

# Komponen Luaran Keperawatan

## Label

- Nama luaran keperawatan berupa kata-kata kunci informasi luaran

## Ekspektasi

- Penilaian terhadap hasil yang diharapkan
- **Meningkat**, **Menurun** atau **Membaik**

## Kriteria Hasil

- Karakteristik pasien yang **dapat diamati atau diukur**
- Dijadikan sebagai dasar untuk menilai pencapaian hasil intervensi
- Menggunakan **skor (1 s.d 5) pada pendokumentasian berbasis komputer**

No	Ekspektasi	Contoh Luaran
1	<b>Meningkat</b>	Bersihan Jalan Napas Curah Jantung Perawatan Diri Sirkulasi Spontan Status Kenyamanan
2	<b>Menurun</b>	Tingkat Kelelahan Tingkat Ansietas Tingkat Berduka Tingkat Perdarahan
3	<b>Membaik</b>	Eliminasi Fekal Fungsi Seksual Identitas Diri Penampiran Peran Proses Pengasuhan



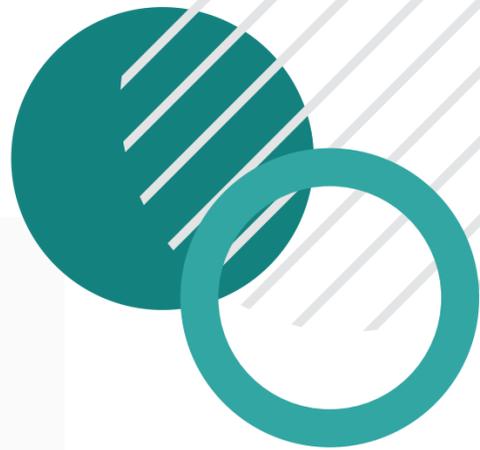
## VARIASI PENGGUNAKAN SKALA LIKERT (1 – 5) KRITERIA HASIL LUARAN KEPERAWATAN

### LUARAN POSITIF

1	2	3	4	5
Menurun	Cukup Menurun	Sedang	Cukup Meningkat	Meningkat
1	2	3	4	5
Memburuk	Cukup Memburuk	Sedang	Cukup Membaik	Membaik

### LUARAN NEGATIF

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



## Bersihkan Jalan Napas

L.01001

### Definisi

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

### Ekspektasi

Meningkat

### Kriteria Hasil

	Menurun	Cukup Menurun	Sedang	Cukup Meningkat	Meningkat
Batuk efektif	1	2	3	4	5

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

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

## Contoh Luaran SLKI

Nomor Kode Panggil

Label Luaran

Definisi Luaran

Ekspektasi Luaran

Kriteria Hasil dan Skor

# Penulisan Luaran Keperawatan

## Metode Dokumentasi Manual/Tertulis

Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama ....., maka **[Label]**

**[Ekspektasi]** dengan kriteria hasil:

- Kriteria 1 (hasil)
- Kriteria 2 (hasil)
- Kriteria 3 (hasil)
- *dst*

### Contoh:

Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam, maka **Bersihan Jalan Napas Meningkat**, dengan kriteria hasil:

- *Batuk efektif meningkat*
- *Produksi sputum menurun*
- *Wheezing menurun*
- *Frekuensi napas 12 -20 kali/menit*

## Metode Dokumentasi Berbasis Komputer

Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama ....., maka **[Label]**

**[Ekspektasi]** dengan kriteria hasil:

- Kriteria 1 (skor)
- Kriteria 2 (skor)
- Kriteria 3 (skor)
- *dst*

### Contoh:

Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam, maka **Bersihan Jalan Napas Meningkat**, dengan kriteria hasil:

- *Batuk efektif* 5
- *Produksi sputum* 5
- *Wheezing* 5
- *Frekuensi napas* 5



## Bersihkan Jalan Napas

L.01001

### Definisi

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

### Ekspektasi

Meningkat

### Kriteria Hasil

Batuk efektif

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

Produksi sputum

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

Mengi

1 2 3 4 5

Wheezing

1 2 3 4 5

Mekonium (pada neonatus)

1 2 3 4 5

Dispnea

1 2 3 4 5

Ortopnea

1 2 3 4 5

Sulit bicara

1 2 3 4 5

Sianosis

1 2 3 4 5

Gelisah

1 2 3 4 5

Frekuensi napas

Memburuk	Cukup Memburuk	Sedang	Cukup Membaik	Membaik
1	2	3	4	5

Fola napas

1 2 3 4 5

## PILIH KRITERIA HASIL YANG SESUAI

Nomor Kode Panggil

Label Luaran

Definisi Luaran

Ekspektasi Luaran

Kriteria Hasil dan Skor



# Tautan (*Linkage*) SDKI - SLKI

- Membantu penentuan luaran setelah menegakkan diagnosis keperawatan
- Pemilihan luaran tetap didasarkan pada **clinical judgement** dengan mempertimbangkan kekhasan kondisi pasien

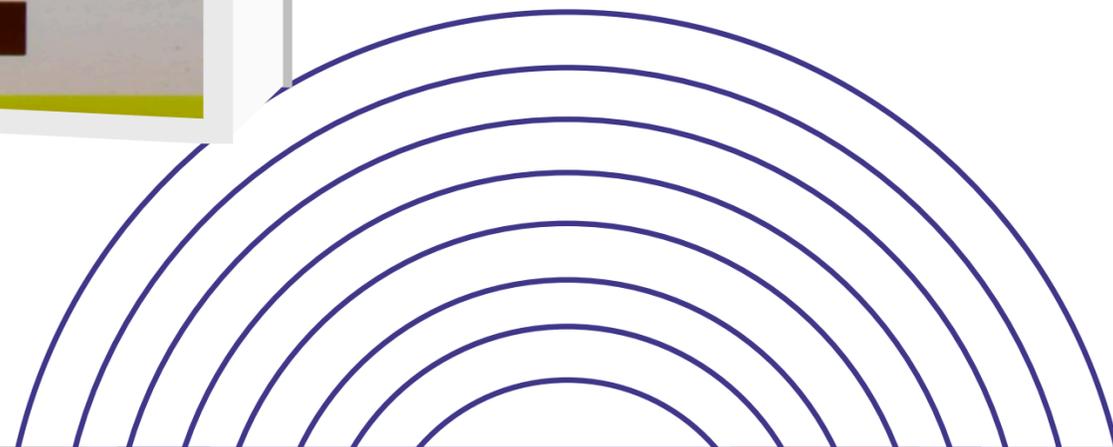
## Contoh Tautan SDKI - SLKI

Bersihkan Jalan Napas Tidak Efektif	
Luaran Utama	Bersihkan Jalan Napas
Luaran Tambahan	Kontrol Gejala Pertukaran Gas Respons Alergi Lokal Respons Alergi Sistemik Respons Ventilasi Mekanik Tingkat Infeksi

**Mayoritas diagnosis keperawatan hanya memerlukan 1 (satu) luaran keperawatan saja!**



**SIKI**



# INTERVENSI DAN TINDAKAN KEPERAWATAN



Memuat sebanyak

**590**

Intervensi Keperawatan

## INTERVENSI KEPERAWATAN

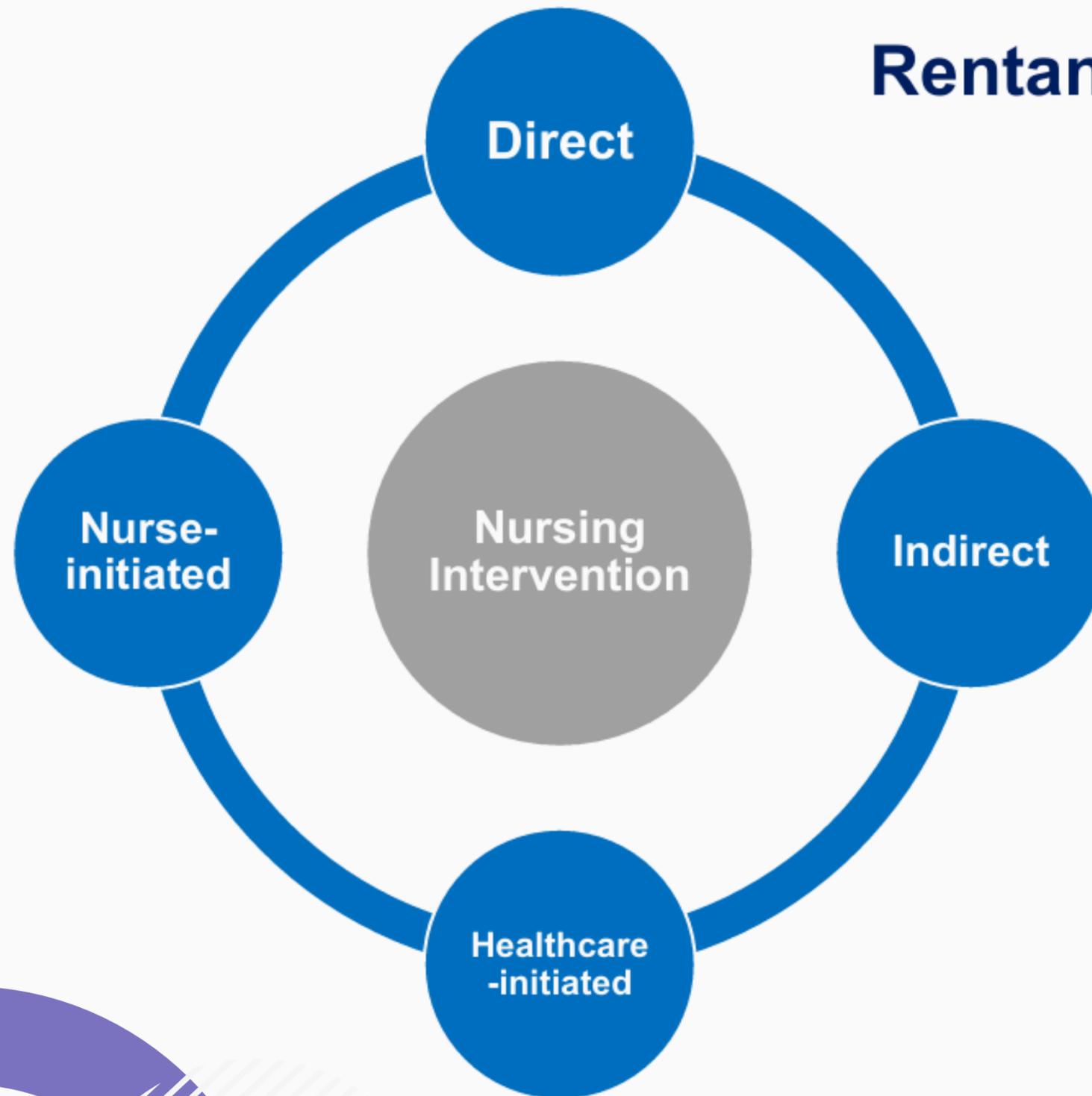
Segala *treatment* yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (*outcome*)



## TINDAKAN KEPERAWATAN

Perilaku spesifik yang dikerjakan oleh perawat untuk mengimplementasikan intervensi

# Rentang Intervensi Keperawatan



- **Direct care intervention**
  - Intervensi yang dilaksanakan dengan **berinteraksi langsung** dengan pasien
  - 'Laying on of hands'
- **Indirect care intervention**
  - Intervensi yang dilaksanakan **tanpa berinteraksi langsung** dengan pasien namun dilaksanakan demi pasien
- **Nurse-initiated intervention**
  - Intervensi yang **diinisiasi oleh perawat** untuk mengatasi diagnosis keperawatan
- **Healthprovider-initiated intervention**
  - Intervensi yang **diinisiasi oleh tenaga kesehatan lain**, namun diberikan oleh perawat

# KOMPONEN INTERVENSI KEPERAWATAN

## Label

- Nama dari intervensi yang merupakan kata kunci untuk memperoleh informasi tentang intervensi tersebut

## Definisi

- Makna dari label intervensi berupa perilaku yang dilakukan oleh perawat

## Tindakan

- Rangkaian aktivitas yang dikerjakan oleh perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan

## Manajemen Jalan Napas

1.000x

### Definisi

Mengidentifikasi dan mengelola kepatenan jalan napas.

### Tindakan

#### Observasi

- Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas)
- Monitor bunyi napas tambahan (mis. *gurgling*, mengi, *wheezing*, ronkhi kering)
- Monitor sputum (jumlah, warna, aroma)

#### Terapeutik

- Pertahankan kepatenan jalan napas dengan *head-tilt* dan *chin-lift* (*jaw-thrust* jika curiga trauma servikal)
- Posisikan semi-Fowler atau Fowler
- Berikan minum hangat
- Lakukan fisioterapi dada, *jika perlu*
- Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik
- Lakukan hiperoksigenasi sebelum penghisapan endotrakeal
- Keluarkan sumbatan benda padat dengan forsep McGill
- Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari, *jika tidak kontraindikasi*
- Berikan oksigen, *jika perlu*

#### Edukasi

- Ajarkan teknik batuk efektif

#### Kolaborasi

- Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, *jika perlu*.

### Referensi

Burns, S. M. (2014). *AACN Essentials of Critical Care Nursing* (3th ed.). New York: McGraw-Hill Education.  
Chulay, M., & Seckel, M. (2011). Suctioning: Endotracheal tube or tracheostomy tube. Dalam D. J. Lynn-

Label Intervensi

Definisi Intervensi

Tindakan (*Activity*)

Referensi

# JENIS TINDAKAN KEPERAWATAN

Penyusunan Intervensi Keperawatan menggunakan pendekatan **OTEK**



# Tautan (*Linkage*) SDKI - SIKI

- Membantu penentuan intervensi setelah menegakkan diagnosis dan luaran keperawatan
- Tautan ini bukan untuk menggantikan **clinical judgement** perawat

1

- **Level Satu**
- **Intervensi Utama**
- Intervensi prioritas (*the intervention of choice*) karena bersifat **resolutif**

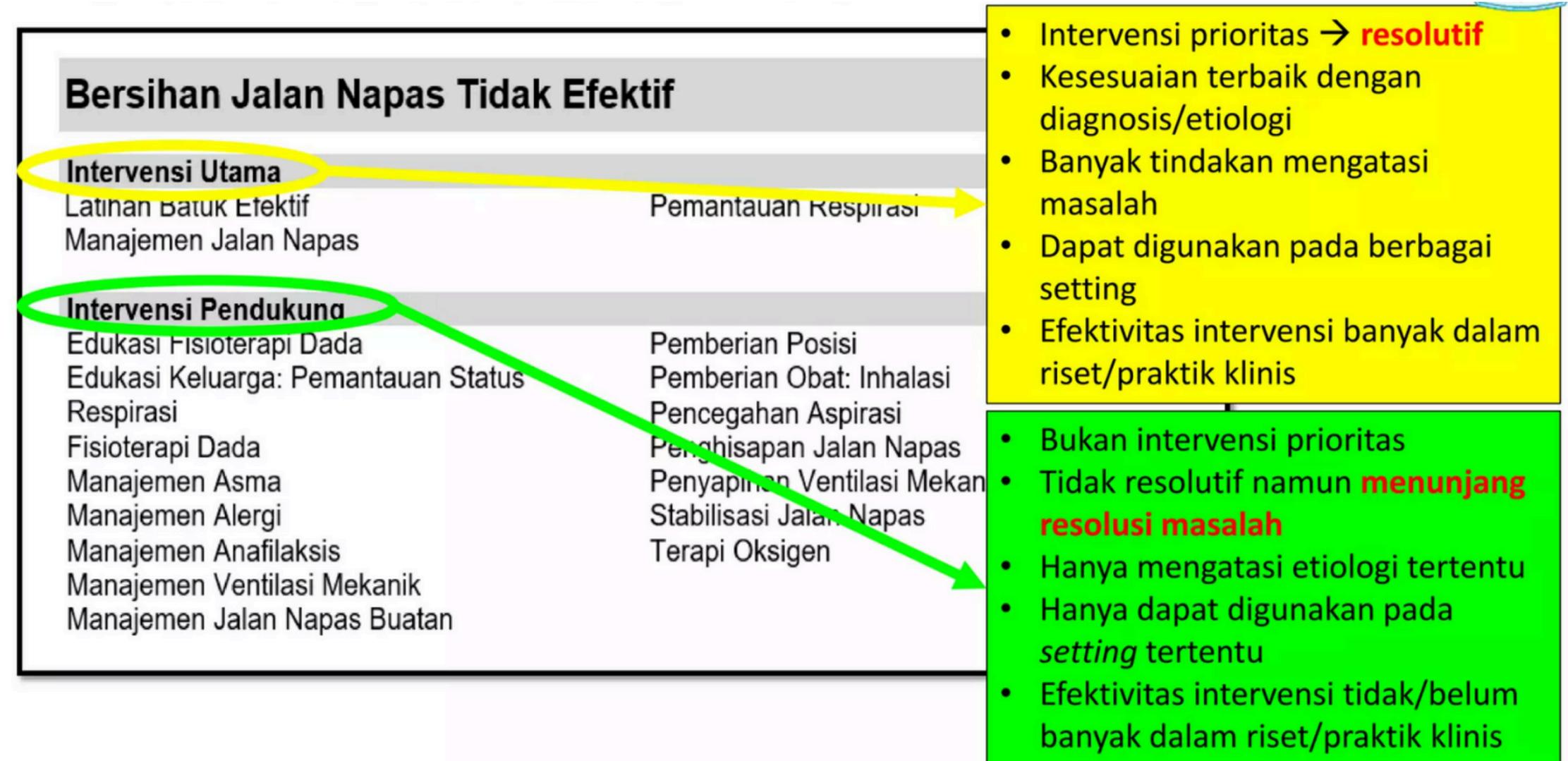
2

- **Level Dua**
- **Intervensi Pendukung**
- Tidak bersifat resolutif namun **dapat menunjang resolusi masalah**

# CONTOH TAUTAN SDKI-SIKI

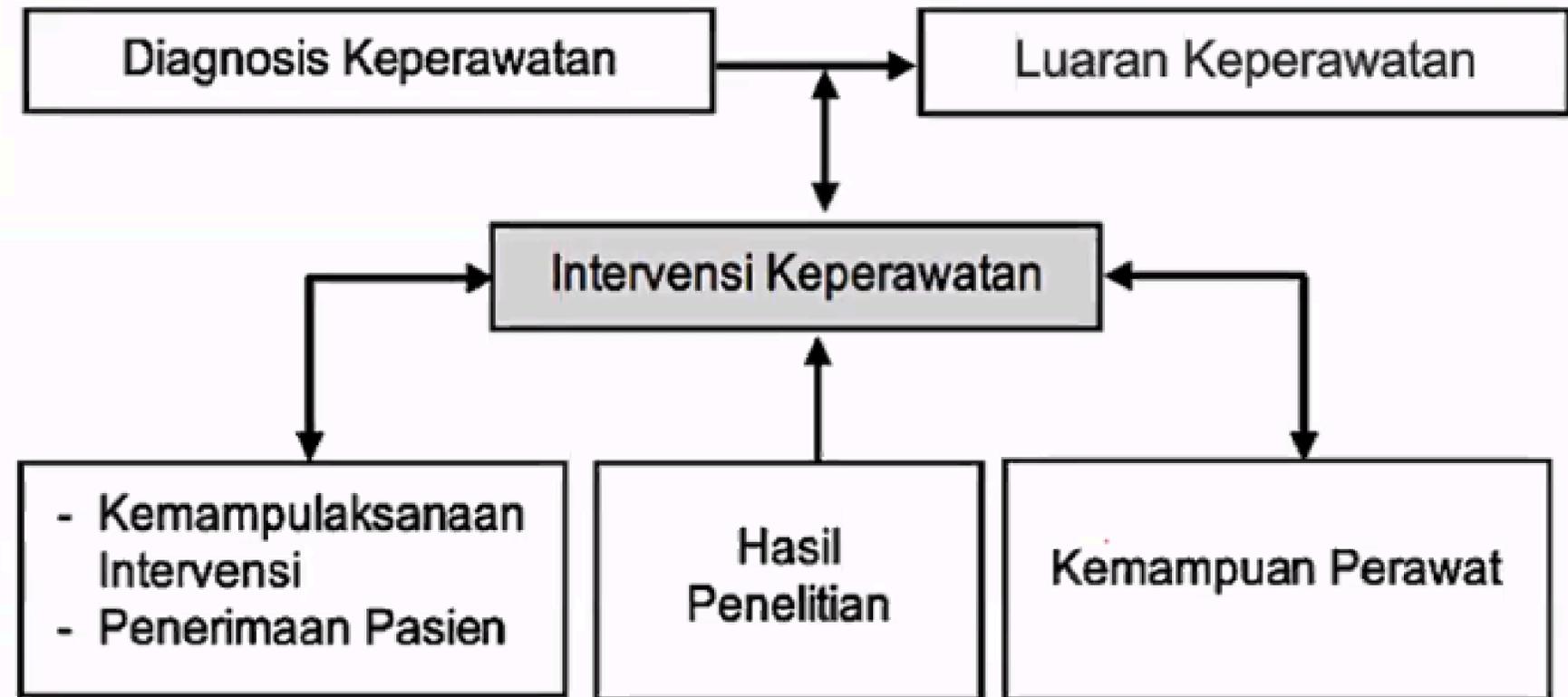
Pemilihan intervensi tetap didasarkan pada **clinical judgement** dengan mempertimbangkan kekhasan kondisi pasien

*Mayoritas setiap diagnosis keperawatan hanya memerlukan 1 (satu) intervensi keperawatan saja!*





## Pertimbangan Pemilihan Intervensi Keperawatan



# PENENTUAN INTERVENSI KEPERAWATAN

## PILIH TINDAKAN YANG SESUAI

- Tuliskan label intervensi sesuai standar
- Tindakan dapat *ditambah, dikurangi* atau *dimodifikasi*
- Tuliskan tindakan secara sistematis (urutan **OTEK**)

### Manajemen Jalan Napas

I.01011

#### Definisi

Mengidentifikasi dan mengelola kepatenan jalan napas.

#### Tindakan

##### Observasi

- Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas)
- Monitor bunyi napas tambahan (mis. *gurgling*, mengi, *wheezing*, ronkhi kering)
- Monitor sputum (jumlah, warna, aroma)

##### Terapeutik

- Pertahankan kepatenan jalan napas dengan *head-tilt* dan *chin-lift* (*jaw-thrust* jika curiga trauma servikal)
- Posisikan semi-Fowler atau Fowler
- Berikan minum hangat
- Lakukan fisioterapi dada, *jika perlu*
- Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik
- Lakukan hiperoksigenasi sebelum penghisapan endotrakeal
- Keluarkan sumbatan benda padat dengan forsep McGill
- Berikan oksigen, *jika perlu*

##### Edukasi

- Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari, *jika tidak kontraindikasi*
- Ajarkan teknik batuk efektif

##### Kolaborasi

- Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, *jika perlu*.

# PENENTUAN INTERVENSI KEPERAWATAN

Pada konteks gawat darurat dan/atau kritis:

- Pemilihan tindakan disesuaikan dengan **kondisi pasien** dan **karakteristik pasien gawat darurat**
- Pilih tindakan yang prioritas
  - ✓ menyelamatkan nyawa
  - ✓ menstabilkan kondisi pasien

## Manajemen Jalan Napas

I.01011

### Definisi

Mengidentifikasi dan mengelola kepatenan jalan napas.

### Tindakan

#### Observasi

- Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas)
- Monitor bunyi napas tambahan mis. *gurgling*, mengi, *wheezing*, ronchi kering)
- Monitor sputum (jumlah, warna, aroma)

#### Terapeutik

- Pertahankan kepatenan jalan napas dengan *head-tilt* dan *chin-lift* (*jaw-thrust* jika curiga trauma servikal)
- Posisikan semi-Fowler atau Fowler
- Berikan minum hangat
- Lakukan fisioterapi dada, *jika perlu*
- Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik
- Lakukan hiperoksigenasi sebelum penghisapan endotrakeal
- Keluarkan sumbatan benda padat dengan forsep McGill
- Berikan oksigen, *jika perlu* ← *Rincikan flow dan device oksigen !*

#### Edukasi

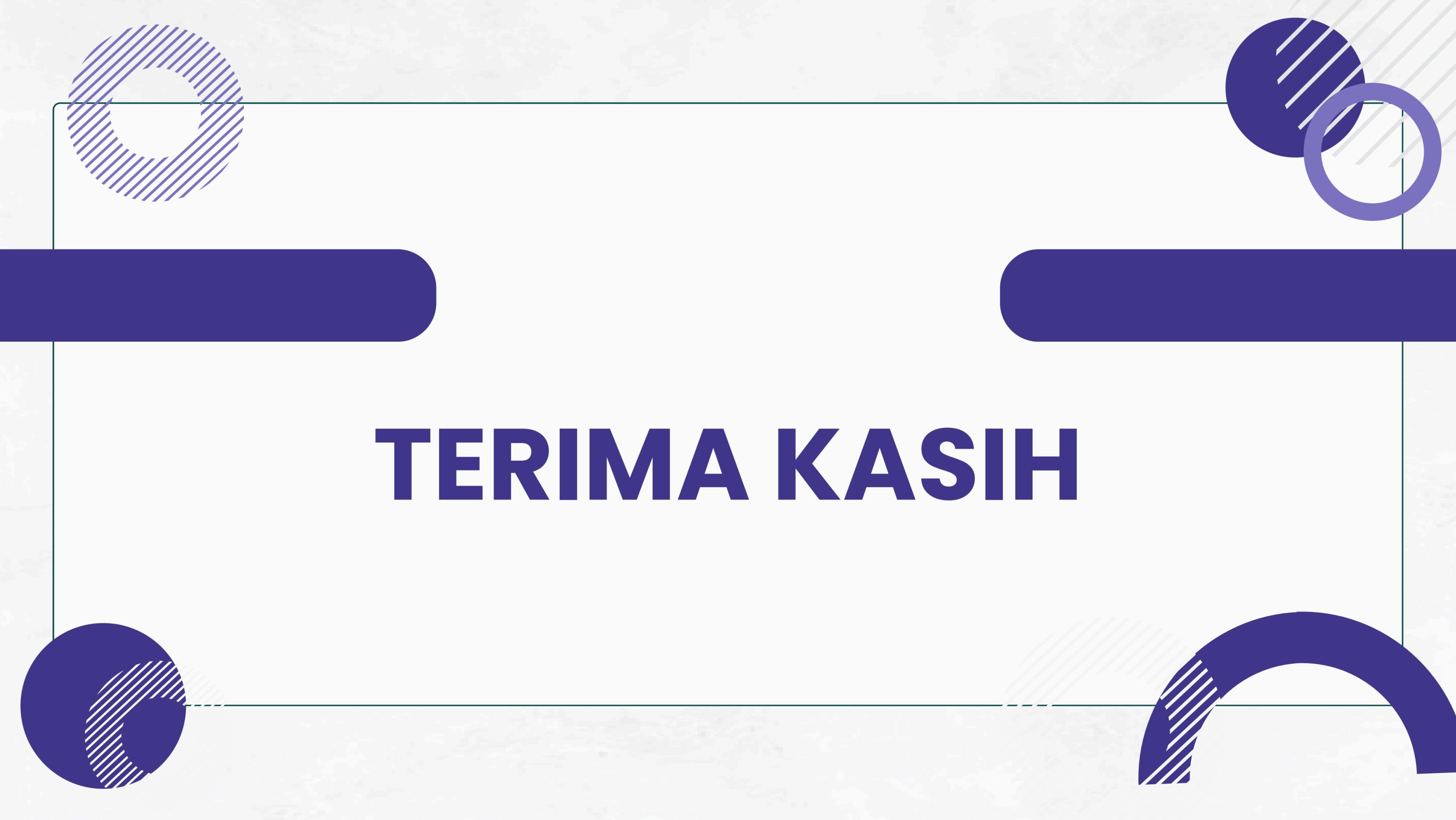
- Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari, *jika tidak kontraindikasi*
- Ajarkan teknik batuk efektif

#### Kolaborasi

- Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, *jika perlu*. ← *Spesifikkan !*

# Penulisan Rencana Asuhan Keperawatan

Diagnosis Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
<b>Bersihkan jalan napas tidak efektif</b> b.d. respon alergi (asma) d.d. pasien mengeluh sesak napas, batuk berdahak dan susah keluar, ronkhi, wheezing, frekuensi napas 29 x/menit	<p>Tujuan: Setelah dilakukan intervensi selama 7 jam, maka <u>bersihkan jalan napas meningkat</u>, dengan kriteria hasil (<b>Bersihkan Jalan Napas</b>):</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Batuk efektif cukup meningkat (4)</li><li>2. Produksi sputum cukup menurun (4)</li><li>3. Ronki cukup menurun (4)</li><li>4. Wheezing cukup menurun (4)</li><li>5. Frekuensi napas 12-24 x/menit (5)</li></ol>	<p><b>Manajemen jalan napas</b></p> <p><i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Monitor frekuensi napas</li><li>2. Monitor bunyi napas tambahan</li><li>3. Monitor produksi sputum</li></ol> <p><i>Terapeutik</i></p> <ol style="list-style-type: none"><li>4. Posisikan semifowler/fowler</li><li>5. Berikan minum hangat</li><li>6. Lakukan fisioterapi dada</li><li>7. Berikan oksigen</li></ol> <p><i>Edukasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"><li>8. Ajarkan teknik batuk efektif</li></ol> <p><i>Kolaborasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"><li>9. Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, dan/atau mukolitik</li></ol>

A decorative graphic featuring a light blue background with a faint world map. A thin dark blue line forms a rectangular frame. Four dark blue circles are positioned at the corners: top-left (hatched), top-right (solid), bottom-left (hatched), and bottom-right (solid). Two thick dark blue horizontal bars with rounded ends are placed above and below the text. The text 'TERIMA KASIH' is centered in a bold, dark blue font.

**TERIMA KASIH**

**PROSES  
KEPERAWATAN &  
BERPIKIR KRITIS**

# **EVALUASI**

**Prima Daniyati K, S.Kep.,Ns.,M.Kep**

# DEFINISI



Evaluasi adalah penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan.



# TUJUAN EVALUASI

- Melihat kemampuan klien dalam mencapai tujuan.
- Mengadakan hubungan dengan klien berdasarkan respon klien terhadap tindakan keperawatan yang diberikan, sehingga perawat dapat mengambil keputusan:
  1. Mengakhiri rencana tindakan keperawatan (klien telah mencapai tujuan yang ditetapkan)
  2. Memodifikasi rencana tindakan keperawatan (klien mengalami kesulitan untuk mencapai tujuan)
  3. Meneruskan rencana tindakan keperawatan (klien perlu waktu yang lebih lama untuk mencapai tujuan)



# METODE EVALUASI



Metode yang digunakan dalam evaluasi antara lain :

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



# LANGKAH-LANGKAH EVALUASI

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



# PROSES EVALUASI

Proses evaluasi terdiri dari 2 tahap:

- Mengukur pencapaian tujuan klien
- Membandingkan data yang terkumpul dengan tujuan dan pencapaian tujuan





## MENGUKUR PENCAPAIAN TUJUAN KLIEN

### KOGNITIF (PENGETAHUAN)

- Mengidentifikasi pengetahuan yang spesifik, yang diperlukan setelah klien diajarkan tentang teknik tertentu.
- Lingkup evaluasi: pengetahuan terhadap penyakit, mengontrol gejala-gejala, pengobatan, diet, aktivitas, risiko komplikasi, pencegahan, pengukuran, dll
- Hasil didapat melalui : interview (tanya jawab), komprehensif, aplikasi fakta, atau tertulis





## MENGUKUR PENCAPAIAN TUJUAN KLIEN



### AFEKTIF (STATUS EMOSIONAL)



- Penilaian subjektif, sukar dievaluasi.
- Ditulis dalam bentuk perilaku, contoh: cemas yang berkurang, klien ada kemauan berkomunikasi.
- Didapatkan melalui observasi langsung, *feedback* dari staf kesehatan yang lain





## MENGUKUR PENCAPAIAN TUJUAN KLIEN

### PSIKOMOTOR

Observasi langsung pada perilaku sesuai dengan tujuan/kriteria hasil.

Contoh: evaluasi cara menginjeksi insulin dengan benar evaluasi apakah klien:

- memegang alat dan bahan dengan benar
- jarum tidak terkontaminasi
- memilih tempat penyuntikan dan menyiapkan lokasi
- memasukkan jarum pada sudut 90 derajat
- menginjeksi insulin dengan benar





## MENGUKUR PENCAPAIAN TUJUAN KLIEN

### PERUBAHAN FUNGSI TUBUH & GEJALA

- Observasi terhadap aspek status kesehatan klien.
- Contoh: tidak ada tanda dan gejala adanya *wheezing* dalam waktu 48 jam, untuk evaluasi hasil perawat auskultasi.



# KOMPONEN EVALUASI



## **PROSES (FORMATIF)**

- Berfokus pada aktivitas proses keperawatan dan hasil tindakan keperawatan.
- Dilakukan segera setelah perawat mengimplementasikan rencana keperawatan guna menilai keefektifan tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan.
- Evaluasi merefleksikan observasi perawat dan analisis terhadap respon klien langsung pada tindakan keperawatan.

## **HASIL (SUMATIF)**

Fokus pada perubahan perilaku/status kesehatan klien pada akhir tindakan keperawatan



# PENENTUAN KEPUTUSAN PADA TAHAP EVALUASI



## TIGA KEMUNGKINAN KEPUTUSAN

1. Klien telah mencapai hasil yang ditentukan dalam tujuan, perawat mengkaji masalah klien lebih lanjut atau mengevaluasi *outcomes* yang lain.
2. Klien masih dalam proses mencapai hasil yang ditentukan, perlu penambahan waktu, resources, dan intervensi.
3. Klien tidak dapat mencapai hasil yang ditentukan, identifikasi alasan.



# HASIL EVALUASI



Terdapat 3 kemungkinan hasil evaluasi yaitu :

- **Tujuan tercapai**, apabila pasien telah menunjukkan perbaikan/kemajuan sesuai dengan kriteria yang telah ditetapkan
- **Tujuan tercapai sebagian**, apabila tujuan itu tidak tercapai secara maksimal, sehingga perlu dicapai dan dicari penyebab dan cara mengatasinya.
- **Tujuan tidak tercapai**, apabila pasien tidak menunjukkan perubahan/kemajuan sama sekali bahkan timbul masalah baru. Dalam hal ini perawat perlu untuk mengkaji secara lebih mendalam apakah terdapat data analisis, diagnosis, tindakan, dan faktor-faktor lain yang tidak sesuai yang menjadi penyebab tidak tercapainya tujuan.



# Penulisan Catatan Perkembangan Keperawatan



Dokumentasi evaluasi keperawatan dilakukan dalam bentuk **Catatan Perkembangan** dengan format SOAP

*Pada setting Rumah Sakit, catatan perkembangan didokumentasikan pada formular **Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi (CPPT)***

**S**  
Subjective

Pernyataan dari pasien/orang lain

**O**  
Objective

Data yang dapat diamati/diukur

**A**  
Analysis

Interpretasi/kesimpulan berdasarkan DS & DO

**P**  
Plan

Target dan rencana yang dilakukan atas masalah yang diidentifikasi



## Contoh Penulisan Catatan Perkembangan Keperawatan (Lanjutan)

**Bolehkah menggabungkan evaluasi beberapa diagnosis keperawatan dalam satu SOAP?**

**'TIDAK DIANJURKAN BAGI PESERTA DIDIK ATAU PERAWAT BARU'**

<b>CATATAN PERKEMBANGAN PASIEN TERINTEGRASI</b>				
TGL, JAM	PROFESIONAL PEMBERI ASUHAN	HASIL ASESMEN PASIEN DAN PEMBERIAN PELAYANAN <i>(Tulis dengan format SOAP, disertai sasaran, tulis nama, beri paraf pada akhir catatan)</i>	INSTRUKSI PPA  Termasuk Pascabedah <i>(Instruksi ditulis dengan rinci dan jelas)</i>	REVIEW & VERIFIKASI DPJP Tulis nama, paraf, tgl, jam <i>(DPJP harus membaca/ mereview seluruh rencana asuhan)</i>
20/06/2021 14.00	Ners	<p>S: Pasien masih mengeluh sesak dan batuk                      O: Batuk efektif, RR 18-20 x/menit, terdengar wheezing, ronkhi bilateral terutama basal paru, PO<sub>2</sub> 68, PCO<sub>2</sub> 54, SpO<sub>2</sub> 89%, HR 102 x/menit                      A: 1. Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif                      2. Gangguan Pertukaran Gas                      P:                      1. Bersihan Jalan Napas meningkat dengan kriteria: Batuk efektif meningkat, batuk menurun, sputum menurun, wheezing menurun, SpO<sub>2</sub> &gt;94%                      2. Pertukaran Gas Meningkat dengan kriteria: sesak napas menurun, PO<sub>2</sub> &gt;80, PCO<sub>2</sub> 35-45.</p> <p style="text-align: right;"><i>ttd</i> Ns. Umar</p>	<p>Manajemen Jalan Napas</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor pola napas tiap 2 jam</li> <li>2. Monitor bunyi napas wheezing tiap 2 jam</li> <li>3. Monitor sputum tiap 2 jam</li> <li>4. Monitor saturasi oksigen</li> <li>5. Posisikan semi Fowler</li> <li>6. Berikan minum hangat</li> <li>7. Kolaborasi pemberian mukolitik NAC 200 mg 3x1 PO</li> </ol> <p>Terapi Oksigen</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor efektivitas terapi oksigen tiap 2 jam</li> <li>2. Berikan oksigen 10 lpm NRM</li> <li>3. Jelaskan tujuan dan prosedur terapi oksigen</li> <li>4. Kolaborasi penentuan dosis oksigen</li> </ol>	



# PERENCANAAN, IMPLEMENTASI & EVALUASI KEPERAWATAN

No	Diagnosis Kep	Perencanaan			Implementasi	Evaluasi
		Tujuan (NOC)	Intervensi (NIC)	Rasional		



# CATATAN PERKEMBANGAN



No.	Diagnosis Kep.	SOAP	Implementasi	Evaluasi
1	<p>.....</p> <p>.....</p>	<p>Gunakan data baru hasil pengkajian hari itu.</p> <p>Tgl/Jam .....</p> <p>S : .....</p> <p>O : .....</p> <p>A : .....</p> <p>P : .....</p>	<p>Tgl/Jam .....</p> <p>1. ....</p> <p>2. ....</p>	<p><b>Evaluasi proses</b></p> <p>Tgl/Jam.....</p> <p>S : .....</p> <p>O : .....</p> <p style="text-align: right;">Ttd.</p> <p style="text-align: right;">Nama terang</p> <p>Tgl/Jam.....</p> <p>S : .....</p> <p>O : .....</p> <p style="text-align: right;">Ttd.</p> <p style="text-align: right;">Nama terang</p> <p><b>Evaluasi hasil</b></p> <p>Tgl/Jam.....</p> <p>S : .....</p> <p>O : .....</p> <p>A : .....</p> <p>P : .....</p> <p style="text-align: right;">Ttd.</p> <p style="text-align: right;">Nama terang</p>



The image features a central text element surrounded by a decorative border of orange and red geometric shapes. The shapes include circles, rings, and thick horizontal bars, some with diagonal hatching. A thin red line forms a rectangular frame around the text, with the bars and circles extending from its corners. The background is a light, textured grey.

**TERIMA KASIH**