

0
1
2
7
1
0

0
1
2
7
0
9

0
1
2
7
0
8

DOKUMENTASI & PELAPORAN

Oleh :
Novi Widyastuti Rahayu.,M.Kep.,Ns.,Sp.Kep.J

Tujuan Pembelajaran

- Mahasiswa mampu memahami tentang teknik dokumentasi dan pelaporan
 - 1. Sejarah perkembangan komputer keperawatan
 - 2. Implementasi sistem informasi keperawatan di RS
 - 3. teknik dan bentuk pelaporan di RS
-

Dokumentasi

- Dokumentasi merupakan hal penting dalam pemberian pelayanan kesehatan -> Biaya perawatan, bukti yang legal
-

MPKP DI RUMAH SAKIT

RENCANA ASUHAN KEPERAWATAN (Standar Renpra MPKP/GJK/Dx. Kep. 2/6)

Nama pasien :
Usia pasien :

No. Rekam Medik :
Diagnosis Medik :

Tgl.	Diagnosis	Tujuan	Tindakan Keperawatan	Ket.
	<p>Intoleransi aktivitas bd:</p> <p><input type="checkbox"/> Ketidakseimbangan antara O₂ yang dipakai dan yang membutuhkan</p> <p><input type="checkbox"/> Kelemahan</p> <p><input type="checkbox"/> Bredrest yang lama</p> <p><input type="checkbox"/> Imobilitas</p> <p>Data penunjang :</p> <p><input type="checkbox"/> Kesadaran.....</p> <p><input type="checkbox"/> Aktivitas.....</p> <p><input type="checkbox"/> Mobilitas minimal/maksimal</p> <p><input type="checkbox"/> TD/.....mmHg</p> <p><input type="checkbox"/> N.....x/mnt</p> <p><input type="checkbox"/> P.....x/mnt</p> <p><input type="checkbox"/> Kelemahan umum</p> <p><input type="checkbox"/> Kekuatan otot</p> <p style="text-align: center;"> </p> <hr style="width: 10%; margin: auto;"/>	<p>Klien mampu beraktivitas</p> <p>Kriteria evaluasi:</p> <p><input type="checkbox"/> Kesadaran hingga CM</p> <p><input type="checkbox"/> Aktivitas meningkat hingga minimal</p> <p><input type="checkbox"/> Mobilitas mandiri</p> <p><input type="checkbox"/> Kekuatan otot maksimal</p> <p><input type="checkbox"/> TTV: TD, N, P stabil pra- dan pasca-aktivitas</p>	<p><input type="checkbox"/> Monitor tanda-tanda vital sebelum dan setelah melakukan aktivitas, terutama pada klien yang mendapat terapi vasodilator, diuretik, dan beta bloker</p> <p><input type="checkbox"/> Catat respons jantung dan paru terhadap aktivitas. Catat adanya takikardia, dispnea, diaporesis, disritmia, dan palor</p> <p><input type="checkbox"/> Monitor faktor penyebab kelelahan seperti nyeri, karena tindakan prosedur</p> <p><input type="checkbox"/> Evaluasi adanya perkembangan aktivitas yang tidak toleran terhadap klien</p> <p><input type="checkbox"/> Bantu klien melakukan aktivitas sesuai dengan toleransi klien. Dekatkan meja sehingga mudah dijangkau</p> <p><input type="checkbox"/> Pertahankan keseimbangan antara aktivitas dan istirahat</p> <p><input type="checkbox"/> Lakukan program rehabilitasi atau aktivitas secara bertahap sesuai kemampuan.</p> <p><input type="checkbox"/> Libatkan keluarga dalam intervensi</p> <p><input type="checkbox"/> Berikan O₂ sesuai program</p>	

GJK : *Gagal Jantung Kongestif*

TTD Perawat Primer

Resume Keperawatan

- Diisi Kepala Ruang rawat pada MPKP pemula atau diisi PP pada MPKP tingkat I.
- Kolom nasihat diisi waktu klien akan pulang, dan identifikasi secara spesifik hal-hal yang perlu dilakukan klien di rumah.

LAMPIRAN 20

RSUP NASIONAL DR. CIPTO MANGUNKUSUMO
BIDANG PERAWATAN

RESUME PERAWATAN

NAMA :
UMUR :
JENIS :
PEKERJAAN :
AGAMA :
ALAMAT :
.....
.....

NO. REKAM. MEDIK :
RUANG RAWAT :
TGL. MASUK DIRAWAT:
TGL. KELUAR RS :

1. Masalah Perawatan pada saat pasien dirawat :

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

2. Tindakan Perawatan selama dirawat :

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

3. Evaluasi :

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

4. Nasehat pada waktu pasien pulang :

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

Kepala Ruang Rawat/PP

.....

NIP :

SEJARAH PERKEMBANGAN KOMPUTER KEPERAWATAN

Komputer keperawatan adalah aplikasi teknologi informasi dalam bidang keperawatan, yang meliputi pengumpulan, penyimpanan, pengolahan, dan penyajian data kesehatan pasien dan tenaga kesehatan

Sejarah Perkembangan Komputer Keperawatan

1. Akhir tahun 1960-an sampai 1970-an :
digunakan untuk :
 - a. menjelaskan status dan perawatan pasien
 - b. menyimpan hasil sensus dan gambaran keperawatan ke depan
2. Pertengahan tahun 1970-an : perawat mulai menerapkan sistem informasi manajemen keperawatan
3. akhir tahun 1980-an : sistem mikro komputer yang semakin mendukung pengembangan sistem informasi keperawatan (SIK)

- Bagaimana dengan sekarang ???
khususnya di Indonesia....



Pengembangan Teknologi Informasi sudah diatur dalam UU RI No. 32 tahun 2009 pasal 42 tentang sistem informasi kesehatan

Implementasi sistem informasi RS (SIMRS)

- Di Indonesia implementasi SIMRS masih minimal, banyak RS dan Puskesmas yang masih menggunakan manual

Implementasi Sistem Informasi Keperawatan di Rumah Sakit

Proses asuhan keperawatan sudah dilakukan mulai dari zaman Florence Nightingale

Dokumentasi keperawatan menggunakan berstandar komputer baru dilakukan akhir abad ke 20

- Aplikasi sistem informasi keperawatan mulai tahun 2002 dikembangkan dan dilakukan oleh RS Fatmawati Jakarta pada tahun 2004 dan sebatas menentukan rencana keperawatan
- RSUD Banyumas : menerapkan sistem pendokumentasian NOC-NIC

Pelaporan

- ❑ Adalah salah satu komponen dari dokumentasi keperawatan.
 - ❑ Memberikan ringkasan aktivitas atas pengamatan yang dilihat, dilakukan atau didengar.
 - ❑ Informasi tentang klien dapat diketahui semua anggota tim
-

Tujuan Pelaporan

- Menyampaikan informasi spesifik pada seseorang ataupun sekelompok orang.
 - Jenis Pelaporan bisa dilakukan secara:
 - a. laporan lisan
 - b. laporan tertulis
 - c. laporan perekaman audiotape
-

Macam-macam Pelaporan

- laporan pergantian shif/timbang terima/operan
 - laporan lewat telepon
 - laporan intruksi telepon
 - laporan pemindahan klien
 - laporan kecelakaan
 - laporan konferensi rencana asuhan
-

Laporan pergantian tugas/shif

- Adalah laporan yang diberikan kepada semua perawat pada shif berikutnya.
 - Tujuan:
Memberikan kontinuitas asuhan kepada klien dengan memberikan informasi perkembangan klien yang baru
-


Contoh singkat

1. Ny. Tholhah (42 thn) (5870049)

Ca.Mammae post mastektomi / Dr.Nindi KU: baik, komposmentis. TD: 110/80, N: 100 x/mnt, RR: 20 x/mnt, T: 37 C. Keluhan: nyeri pada luka lengan atas sebelah kanan dengan skala 7. Masalah keperawatan: Nyeri, Resti infeksi dan gangguan integritas kulit. Rencana yg sudah dilakukan: monitor TTV, Relaksasi & distraksi, ganti balut, Injeksi Tramadol 1 ampul, Injeksi Cefotaxim 500 mg. Rencana yg belum dilakukan: Kaji tanda-tanda infeksi, Kaji luka dan kaji nyeri. Terapi: Tramadol 3x1 amp, Cefotaxim 2 x 500 mg, Infus NaCl 20 tts/mnt. Persiapan lain tidak ada.



ketika operan di depan klien:

- Perawat jangan menggunakan label seperti tidak kooperatif, sulit, atau buruk ketika menggambarkan perilaku tersebut. laporan yang baik adalah objektif dan tidak memberikan penilaian atas dasar prasangka.
- 

Laporan lewat telepon

- Tenaga kesehatan sering melaporkan tentang perubahan kondisi klien melalui telepon. Misalnya :
 - a. Perawat menginformasikan kepada dokter tentang kondisi klien
 - b. Hasil pemeriksaan laboratorium
-



Perawat yang menerima laporan telepon harus mendokumentasikan :

- a. Waktu (tanggal dan jam)
- b. siapa yang menghubungi
- c. Nama pemberi informasi
- d. Informasi yang diterima
- e. tanda tangan

Instruksi lewat Telepon

- ❑ Biasanya dilakukan di malam hari atau kondisi kedaruratan
 - ❑ Instruksi telepon hanya digunakan ketika benar-benar diperlukan. Dokter memberikan instruksi tentang terapi kepada klien. Ex: Obat
-

Hal yang harus dicatat saat menerima instruksi telepon:

- Perawat menuliskan tanggal dan waktu
 - Nama klien, nama perawat, dan dokter
 - Catat instruksi dokter secara lengkap
-

Jika dokter terburu-buru:

- ❑ Gunakan pertanyaan klarifikasi ulang untuk menghindari kesalahpahaman
 - ❑ Ulangi setiap instruksi yang disampaikan untuk didengar oleh dokter yang bersangkutan
 - ❑ Laporan per telpon di perkuat dengan tanda tangan dokter dalam rentang waktu yang ditentukan (24 jam)
-

Ketika dokter memberikan instruksi :

- ❑ Tulis dan ulangi kembali instruksi kepada dokter untuk memastikan akurasi
 - ❑ Tanyakan kepada dokter setiap instruksi yang ambigu, tidak lazim atau kontraindikasi dengan kondisi klien.
-

Lanjutan

- ❑ tuliskan instruksi pada lembar instruksi dokter, yang menunjukkan instruksi sebagai instruksi verbal (VO) atau instruksi telepon (TO)
 - ❑ setelah instruksi dituliskan pada lembar dokter, instruksi harus ditanda tangani oleh dokter dalam periode waktu yang diatur oleh kebijakan instansi
-

Laporan Pemindahan Klien

- Laporan pemindahan klien mencakup komunikasi tentang informasi mengenai klien dari perawat pengirim ke perawat unit penerima
 - Ketika pasien dipindahkan dari unit satu ke unit yang lainnya
 - Laporan pemindahan klien dapat melalui **telepon atau langsung** pada orang yang bersangkutan.
-

Laporan pemindahan klien antara lain:

- Nama klien, usia, dokter primer, dan diagnosis medis.
 - Ringkasan kemajuan medis sampai waktu pemindahan.
 - Status kesehatan terakhir (fisik dan psikologis).
 - Diagnose keperawatan terakhir atau masalah dan rencana keperawatan.
 - Segala pengkajian atau intervensi penting yang harus segera dilakukan setelah pemindahan (membantu perawat penerima untuk menetapkan prioritas asuhan).
 - Segala pertimbangan spesifik, seperti status isolasi atau status resusitasi.
 - Kebutuhan peralatan khusus.
-

Laporan Kecelakaan

- Ketika terjadi kecelakaan, perawat yang terlibat dalam kecelakaan atau perawat yang menyaksikan kecelakaan harus mengisi laporan kecelakaan. Laporan harus dilengkapi meskipun cedera tidak terjadi atau tidak tampak.
 - Tujuan : laporan kecelakaan dapat membantu mengidentifikasi kecenderungan resiko tinggi dalam asuhan keperawatan atau aktivitas keseharian unti yang membutuhkan perbaikan.
-

Contoh laporan kecelakaan

- ❑ Catatan akurat : klien ditemukan tergeletak di lantai, mengeluh nyeri pada panggul kirinya. Tampak rotasi eksternal dan pemendekan tungkai kiri. Diangkat kembali keatas tempat tidur dengan bantuan perawat. Tanda vital : TD, 142/88; Nadi, 90; Pernapasan, 22. Pagar tempat tidur dinaikkan, lampu pemanggil dalam jangkauan, diinstruksikan untuk tetap berada ditempat tidur. Dr. Smith dihubungi, diinstruksikan pemeriksaan rongent STAT.
 - ❑ Catatan tidak akurat : klien terjatuh dari tempat tidur, mengeluhkan nyeri pada panggul kiri. Tampak rotasi eksternal dan pemendekan tungkai kiri. Dr.Smith dihubungi.
-

Laporan Konferensi Rencana Asuhan (Case Conference)

- Adalah pertemuan sekelompok perawat untuk mendiskusikan kemungkinan solusi terhadap masalah klien. Misalnya kemajuan klien kurang untuk mencapai tujuan.
-

Ronde Keperawatan

- Ronde Keperawatan : kasus baru/langka, belum teratasi
 - Merupakan proses yang memberikan kesempatan kepada perawat untuk bertukar pikiran atau mengungkapkan ide antar perawat satu dengan yang lain, perawat dapat mengungkapkan kondisi pasien dan karakteristik keluarga pasien
 - Tujuan: untuk meningkatkan dan mengembangkan ilmu kep. Dan mengatasi masalah keperawatan klien
-

Komunikasi efektif

□ SBAR

Saat melaporkan keadaan pasien, melaporkan hasil kritis, serah terima pasien, dengan prinsip SBAR (*Situation, Background, Assessment, Recommendation*)

□ Menerima instruksi verbal dengan prinsip TBAK (Tulis, Baca Kembali)

Terima Kasih

Wassalamu'alaikum....
