**CONTOH LAPORAN IMPLEMENTASI KEPERAWATAN/**

**CATATAN PERKEMBANGAN**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nomor Diagnosa** | **Hari/Tanggal** | **Implementasi** | **Evaluasi** |
| 1 | Senin, 8 Oktober 2018 | Pukul 07.10 – 07.45   * Memonitor jumlah input dan output cairan * Memeriksa kepatenan IV line dan tanda infeksi pada area insersi * Mengkaji jumlah diare dan muntah yang dialami pasien * Mengukur tanda-tanda vital suhu, nadi, respiration rate, dan tekanan darah * Mengkaji tanda dehidrasi pada pasien: haus, membran mukosa kering, hipotensi * Menghitung balance cairan   Pukul 08.00 – 09.00   * Menghitung kebutuhan cairan pasien * Berkolaborasi dengan dokter untuk menentukan jenis dan jumlah terapi cairan untuk pasien * Melakukan perawatan area insersi IV line untuk menjaga kepatenan IV line * Menganjurkan pasien untuk berubah posisi dengan pelan agar tidak mengalami hipotensi * Menganjurkan pasien banyak minum dengan pola sedikit tapi sering | **S:**  Pasien mengeluh tidak nyaman, persendian nyeri, pusing dan berkunang-kunang saat bangun dari posisi tidur ke duduk sudah mulai berkurang, kadang-kadang masih merasa tenggorokan kering dan haus, pasien sudah menerapkan pola minum sedikit tapi sering, diare cair tanpa busa dan darah 6x/hari, muntah 4x/hari  **O:**   * insersi IV line tampak bersih, * tidak ada phlebitis, * kulit tampak pucat, * mukosa bibir kering, * intake cairan 1500 cc/24 jam * output cairan 3500 cc/24 jam * balance cairan …cc * kebutuhan cairan…cc * jenis cairan rekomendasi NaCl 0.9% 20 tetes/menit * Suhu 38.3⁰C, nadi 101x/menit, RR 20x/menit, tekanan darah 90/60 mmHg   **A:** pasien masih beresiko mengalami defisit volume cairan tubuh  **P:** *outcomes* *fluid balance* dan *hydration*, meneruskan intervensi berupa:   * Monitor status cairan: input dan output * Monitor balance cairan * Hitung kebutuhan cairan * Pertahankan akses intravena * Monitor kehilangan cairan melalui muntah dan diare * Berikan terapi cairan sesuai rencana: NaCL 0.9% 20 tpm * Anjurkan pasien untuk berubah posisi dengan pelan * Monitor tanda vital * Anjurkan banyak minum dengan pola sedikit tapi sering * Amati tanda dehidrasi |

Catatan:

1. Implementasi keperawatan dilakukan berdasarkan rencana keperawatan yang telah disusun sebelumnya
2. Evaluasi dilakukan setelah melkaukan implementasi, meliputi aspek:

* Data Subjektif (**S**) yang diungkapkan pasien atau keluarganya setelah dilakukan tindakan
* Data Objektif (**O**) yang didapatkan melalui pengkajian/pemeriksaan fisik, pengukuran secara langsung kepada pasien
* Analisis (**A**) kondisi pasien setelah dilakukan intervensi keperawatan, apakah diagnosis masih tegak, belum teratasi atau baru teratasi sebagian. Jelaskan kondisi pasien yang masih harus dilakukan intervensi lanjutan
* Planning (**P**) berupa rencana intervensi selanjutnya untuk pasien, disusun berdasarkan analisis kondisi pasien setelah dilakukan intervensi

1. Gunakan kalimat berita dalam menyusun catatan perkembangan pasien