



Pendokumentasian Pengkajian dan Diagnosis Keperawatan

Dosen Pengampu:

Adinda Fadhilah, S.Kep., Ns., M.Kep

Konsep Dokumentasi Pengkajian Keperawatan

Pengertian Pengkajian Keperawatan

Pengkajian keperawatan adalah tahap pertama dan paling fundamental dalam proses keperawatan. Merupakan proses sistematis pengumpulan, verifikasi, dan komunikasi data tentang klien dari berbagai sumber untuk menentukan status kesehatan pasien secara menyeluruh.

Pengertian Dokumentasi Pengkajian

Dokumentasi pengkajian adalah pencatatan tertulis yang terstruktur dari seluruh data yang dikumpulkan selama proses pengkajian, baik data subjektif maupun objektif, yang disimpan dalam rekam medis pasien sebagai bukti hukum dan dasar asuhan keperawatan.

Tujuan Dokumentasi Pengkajian

- Sebagai **dasar perencanaan asuhan keperawatan** yang tepat dan individual
- Memfasilitasi **komunikasi antar anggota tim kesehatan** secara efektif
- Memberikan **bukti legal** tentang kondisi pasien saat masuk dan perkembangannya
- Mendukung **kesinambungan asuhan** (continuity of care) lintas shift dan unit
- Menjadi sumber data untuk **penelitian dan pendidikan keperawatan**
- Mendukung upaya **peningkatan mutu** layanan dan keselamatan pasien

Pengkajian sebagai Tahap Awal Proses Keperawatan



Pengkajian

Pengumpulan dan analisis data kondisi pasien secara komprehensif



Diagnosis

Penetapan masalah keperawatan berdasarkan data yang terkumpul



Perencanaan

Menyusun tujuan dan intervensi keperawatan



Implementasi

Pelaksanaan tindakan keperawatan sesuai rencana



Evaluasi

Menilai efektivitas asuhan keperawatan

Pengkajian merupakan fondasi dari seluruh proses keperawatan. Tanpa pengkajian yang akurat dan terdokumentasi dengan baik, diagnosis yang ditegakkan bisa keliru, perencanaan intervensi menjadi tidak tepat sasaran, dan pada akhirnya keselamatan pasien dapat terancam. Oleh karena itu, kualitas dokumentasi pengkajian sangat menentukan kualitas asuhan keperawatan secara keseluruhan.

Sumber Data & Metode Pengumpulan Data Pengkajian

Sumber Data Pengkajian

Pasien (Primer)

Sumber paling utama dan akurat. Pasien yang sadar dan kooperatif dapat langsung menceritakan keluhan, riwayat penyakit, dan persepsinya terhadap kondisi kesehatan.

Keluarga (Sekunder)

Penting terutama untuk pasien anak, lansia, atau yang tidak sadar. Keluarga memberikan riwayat kesehatan, perilaku, dan lingkungan hidup pasien.

Rekam Medis

Menyediakan data historis, hasil pemeriksaan laboratorium, radiologi, dan catatan asuhan tenaga kesehatan sebelumnya.

Tim Kesehatan

Dokter, fisioterapis, ahli gizi, dan tenaga kesehatan lain memberikan perspektif multidisiplin dalam melengkapi data pengkajian.

Metode Pengumpulan Data



Wawancara (Anamnesis)

Tanya jawab terstruktur untuk mendapatkan data subjektif: keluhan utama, riwayat penyakit, riwayat alergi, dan informasi lainnya langsung dari pasien atau keluarga.



Observasi

Pengamatan sistematis terhadap penampilan, perilaku, kondisi fisik, dan lingkungan pasien menggunakan indra penglihatan, penciuman, dan pendengaran.



Pemeriksaan Fisik

Menggunakan teknik inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi (IPPA) untuk mendapatkan data objektif tentang kondisi tubuh pasien secara head-to-toe.



Studi Dokumentasi

Telaah terhadap rekam medis lama, laporan laboratorium, hasil pencitraan, dan dokumen kesehatan lainnya sebagai pelengkap data.

Format, Pengkajian Awal & Lanjutan, serta Hubungannya dengan Patient Safety

Format Dokumentasi Pengkajian

Format dokumentasi pengkajian bervariasi antar institusi, namun secara umum mencakup:

- **Identitas pasien:** nama, usia, nomor rekam medis, diagnosis medis
- **Keluhan utama:** alasan utama pasien mencari perawatan
- **Riwayat kesehatan:** riwayat penyakit sekarang, dahulu, dan keluarga
- **Pengkajian fisik per sistem:** head-to-toe atau per sistem tubuh
- **Pengkajian psikososial dan spiritual**
- **Tanda-tanda vital dan data penunjang**
- **Analisis data dan identifikasi masalah**

Pengkajian Awal vs. Pengkajian Lanjutan

Aspek	Pengkajian Awal	Pengkajian Lanjutan
Waktu	Saat pertama masuk (≤24 jam)	Berkelanjutan selama perawatan
Tujuan	Mendapatkan data baseline lengkap	Memantau perubahan kondisi
Cakupan	Komprehensif, menyeluruh	Fokus pada masalah yang ada
Dokumentasi	Formulir pengkajian lengkap	Catatan perkembangan (SOAP/DAR)

Hubungan Dokumentasi Pengkajian dengan Patient Safety

Dokumentasi pengkajian yang akurat merupakan garis pertahanan pertama dalam keselamatan pasien. Beberapa keterkaitan langsungnya meliputi:

- **Mencegah kesalahan identifikasi:** Data lengkap memastikan intervensi diberikan kepada pasien yang tepat
- **Deteksi dini risiko:** Pengkajian risiko jatuh, luka tekan, dan aspirasi yang terdokumentasi memungkinkan pencegahan proaktif
- **Kontinuitas informasi:** Timbang terima yang berbasis dokumentasi mengurangi risiko informasi terputus antar shift
- **Dasar pengambilan keputusan:** Data pengkajian yang lengkap mendukung keputusan klinis yang tepat dan aman
- **Akuntabilitas hukum:** Dokumentasi yang baik melindungi perawat dari tuntutan hukum dan menjadi bukti asuhan yang diberikan

⚠ Akurasi data pengkajian bukan sekadar formalitas administratif — ini adalah tanggung jawab etis dan hukum yang langsung berdampak pada keselamatan jiwa pasien.

Pt: Age: Rm#

RN:

Dx:

FSBS: Coverage:

Labs:

K-

Na-

T

♥

O2

RR

B/P

Pain: /10

PO IV

x0700

x0800

x0900

x1000

x1100

x1200

x1300

IV

RATE

NOTES

Pt: Age: Rm#

RN:

Dx:

FSBS: Cov

Labs:

K-

Na-

T

♥

O2

RR

B/P

Pain: /10

PO IV

x0700

x0800

x0900

x1000

x1100

x1200

x1300

IV

RATE

NOTES

Pt: Age: Rm#

RN:

Dx:

FSBS: Cov

Labs:

K-

Na-

T

♥

O2

RR

B/P

Pain: /10

PO IV

x0700

x0800

x0900

x1000

x1100

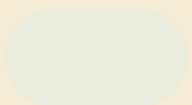
x1200

x1300

IV

RATE

NOTES



Jenis Data dalam Pengkajian Keperawatan

Pemahaman mendalam tentang klasifikasi data pengkajian merupakan kompetensi inti yang harus dikuasai mahasiswa keperawatan. Data yang dikumpulkan dalam pengkajian dapat diklasifikasikan berdasarkan empat dimensi utama: **sumber data**, **sifat data**, **waktu pengumpulan**, dan **jenis informasi**. Setiap klasifikasi memiliki peran dan karakteristik unik dalam mendukung proses asuhan keperawatan yang komprehensif dan holistik.

Klasifikasi Data: Subjektif & Objektif

Data Subjektif

Pengertian: Data subjektif adalah informasi yang diperoleh dari pernyataan, perasaan, persepsi, dan keluhan yang diungkapkan langsung oleh pasien atau keluarga. Data ini hanya diketahui oleh pasien itu sendiri dan tidak dapat diukur atau diamati secara langsung oleh perawat.

Karakteristik:

- Bersumber dari ucapan langsung pasien/keluarga
- Bersifat kualitatif dan personal
- Tidak dapat diverifikasi secara objektif
- Biasanya ditandai dengan simbol "**S**" dalam format SOAP
- Menggunakan kata kerja perasaan: "merasa," "nyeri," "pusing," "takut"

Contoh:

- *"Saya merasa nyeri di perut bagian kanan bawah dengan skala 7 dari 10"*
- *"Saya sudah tidak bisa tidur sejak 3 hari yang lalu"*
- *"Kepala saya terasa berputar-putar kalau berdiri"*
- *"Saya sangat khawatir dengan hasil operasi saya besok"*

Data Objektif

Pengertian: Data objektif adalah data yang dapat diamati, diukur, dan diverifikasi oleh perawat atau tenaga kesehatan lain menggunakan indra atau instrumen pengukuran. Data ini bersifat faktual, terukur, dan dapat direplikasi oleh orang lain.

Karakteristik:

- Dapat diobservasi dan diukur secara langsung
- Bersifat kuantitatif atau deskriptif faktual
- Dapat diverifikasi oleh tenaga kesehatan lain
- Ditandai dengan simbol "**O**" dalam format SOAP
- Mencakup tanda-tanda vital, hasil lab, dan temuan fisik

Contoh:

- Tekanan darah: 150/90 mmHg; Nadi: 98 x/menit; Suhu: 38,5°C
- Wajah pasien tampak meringis saat abdomen dipalpasi
- Konjungtiva anemis, sklera tidak ikterik
- Hasil Hb: 8,5 g/dL (nilai normal 12-16 g/dL)
- Luka operasi sepanjang 10 cm di kuadran kanan bawah, tidak ada tanda infeksi



Teknik membedakan: Tanyakan — "Apakah informasi ini DIRASAKAN pasien, atau saya yang MENGAMATI/MENGUKURNYA?" Jika dirasakan pasien → Subjektif. Jika diamati/diukur → Objektif.

Klasifikasi Data Berdasarkan Waktu & Jenis Informasi

Berdasarkan Waktu Pengumpulan

Data Dasar / Baseline

Data lengkap yang dikumpulkan saat pertama kali pasien masuk ke fasilitas kesehatan. Menjadi titik referensi untuk menilai perubahan kondisi selama perawatan. Contoh: status fisik awal, tanda vital pertama kali diukur.

Data Fokus

Data yang dikumpulkan secara spesifik terkait masalah atau kondisi tertentu yang menjadi prioritas asuhan. Dikumpulkan setelah masalah keperawatan teridentifikasi. Contoh: pengkajian nyeri secara mendalam pada pasien post-operasi.

Data Lanjutan

Data yang dikumpulkan secara berkala untuk memantau perkembangan kondisi pasien dan efektivitas intervensi yang diberikan. Dilakukan setiap shift atau sesuai kebutuhan klinis.

Berdasarkan Jenis Informasi (Holistik)

Biologis / Fisik

Data tentang kondisi tubuh: tanda vital, fungsi organ, kondisi kulit, mobilitas, nutrisi, eliminasi, dan hasil pemeriksaan fisik serta laboratorium.

Psikologis

Data tentang kondisi mental dan emosional: tingkat kecemasan, mekanisme koping, harga diri, persepsi terhadap penyakit, dan kemampuan kognitif pasien.

Sosial

Data tentang hubungan sosial: dukungan keluarga, status pekerjaan, kondisi ekonomi, hubungan interpersonal, peran dalam keluarga dan masyarakat.

Spiritual

Data tentang keyakinan dan nilai-nilai: kepercayaan agama, praktik ibadah, makna hidup, harapan, dan sumber kekuatan spiritual pasien.

 Pendekatan holistik ini sejalan dengan konsep keperawatan yang memandang manusia secara utuh sebagai makhluk bio-psiko-sosio-spiritual, bukan hanya sebagai entitas biologis semata.

NURSING NOTES TEMPLATE

CATEGORY	DESCRIPTION	NOTES
Subjective:	Patient's reported symptoms and experiences	[Patient's subjective complaints and concerns]
	Relevant medical, family, and social history	[Patient's Medical, family and social history]
	Patient's concerns or questions	[Patient's questions and concerns]
Objective:	Vital signs and physical assessment findings	[Vital signs and physical assessment findings]
	Results of diagnostic tests or lab work	[Diagnostic test results and lab work]
	Observations of patient behavior or appearance	[Patient's appearance and behavior]
Assessment:	Analysis of patient's condition and needs	[Assessment of Patient's condition and needs]
	Potential problems or complications	[Potential problems or complications]
Plan:	Interventions to address patient's needs	[Inventions to address Patient's needs]
	Patient education or referrals	[Patient's education or referrals as need]
	Evaluation and follow-up	[Evaluation and follow-up plan]

Prinsip Pendokumentasian Data Subjektif dan Objektif

Mendokumentasikan data pengkajian bukan sekadar menulis — melainkan sebuah keterampilan profesional yang membutuhkan ketepatan, objektivitas, dan kepatuhan terhadap prinsip-prinsip baku. Dokumentasi yang baik mencerminkan kualitas asuhan dan profesionalisme perawat. Pada bab ini dibahas teknik dan prinsip mendokumentasikan data subjektif maupun objektif secara tepat.

Teknik & Prinsip Pendokumentasian Data Pengkajian

A. Pendokumentasian Data Subjektif

- **Gunakan Kutipan Langsung**
Tulis pernyataan pasien dalam tanda kutip sesuai kata-kata aslinya. **Benar:** "Nyeri saya seperti ditusuk-tusuk di perut kanan bawah, skala 8". **Salah:** Pasien merasa sangat kesakitan (terlalu interpretatif).
- **Hindari Interpretasi Berlebihan**
Dokumentasikan apa yang dikatakan pasien, bukan interpretasi perawat. **Benar:** Pasien menyatakan "saya takut dioperasi". **Salah:** Pasien mengalami ansietas berat akibat ketakutan operasi.
- **Sertakan Konteks Waktu**
Tambahkan keterangan waktu yang relevan: "Pasien mengeluh mual sejak 2 jam yang lalu, dirasakan terus-menerus, tidak membaik dengan posisi apapun."

B. Pendokumentasian Data Objektif

- **Gunakan Data Terukur dan Faktual**
Benar: TD 140/90 mmHg, Nadi 92x/mnt, reguler; Wajah meringis saat palpasi kuadran kanan bawah. **Salah:** Pasien hipertensi dan tampak kesakitan (diagnosis, bukan data).
- **Dokumentasikan Pemeriksaan Fisik Sistematis**
Gunakan pendekatan head-to-toe atau per sistem. Sertakan hasil inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi (IPPA) secara berurutan dengan terminologi anatomi yang tepat.
- **Cantumkan Nilai Rujukan**
Saat mendokumentasikan hasil laboratorium atau pengukuran, cantumkan nilai normal sebagai pembanding. Contoh: Hb: 8,5 g/dL (N: 12-16 g/dL).

C. Prinsip Umum Dokumentasi Data (ΔKIRAT)

- | | |
|--|--|
| Akurat
Data yang ditulis harus sesuai fakta, bebas dari distorsi atau asumsi. Cantumkan angka, waktu, dan deskripsi yang presisi. | Objektif
Hindari opini pribadi atau label yang bersifat judgmental. Tulis apa yang Anda amati, bukan apa yang Anda simpulkan. |
| Lengkap
Semua data yang relevan harus tercatat — tidak ada informasi penting yang tertinggal, termasuk data negatif yang signifikan. | Sistematis
Gunakan format yang terstruktur dan konsisten (SOAP, DAR, atau format institusi) agar mudah dibaca dan ditelusuri. |
| Tepat Waktu
Dokumentasikan segera setelah pengkajian dilakukan. Penundaan meningkatkan risiko data terlupakan atau tidak akurat. | Istilah Baku
Gunakan terminologi medis dan keperawatan yang standar dan diakui. Hindari singkatan yang tidak baku untuk mencegah salah interpretasi. |
- ✖ Kesalahan umum yang harus dihindari: Menulis diagnosis sebelum data lengkap, menggunakan kata sifat tanpa ukuran ("sangat pucat"), mencatat data berdasarkan asumsi, dan menunda dokumentasi hingga akhir shift.

Konsep Diagnosis Keperawatan

Apa Itu Diagnosis Keperawatan?

Diagnosis keperawatan adalah penilaian klinis terhadap respons individu, keluarga, atau komunitas terhadap masalah kesehatan aktual maupun potensial, atau terhadap proses kehidupan. Diagnosis keperawatan menjadi dasar pemilihan intervensi keperawatan untuk mencapai tujuan asuhan yang perawat pertanggungjawabkan.

Berbeda dengan diagnosis medis yang berfokus pada identifikasi penyakit atau kondisi patologis, diagnosis keperawatan menitikberatkan pada **respons manusiawi** terhadap kondisi kesehatan tersebut — baik respons fisiologis, psikologis, sosial, maupun spiritual.

Perbedaan Diagnosis Medis vs. Keperawatan

Aspek	Diagnosis Medis	Diagnosis Keperawatan
Fokus	Penyakit/patologi	Respons manusiawi
Pembuat	Dokter	Perawat
Perubahan	Relatif tetap	Dinamis sesuai kondisi
Tujuan	Terapi medis	Intervensi keperawatan
Standar	ICD-10/11	SDKI

 Diagnosis keperawatan tidak menggantikan diagnosis medis, melainkan **melengkapi** proses asuhan secara holistik.

Mengenal Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI)

SDKI merupakan rujukan resmi yang ditetapkan oleh **Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI)** sebagai standar terminologi dan taksonomi diagnosis keperawatan di Indonesia. SDKI hadir untuk menyeragamkan bahasa keperawatan secara nasional dan meningkatkan kualitas dokumentasi asuhan keperawatan.



Standarisasi Terminologi

SDKI menyediakan istilah baku yang digunakan seluruh perawat Indonesia sehingga komunikasi antarprofesi menjadi lebih akurat, konsisten, dan dapat dipertanggungjawabkan secara legal.



Dasar Hukum Dokumentasi

Penggunaan SDKI memberikan perlindungan hukum bagi perawat karena dokumentasi asuhan menggunakan standar yang telah diakui secara nasional oleh organisasi profesi dan pemerintah.



Panduan Praktik Klinis

SDKI membantu perawat menentukan diagnosis yang tepat berdasarkan data pengkajian sehingga intervensi yang dipilih menjadi lebih terarah, efektif, dan terukur dalam proses asuhan keperawatan.



Referensi Pendidikan

SDKI menjadi acuan utama dalam pendidikan keperawatan di Indonesia, memastikan calon perawat memiliki kompetensi diagnostik yang sesuai dengan standar praktik keperawatan profesional nasional.

Struktur dan Kategori Diagnosis SDKI

SDKI mengorganisasikan diagnosis keperawatan ke dalam struktur hierarkis yang sistematis. Setiap diagnosis diklasifikasikan berdasarkan kategori, subkategori, dan jenis diagnosis untuk memudahkan penelusuran dan penerapan klinis.

Tiga Jenis Diagnosis dalam SDKI

● Diagnosis Aktual

Menggambarkan respons manusiawi yang sedang terjadi dan telah didukung oleh data mayor dan minor dari hasil pengkajian. Contoh: *Nyeri Akut, Ketidakseimbangan Nutrisi, Gangguan Mobilitas Fisik.*

● Diagnosis Risiko

Menggambarkan respons manusiawi yang berpotensi berkembang pada individu yang rentan. Didukung oleh faktor risiko, bukan tanda/gejala. Contoh: *Risiko Infeksi, Risiko Jatuh, Risiko Cedera.*

● Diagnosis Promosi Kesehatan

Menggambarkan motivasi dan keinginan individu untuk meningkatkan kesejahteraannya. Contoh: *Kesiapan Peningkatan Nutrisi, Kesiapan Peningkatan Manajemen Kesehatan.*

Proses Penetapan Diagnosis

Interpretasi Data

Analisis pola dan relevansi temuan.

Identifikasi Masalah

Tentukan kebutuhan dan prioritas pasien.

Pengkajian Data

Kumpulkan riwayat dan temuan klinis.

Perumusan Diagnosis

Susun diagnosis keperawatan yang tepat.

Penetapan diagnosis dimulai dari pengumpulan data subjektif dan objektif, kemudian dianalisis untuk mengidentifikasi masalah keperawatan yang sesuai dengan label SDKI.

Komponen Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan yang lengkap dan akurat disusun berdasarkan tiga komponen utama yang saling berkaitan: **Problem (P)**, **Etiology (E)**, dan **Signs & Symptoms (S)**. Pemahaman mendalam terhadap ketiga komponen ini merupakan fondasi kemampuan diagnostik seorang perawat profesional.

P — Problem

Label diagnosis sesuai SDKI yang menggambarkan inti masalah keperawatan pasien. Merupakan respons manusiawi yang menjadi fokus asuhan. Contoh: *Nyeri Akut, Ansietas, Hipervolemia*.

E — Etiology

Faktor penyebab atau faktor yang berhubungan dengan munculnya masalah. Pada diagnosis risiko, etiology diganti dengan **faktor risiko**. Contoh: *agen pencedera fisiologis, kurang terpapar informasi*.

S — Signs & Symptoms

Tanda dan gejala yang mendukung diagnosis aktual. Dibedakan menjadi **data mayor** (harus ada, $\geq 80\%$ kasus) dan **data minor** (pendukung, tidak selalu muncul). Tidak digunakan pada diagnosis risiko.

Format Penulisan Diagnosis & Analisis Data

Tiga Format Diagnosis

1 Format PES

Digunakan untuk **diagnosis aktual**. Struktur lengkap: Problem + berhubungan dengan (Etiology) + dibuktikan dengan (Signs & Symptoms). Contoh: *Nyeri Akut b.d. agen pencedera fisiologis d.d. mengeluh nyeri, tampak meringis.*

2 Format PE

Digunakan untuk **diagnosis risiko**. Struktur: Problem + dibuktikan dengan (Faktor Risiko). Tidak ada tanda/gejala karena masalah belum terjadi. Contoh: *Risiko Infeksi d.d. prosedur invasif.*

3 Format Problem Only

Digunakan untuk **diagnosis promosi kesehatan**. Hanya mencantumkan label diagnosis tanpa etiology. Contoh: *Kesiapan Peningkatan Manajemen Kesehatan.*

Data Mayor dan Minor dalam SDKI

Setiap diagnosis aktual dalam SDKI dilengkapi dengan batasan karakteristik berupa data mayor dan minor yang harus diverifikasi melalui pengkajian:

Jenis Data	Definisi	Syarat Kehadiran
Data Mayor	Tanda/gejala yang selalu muncul pada diagnosis tersebut	Wajib ada (≥80% kasus)
Data Minor	Tanda/gejala yang mungkin muncul sebagai pendukung	Tidak selalu ada

 Diagnosis aktual **tidak dapat ditegakkan** tanpa adanya data mayor. Selalu verifikasi keberadaan data mayor sebelum merumuskan diagnosis aktual.

Contoh Analisis Data → Diagnosis

Data: Pasien mengeluh nyeri skala 7/10 (mayor), tampak meringis (mayor), gelisah (minor), nadi 98x/menit (minor) → **Diagnosis: Nyeri Akut b.d. agen pencedera fisiologis d.d. mengeluh nyeri, tampak meringis, gelisah.**

Kesalahan Umum dalam Penyusunan Diagnosis

Memahami kesalahan yang sering terjadi dalam penyusunan diagnosis keperawatan adalah bagian penting dari kompetensi klinis. Berikut adalah kesalahan paling umum yang ditemui pada mahasiswa dan perawat pemula:

1

Menyamakan dengan Diagnosis Medis

Menulis "Diabetes Mellitus" atau "Hipertensi" sebagai diagnosis keperawatan. Diagnosis keperawatan harus menggambarkan **respons pasien**, bukan kondisi medisnya. Seharusnya: *Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah* atau *Risiko Perfusi Miokard Tidak Efektif*.

2

Etiologi Berupa Tindakan Medis

Menulis "Nyeri Akut b.d. operasi appendektomi" — tindakan medis tidak boleh menjadi etiologi. Gunakan respons fisiologisnya: *Nyeri Akut b.d. agen pencedera fisik (prosedur operasi)*.

3

Diagnosis Aktual Tanpa Data Mayor

Menegakkan diagnosis aktual tanpa memverifikasi kehadiran data mayor terlebih dahulu. Jika data mayor tidak ada, pertimbangkan diagnosis risiko atau tinjau ulang pengkajian.

4

Menggunakan Label di Luar SDKI

Menggunakan istilah tidak baku seperti "kurang pengetahuan" atau "gangguan pemenuhan ADL". Gunakan selalu label resmi SDKI, misalnya *Defisit Pengetahuan* atau *Defisit Perawatan Diri*.



Teknik Penulisan Diagnosis dalam Dokumentasi

Kemampuan menuliskan diagnosis keperawatan secara benar dalam dokumentasi adalah kompetensi esensial yang membedakan perawat profesional. Penulisan yang akurat, sistematis, dan menggunakan terminologi baku SDKI memastikan kesinambungan asuhan dan perlindungan hukum bagi perawat.

Prinsip Penulisan Diagnosis Keperawatan



Gunakan Label SDKI Resmi

Selalu gunakan istilah label diagnosis yang tercantum dalam buku SDKI. Hindari parafrase atau singkatan yang tidak baku.



Singkat, Jelas, Spesifik

Diagnosis harus menggambarkan kondisi spesifik pasien, bukan pernyataan umum. Hindari kata-kata ambigu yang dapat ditafsirkan berbeda.



Berbasis Data Pengkajian

Setiap komponen diagnosis harus dapat dibuktikan dengan data objektif dan subjektif yang dikumpulkan saat pengkajian.



Hindari Penilaian Negatif

Penulisan diagnosis tidak boleh mengandung unsur penilaian negatif atau menyalahkan pasien maupun keluarga.

Langkah Menyusun Diagnosis dari Data Pengkajian

01

Kumpulkan Data

Lakukan anamnesis dan pemeriksaan fisik secara sistematis. Catat data subjektif (keluhan pasien) dan objektif (temuan perawat).

02

Interpretasi & Clustering

Kelompokkan data yang saling berkaitan. Identifikasi pola data yang mengarah pada masalah keperawatan tertentu.

03

Cocokkan dengan SDKI

Bandingkan kumpulan data dengan batasan karakteristik (data mayor/minor) yang tercantum dalam SDKI untuk memilih label yang paling sesuai.

04

Rumuskan Diagnosis

Tuliskan diagnosis menggunakan format yang sesuai (PES, PE, atau Problem Only) berdasarkan jenis diagnosisnya.

Contoh Penulisan Diagnosis: Benar vs. Salah

Berikut adalah contoh praktis penulisan diagnosis keperawatan berdasarkan kasus pasien. Perhatikan perbedaan antara penulisan yang benar dan yang salah untuk memperkuat pemahaman teknis Anda:

Jenis Diagnosis	✗ Penulisan Salah	✓ Penulisan Benar (SDKI)
Aktual	Nyeri b.d. luka operasi	Nyeri Akut b.d. agen pencedera fisik d.d. mengeluh nyeri (skala 7), tampak meringis, bersikap protektif
Aktual	Gangguan nutrisi karena tidak mau makan	Defisit Nutrisi b.d. ketidakmampuan menelan makanan d.d. berat badan menurun, membran mukosa pucat
Risiko	Risiko infeksi karena ada luka	Risiko Infeksi d.d. kerusakan integritas kulit, prosedur invasif (pemasangan infus)
Promosi Kesehatan	Pasien ingin sehat	Kesiapan Peningkatan Manajemen Kesehatan
Aktual	Sesak napas b.d. asma	Pola Napas Tidak Efektif b.d. hambatan upaya napas d.d. dispnea, penggunaan otot bantu napas, RR 28x/menit

✔ Kunci penulisan diagnosis yang baik: **label SDKI + etiologi yang tepat + data mayor yang terverifikasi**. Praktikkan dengan berbagai kasus untuk membangun kemampuan diagnostik yang kuat.

Ringkasan & Poin Kunci Pembelajaran

Setelah mempelajari ketiga bahan kajian ini, mahasiswa diharapkan memiliki pemahaman yang komprehensif dan mampu menerapkan diagnosis keperawatan berbasis SDKI dalam praktik klinis nyata.

Konsep Diagnosis

- Diagnosis keperawatan berfokus pada respons manusiawi
- SDKI adalah standar nasional terminologi diagnosis di Indonesia
- Tiga jenis diagnosis: aktual, risiko, promosi kesehatan
- Proses penetapan berawal dari data pengkajian

Komponen Diagnosis

- Komponen PES: Problem, Etiology, Signs & Symptoms
- Data mayor wajib ada untuk diagnosis aktual
- Etiologi diganti faktor risiko pada diagnosis risiko
- Format disesuaikan dengan jenis diagnosisnya

Teknik Penulisan

- Selalu gunakan label resmi SDKI
- Hindari etiologi berupa diagnosis medis atau tindakan medis
- Verifikasi data mayor sebelum menegakkan diagnosis aktual
- Latihan kasus nyata memperkuat kompetensi diagnostik

 Kompetensi diagnosis keperawatan berkembang melalui latihan berkelanjutan. Gunakan **SDKI**, **SLKI**, dan **SIKI** sebagai tritunggal standar asuhan keperawatan Indonesia dalam setiap praktik klinis Anda.