

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Tinjauan Teori**

##### **1. Dokumentasi keperawatan**

###### **a. Pengertian dokumentasi keperawatan**

Menurut Deswani (2011) dokumentasi adalah sesuatu yang ditulis atau dicetak, kemudian diandalkan sebagai catatan bukti bagi orang yang berwenang, dan merupakan bagian dari praktik profesional.

Dokumentasi keperawatan adalah suatu catatan yang memuat seluruh data yang dibutuhkan untuk menentukan diagnosis keperawatan, perencanaan keperawatan, tindakan keperawatan, dan penilaian keperawatan yang disusun secara sistematis, valid dan dapat dipertanggungjawabkan secara moral dan hukum (Ali, 2009)

Menurut Asmadi (2008) dokumentasi merupakan pernyataan tentang kejadian atau aktifitas yang otentik dengan membuat catatan tertulis. Dokumentasi keperawatan berisi hasil aktivitas keperawatan yang dilakukan perawat terhadap klien, mulai dari pengkajian hingga evaluasi.

Berdasarkan pengertian diatas, dapat disimpulkan bahwa dokumentasi keperawatan adalah kegiatan pencatatan dan

pelaporan mulai dari pengkajian sampai dengan evaluasi yang disusun secara sistematis oleh perawat sebagai tanggung jawab seorang perawat.

b. Tujuan dokumentasi asuhan keperawatan

Berdasarkan penjelasan Ali (2010) menjelaskan tujuan dokumentasi asuhan keperawatan yaitu : Menghindari kesalahan, tumpang tindih, dan ketidaklengkapan informasi dalam asuhan keperawatan; Terbinanya koordinasi yang baik dan dinamis antara sesama atau dengan pihak lain melalui dokumentasi keperawatan yang efektif; Meningkatkan efisiensi dan efektivitas tenaga keperawatan; Terjaminnya kualitas asuhan keperawatan; Tersedianya perawat dari suatu keadaan yang memerlukan penanganan secara hukum; Tersedianya data-data dalam penyelenggaraan penelitian karya ilmiah, pendidikan, dan penyusunan/penyempurnaan standar asuhan keperawatan; Melindungi klien dari tindakan malpraktek.

Sedangkan menurut Setiadi (2012), tujuan dari dokumentasi keperawatan yaitu :

- 1) Sebagai sarana komunikasi : dokumentasi yang dikomunikasikan secara akurat dan lengkap dapat berguna untuk membantu koordinasi asuhan keperawatan yang diberikan oleh tim kesehatan, mencegah informasi yang berulang terhadap pasien atau anggota tim kesehatan atau

mencegah tumpang tindih, bahkan sama sekali tidak dilakukan untuk mengurangi kesalahan dan meningkatkan ketelitian dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien, membantu tim perawat dalam menggunakan waktu sebaik-baiknya.

- 2) Sebagai Tanggung Jawab dan Tanggung Gugat : sebagai upaya untuk melindungi klien terhadap kualitas pelayanan keperawatan yang diterima dan perlindungan terhadap keamanan perawat dalam melaksanakan tugasnya maka perawat diharuskan mencatat segala tindakan yang dilakukan terhadap klien.
- 3) Sebagai Informasi Statistik : data statistik dari dokumentasi keperawatan dapat membantu merencanakan kebutuhan di masa mendatang, baik SDM, sarana, prasarana dan teknis.
- 4) Sebagai Sarana Pendidikan : dokumentasi asuhan keperawatan yang dilaksanakan secara baik dan benar akan membantu para siswa keperawatan maupun siswa kesehatan lainnya dalam proses belajar mengajar untuk mendapatkan pengetahuan dan membandingkannya, baik teori maupun praktik lapangan.
- 5) Sebagai Sumber Data Penelitian : informasi yang ditulis dalam dokumentasi dapat digunakan sebagai sumber data penelitian. Hal ini sarat kaitannya dengan yang dilakukan terhadap asuhan keperawatan yang diberikan sehingga melalui penelitian dapat

diciptakan satu bentuk pelayanan keperawatan yang aman, efektif dan etis.

6) Sebagai Jaminan Kualitas Pelayanan Kesehatan : melalui dokumentasi yang dilakukan dengan baik dan benar, diharapkan asuhan keperawatan yang berkualitas dapat dicapai, karena jaminan kualitas merupakan bagian dari program pengembangan pelayanan kesehatan. Suatu perbaikan tidak dapat diwujudkan tanpa dokumentasi yang kontinu, akurat, dan rutin baik yang dilakukan oleh perawat maupun tenaga kesehatan lainnya.

7) Sebagai Sumber Data Perencanaan Asuhan Keperawatan Berkelanjutan : dengan dokumentasi akan didapatkan data yang aktual dan konsisten mencakup seluruh kegiatan keperawatan yang dilakukan melalui tahapan kegiatan proses keperawatan.

c. Manfaat Proses Keperawatan

Ada beberapa manfaat proses keperawatan menurut Ali (2009), proses keperawatan bermanfaat bagi klien, perawat, institusi pelayanan, dan masyarakat (lingkungan)

1) Klien mendapatkan pelayanan keperawatan yang berkualitas, efektif, dan efisien. Asuhan keperawatan yang diberikan telah diseleksi sesuai dengan kebutuhan klien melalui penelusuran data, rumusan permasalahan yang matang, diagnosis keperawatan yang tepat dan rencana yang terarah, tindakan

yang sesuai dengan rencana dan penelitian yang terus-menerus.

2) Manfaat Bagi Tenaga Kesehatan

Institusi pelayanan akan merasakan manfaat, antara lain klien merasa puas, cepat sembuh, pelayanan yang bermutu sekaligus merupakan promosi institusi tersebut. Dengan demikian, klien meningkat dan keuntungan pun meningkat. Citra institusi bertambah baik di mata masyarakat.

3) Institusi pelayanan akan merasakan manfaat, antara lain klien merasa puas, cepat sembuh, pelayanan yang bermutu sekaligus merupakan promosi institusi tersebut. Dengan demikian, klien meningkat dan keuntungan pun meningkat. Citra institusi bertambah baik di mata masyarakat.

d. Manfaat Dokumentasi keperawatan

Dokumentasi asuhan keperawatan merupakan tuntutan profesi yang harus dapat dipertanggungjawabkan, baik dari aspek etik maupun hukum. Artinya dokumentasi asuhan keperawatan yang dapat dipertanggung jawabkan dari kedua aspek ini berkaitan erat dengan aspek manajerial, yang disatu sisi melindungi pasien sebagai penerima pelayanan (konsumen) dan disisi lain melindungi perawat sebagai pemberi jasa pelayanan dan asuhan keperawatn (hidayat, 2002) (dalam dhian 20012)

Nursalam (2011) menerangkan bahwa dokumentasi keperawatan mempunyai makna yang penting dilihat dari berbagai

aspek seperti aspek hukum, kualitas pelayanan, komunikasi, keuangan, pendidikan, penelitian, dan akreditasi. Penjelasan mengenai aspek-aspek tersebut adalah sebagai berikut :

1) Hukum

Semua catatan informasi tentang klien merupakan dokumentasi resmi dan bernilai hukum. Bila menjadi suatu masalah (*misconduct*) yang berhubungan dengan profesi keperawatan, di mana sebagai pemberi jasa dan klien sebagai pengguna jasa, maka dokumentasi dapat dipergunakan sewaktu-waktu. Dokumentasi tersebut dapat dipergunakan sebagai barang bukti di pengadilan.

2) Kualitas Pelayanan

Pendokumentasian data klien yang lengkap dan akurat, akan memberi kemudahan bagi perawat dalam membantu menyelesaikan masalah klien. Dan untuk mengetahui sejauh mana masalah klien dapat teratasi dan seberapa jauh masalah dapat diidentifikasi dan dimonitor melalui dokumentasi yang akurat. Hal ini akan membantu meningkatkan kualitas (mutu) pelayanan keperawatan.

3) Komunikasi

Dokumentasi keadaan klien merupakan alat “perekam” terhadap masalah yang berkaitan dengan klien. Perawat atau profesi kesehatan lain dapat melihat dokumentasi yang ada dan

sebagai alat komunikasi yang dijadikan pedoman dalam memberikan asuhan keperawatan.

4) Keuangan

Dokumentasi dapat bernilai keuangan. Semua asuhan keperawatan yang belum, sedang, dan telah diberikan didokumentasikan dengan lengkap dan dapat dipergunakan sebagai acuan atau pertimbangan dalam biaya keperawatan bagi klien.

5) Pendidikan

Dokumentasi mempunyai nilai pendidikan, karena isinya menyangkut kronologis dari kegiatan asuhan keperawatan yang dapat dipergunakan sebagai bahan atau referensi pembelajaran bagi peserta didik atau profesi keperawatan.

6) Penelitian

Dokumentasi keperawatan mempunyai nilai penelitian. Data yang terdapat didalamnya mengandung informasi yang dapat dijadikan sebagai bahan atau objek riset dan pengembangan profesi keperawatan.

7) Akreditasi

Melalui dokumentasi keperawatan akan dapat dilihat sejauh mana peran dan fungsi perawat dalam memberikan asuhan keperawatan kepada klien. Dengan demikian dapat diambil kesimpulan mengenai tingkat keberhasilan pemberian asuhan

keperawatan yang diberikan guna pembinaan dan pengembangan lebih lanjut.

e. Model Dokumentasi Keperawatan

Berdasarkan penjelasan Ali (2009), Dokumentasi keperawatan merupakan dokumentasi yang legal bagi profesi keperawatan. Oleh karena itu, dokumentasi keperawatan harus memenuhi standar yang telah ditentukan. Komisi Gabungan Akreditasi Organisasi Pelayanan Kesehatan (JCAHO) merekomendasikan standar dokumentasi keperawatan yang meliputi : Pengkajian awal dan pengkajian ulang, Diagnosis keperawatan dan kebutuhan asuhan keperawatan klien, Rencana asuhan tindakan keperawatan, Tindakan asuhan keperawatan yang diberikan atas respon klien, dan Hasil dari asuhan keperawatan dan kemampuan untuk tidak lanjut asuhan keperawatan setelah klien dipulangkan.

Sedangkan menurut Hidayat (2002) dalam dhian (2012), ada beberapa model dokumentasi keperawatan yang dapat dipergunakan dalam sistem pelayanan kesehatan atau keperawatan antara lain :

1) *Source-Oriented Record* (catatan berorientasi pada sumber)

Model ini menempatkan catatan atas dasar disiplin orang atau sumber yang mengelola pencatatan. Bagian penerimaan klien mempunyai lembar isian tersendiri, dokter menggunakan

lembar untuk mencatat instruksi, lembaran riwayat dan perkembangan penyakit, perawat menggunakan catatan perkembangan, begitu pula disiplin ilmu lain mempunyai catatan masing-masing.

2) *Problem-Oriented Record* (catatan orientasi pada masalah)

Model ini memusatkan data tentang klien, data didokumentasikan dan disusun menurut masalah klien. Sistem dokumentasi jenis ini mengintegrasikan semua data mengenai masalah yang dikumpulkan oleh dokter, perawat atau tenaga kesehatan lain yang terlibat dalam pemberian layanan kepada klien

3) *Progress-Oriented Record* (catatan berorientasi pada perkembangan)

Tiga jenis catatan perkembangan yaitu catatan perawat, lembar alur (*flow sheet*) dan catatan pemulangan atau ringkasan rujukan. Ketiga jenis ini digunakan baik pada sistem dokumentasi yang berorientasi pada sumber maupun berorientasi pada masalah.

4) *Charting-By Exception* (CBE)

*Charting By Exception* adalah sistem dokumentasi yang hanya mencatat secara naratif dari hasil atau pemantauan yang menyimpang dari keadaan normal atau standar.

5) *Problem Intervention and Evaluation (PIE)*

Sistem pencatatan PIE adalah suatu pendekatan orientasi proses pada dokumentasi dengan penekanan pada proses keperawatan dan diagnosa keperawatan

6) Fokus (*Proses Oriented System*)

Pencatatan fokus adalah suatu proses orientasi yang berfokus pada klien. Hal ini digunakan pada proses keperawatan untuk mengorganisir dokumentasi asuhan keperawatan. Perubahan yang berdampak terhadap terhadap dokumentasi keperawatan

f. Prinsip-Prinsip Dokumentasi

Setiadi ( 2012 ) menerangkan prinsip pencatatan ditinjau dari teknik pencatatan yaitu : Menulis nama klien pada setiap halaman catatan perawat; Mudah dibaca, sebaiknya menggunakan tinta warna biru atau hitam; Akurat, menulis catatan selalu dimulai dengan menulis tanggal, waktu dan dapat dipercaya secara faktual; Ringkas, singkatan yang biasa digunakan dan dapat diterima, dan dipakai; Pencatatan mencakup keadaan sekarang dan waktu lampau; Jika terjadi kesalahan pada saat pencatatan, coret satu kali kemudian tulis kata “salah” di atasnya serta paraf dengan jelas. Dilanjutkan dengan informasi yang benar “jangan dihapus”. Validitas pencatatan akan rusak jika ada penghapusan; Tulis nama jelas pada setiap hal yang telah dilakukan dan bubuhi tanda tangan; Jika pencatatan bersambung pada halaman baru, tanda tangani dan

tulis kembali waktu dan tanggal pada bagian halaman tersebut; Jelaskan temuan pengkajian fisik dengan cukup terperinci. Hindari penggunaan kata seperti “sedikit” dan “banyak” yang mempunyai tafsiran dan harus dijelaskan agar bisa dimengerti; Jelaskan apa yang terlihat, terdengar terasa dan tercium pada saat pengkajian; dan Jika klien tidak dapat memberikan informasi saat pengkajian awal, coba untuk mendapatkan informasi dari anggota keluarga atau teman dekat yang ada atau kalau tidak ada catat alasannya.

g. Standar Asuhan Keperawatan(SAK)

Ali (2009) mengatakan bahwa standar asuhan keperawatan adalah pedoman terperinci yang menunjukkan perawatan yang diprediksi dan diidentifikasi dalam situasi yang spesifik. Standar asuhan keperawatan harus menunjukkan asuhan yang menjadi tanggung jawab perawat dalam pemberiannya, dan bukan tingkat ideal asuhan. Standar asuhan keperawatan mengacu kepada tahapan proses keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi, dan evaluasi.

Ali (2009) menjelaskan tentang standar asuhan keperawatan dari Departemen Kesehatan RI dengan SK Dirjen Pelayanan Medik No. YM.00.03.2.6.7637 tentang pemberlakuan standar asuhan keperawatan di rumah sakit, yaitu :

1) Standar I : Pengkajian keperawatan

Tahapan pengumpulan data tentang status kesehatan pasien secara sistematis, menyeluruh, akurat, singkat dan berkesinambungan. Data dapat diperoleh melalui anamnesa, observasi, dan pemeriksaan penunjang dan kemudian didokumentasikan

2) Standar II : Diagnosis keperawatan

Tahapan ini perawat menganalisa data pengkajian untuk merumuskan diagnosa keperawatan, adapun kriteria proses yaitu : Proses diagnosa terdiri dari analisis, interpretasi data, identifikasi masalah, perumusan diagnosa keperawatan; Diagnosa keperawatan terdiri dari masalah (P), penyebab (E), dan tanda/gejala (S), atau terdiri dari masalah dan penyebab (P, E); Bekerjasama dengan pasien dan petugas kesehatan lainnya untuk memvalidasi diagnosa keperawatan; dan Melakukan pengkajian ulang dan merevisi diagnosa berdasarkan data terbaru.

3) Standar III : Perencanaan keperawatan

Tahapan ini perawat merencanakan suatu tindakan keperawatan agar dalam melakukan perawatan terhadap pasien efektif dan efisien.

#### 4) Standar IV : Impelementasi

Tahapan ini perawat mencari inisiatif dari rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tahap pelaksanaan dimulai setelah rencana tindakan disusun dan ditunjukkan pada *nursing orders* untuk membantu klien mencapai tujuan yang telah ditetapkan, yang mencakup peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pemulihan kesehatan dan memfasilitasi koping.

#### 5) Standar V : Evaluasi

Tahapan ini perawat melakukan tindakan intelektual untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan seberapa jauh diagnosa keperawatan, rencana tindakan dan pelaksanaannya sudah berhasil dicapai.

#### h. Tahapan Dokumentasi Asuhan Keperawatan

##### 1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien. 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 standa

praktik keperawatan dari ANA (*American Nurses Association*) (Handayaningsih, 2007).

Tujuan pengkajian adalah mengumpulkan, mengorganisasikan, dan mencatat data-data yang menjelaskan respon tubuh manusia yang diakibatkan oleh masalah kesehatan. Pencatatan pengkajian keperawatan bertujuan mengidentifikasi kebutuhan unik klien dan respon klien terhadap masalah/diagnosis keperawatan yang akan mempengaruhi layanan keperawatan yang akan diberikan, mengonsolidasikan dan mengorganisasikan informasi yang diperoleh dari berbagai sumber ke dalam sumber yang bersifat umum sehingga pola kesehatan klien dapat dievaluasi dan masalahnya dapat teridentifikasi, menjamin adanya informasi dasar yang berguna yang memberikan referensi untuk mengukur perubahan kondisi klien, mengidentifikasi karakteristik unik dari kondisi klien dan responnya yang mempengaruhi perencanaan keperawatan dan tindakan keperawatan, menyajikan data yang cukup bagi kebutuhan klien untuk tindakan keperawatan; menjadi dasar bagi pencatatan rencana keperawatan yang efektif (Ali, 2009).

Kegiatan utama dalam tahap pengkajian ini adalah pengumpulan data, pengelompokan data, dan analisis data guna perumusan diagnosis keperawatan. Pengumpulan data

merupakan aktivitas perawat dalam mengumpulkan informasi yang sistemik tentang klien. Pengumpulan data ditujukan untuk mengidentifikasi dan mendapatkan data yang penting dan akurat tentang klien (Asmadi, 2008).

Menurut Asmadi, metode utama yang dapat digunakan dalam pengumpulan data adalah sebagai berikut :

1) Wawancara

Wawancara atau interview merupakan metode pengumpulan data secara langsung antara perawat dan klien. Data wawancara adalah semua ungkapan klien, tenaga kesehatan, atau orang lain yang berkepentingan termasuk keluarga, teman, dan orang terdekat klien.

2) Observasi

Observasi merupakan metode pengumpulan data melalui pengamatan visual dengan menggunakan panca-indra. Kemampuan melakukan observasi merupakan keterampilan tingkat tinggi yang memerlukan banyak latihan. Unsur terpenting dalam observasi adalah mempertahankan objektivitas penilaian. Mencatat hasil observasi secara khusus tentang apa yang dilihat, dirasa, didengar, dicium, dan dikecap akan lebih akurat dibandingkan mencatat interpretasi seseorang tentang hal tersebut.

### 3) Pemeriksaan

Pemeriksaan adalah proses inspeksi tubuh dan sistem tubuh guna menentukan ada/tidaknya penyakit yang didasarkan pada hasil pemeriksaan fisik dan laboratorium. Cara pendekatan sistematis yang dapat digunakan perawat dalam melakukan pemeriksaan fisik adalah pemeriksaan dari ujung rambut sampai ujung kaki (*head to toe*) dan pendekatan sistem tubuh (*review of system*).

Pemeriksaan fisik dilakukan dengan menggunakan empat metode, yakni inspeksi, auskultasi, perkusi, dan palpasi.

#### a) Inspeksi

Secara sederhana, inspeksi didefinisikan sebagai kegiatan melihat atau memperhatikan secara seksama status kesehatan klien.

#### b) Auskultasi

Auskultasi adalah langkah pemeriksaan fisik dengan menggunakan stetoskop yang memungkinkan pemeriksa mendengar bunyi keluar dari rongga tubuh pasien. Auskultasi dilakukan untuk mendapatkan data tentang kondisi jantung, paru, dan saluran pencernaan.

#### c) Perkusi

Perkusi atau periksa ketuk adalah jenis pemeriksaan fisik dengan cara mengetuk secara pelan jari tengah

menggunakan jari yang lain untuk menentukan posisi, ukuran, dan konsistensi struktur suatu organ tubuh.

d) Palpasi

Palpasi atau periksa raba adalah jenis pemeriksaan fisik dengan cara meraba atau merasakan kulit klien untuk mengetahui struktur yang ada dibawah kulit.

## 2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah penilaian klinis mengenai pengalaman/respon individu, keluarga, atau komunitas terhadap masalah kesehatan yang aktual atau potensial. Diagnosis keperawatan memberi dasar pemilihan intervensi keperawatan untuk mencapai hasil akhir sehingga perawat menjadi akuntabel (NANDA (North American Nursing Dianosis Association), 2012)

Menurut Asmadi (2008) komponen-komponen dalam pernyataan diagnosa keperawatan meliputi :

1) Masalah (*problem*)

Diagnosa keperawatan merupakan pernyataan yang menggambarkan perubahan status kesehatan klien. Perubahan tersebut menyebabkan timbulnya masalah

2) Penyebab (*etiology*)

Pernyataan etiologi mencerminkan penyebab dari masalah kesehatan klien yang memberi arah bagi terapi

keperawatan. Etiologi tersebut dapat terkait dengan aspek patofisiologis, psikososial, tingkah laku, perubahan situasional gaya hidup, usia perkembangan, juga faktor budaya dan lingkungan. Frase berhubungan (*related* dengan “to”) berfungsi untuk menghubungkan masalah keperawatan dengan pernyataan etiologi.

### 3) Data (*sign and symptom*)

Data diperoleh selama tahap pengkajian sebagai bukti adanya masalah kesehatan pada klien. Data merupakan informasi yang diperlukan untuk merumuskan diagnosa keperawatan. Penggunaan frase “ditandai oleh” menghubungkan etiologi dengan data.

Menurut Asmadi (2008) diagnosa keperawatan ada tiga tipe yaitu :

- 1) Diagnosa keperawatan aktual, yaitu diagnosa keperawatan yang menjelaskan masalah kesehatan yang nyata terjadi saat ini dan benar-benar faktual, sesuai dengan data klinis yang diperoleh.
- 2) Diagnosa keperawatan risiko, yaitu diagnosa keperawatan yang menjelaskan masalah kesehatan yang berpeluang besar akan terjadi jika tidak dilakukan tindakan keperawatan. Pada diagnosa ini masalah belum ada secara pasti, namun etiologi penunjangnya sudah ada.

3) Diagnosa keperawatan potensial, yaitu diagnosa keperawatan yang menjelaskan tentang keadaan sejahtera (*wellness*), yakni ketika klien memiliki potensi untuk lebih meningkatkan derajat kesehatannya dan belum ada data maladaptif atau paparan terhadap masalah kesehatan sebelumnya.

Menurut Asmadi (2008) hal-hal yang perlu diperhatikan pada tahap diagnosa keperawatan, antara lain : Kesesuaian masalah dengan lingkup keperawatan; Kejelasan masalah; Keakuratan masalah dan faktor penyebab; Validitas masalah; Komponen diagnosis keperawatan (*Problem, Etiology, Sign and symptom (PES)*)

### 3. Perencanaan (Intervensi)

Tahap perencanaan memberi kesempatan kepada perawat, klien, keluarga, dan orang terdekat klien untuk merumuskan rencana tindakan keperawatan guna mengatasi masalah yang dialami klien. Perencanaan merupakan suatu petunjuk atau bukti tertulis yang menggambarkan secara tepat rencana tindakan keperawatan yang dilakukan terhadap klien sesuai dengan kebutuhannya berdasarkan diagnosa keperawatan (Asmadi, 2008).

Tahap perencanaan dapat disebut sebagai inti atau pokok dari proses keperawatan sebab perencanaan merupakan

keputusan awal yang memberi arah bagi tujuan yang ingin dicapai, hal yang akan dilakukan, termasuk bagaimana, kapan, dan siapa yang akan melakukan tindakan keperawatan. Dalam penyusunan rencana tindakan keperawatan perlu keterlibatan keluarga dan orang terdekat klien atau pasien untuk memaksimalkan perencanaan tindakan keperawatan tersebut (Asmadi, 2008).

Menurut Asmadi (2008), tahap perencanaan memiliki beberapa tujuan penting, diantaranya sebagai alat komunikasi perawat dan tim kesehatan lainnya, meningkatkan kesinambungan asuhan keperawatan bagi klien, serta mendokumentasikan proses dan kriteria hasil asuhan keperawatan yang ingin dicapai. Unsur terpenting dalam tahap perencanaan ini adalah membuat prioritas urutan diagnosis keperawatan, merumuskan tujuan, merumuskan kriteria evaluasi, dan merumuskan intervensi keperawatan.

#### 1) Membuat Prioritas Urutan Diagnosis Keperawatan

Setelah merumuskan diagnosis keperawatan (tahap kedua), perawat dapat mulai membuat urutan prioritas diagnosis. Penentuan prioritas ini dilakukan karena tidak semua diagnosis keperawatan dapat diselesaikan dalam waktu bersamaan. Pada tahap ini perawat dan klien bersama-sama

menentukan diagnosis keperawatan mana yang harus dipecahkan lebih dulu dan memprioritaskannya.

Penentuan prioritas dapat dibuatkan skala prioritas tertinggi sampai prioritas terendah. Ini dilakukan dengan mengurutkan diagnosis keperawatan yang dianggap paling mengancam kehidupan sampai diagnosis yang tidak terlalu mengancam kehidupan.

## 2) Merumuskan Tujuan

Setelah menyusun diagnosis keperawatan berdasarkan prioritas, perawat perlu merumuskan tujuan untuk masing-masing diagnosis. Tujuan ditetapkan dalam bentuk tujuan jangka panjang dan tujuan jangka pendek. Tujuan jangka panjang dimaksudkan untuk mengatasi masalah secara umum, sedangkan tujuan jangka pendek dimaksudkan untuk mengatasi etiologi guna mencapai tujuan jangka panjang. Rumusan tujuan ini keperawatan harus SMART, yaitu *specific* (rumusan tujuan harus jelas), *measurable* (dapat diukur), *achievable* (dapat dicapai, ditetapkan bersama klien), *realistic* (dapat tercapai dan nyata), dan *timing* (harus ada target waktu).

## 3) Merumuskan Kriteria Evaluasi

Penyusunan kriteria hasil/evaluasi, ada beberapa hal yang perlu diperhatikan. Di antaranya, kriteria hasil/evaluasi

terkait dengan tujuan, bersifat khusus, dan konkret. Selain itu, hasilnya harus dapat dilihat, didengar, dan diukur oleh orang lain.

#### 4) Merumuskan Intervensi Keperawatan

Dalam merencanakan intervensi keperawatan, perawat harus memperhatikan beberapa kriteria yang terkait dengan rumusan intervensi keperawatan. Kriteria tersebut, antara lain : Memakai kata kerja yang tepat; Bersifat spesifik; dan Dapat dimodifikasi

Intervensi keperawatan terdiri atas intervensi keperawatan yang independen dan intervensi keperawatan kolaboratif. Intervensi keperawatan independen adalah intervensi keperawatan yang dilakukan perawat terhadap klien secara mandiri tanpa peran aktif dari tenaga kesehatan lain. Intervensi keperawatan kolaboratif adalah intervensi keperawatan yang dilakukan oleh perawat terhadap klien dalam bentuk kerja sama dengan tenaga kesehatan lain.

#### 4. Implementasi

Implementasi adalah tahap ketika perawat mengaplikasikan asuhan keperawatan ke dalam bentuk intervensi keperawatan guna membantu klien mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Kemampuan yang harus dimiliki perawat pada tahap implementasi adalah kemampuan komunikasi yang efektif,

kemampuan untuk menciptakan hubungan saling percaya dan saling bantu, kemampuan melakukan teknik psikomotor, kemampuan melakukan observasi sistematis, kemampuan memberikan pendidikan kesehatan, kemampuan advokasi, dan kemampuan evaluasi (Asmadi, 2008).

Intervensi keperawatan berlangsung dalam tiga tahap. Fase pertama merupakan fase persiapan yang mencakup pengetahuan tentang validasi rencana, implementasi rencana, persiapan klien dan keluarga. Fase kedua merupakan puncak implementasi keperawatan yang berorientasi pada tujuan. Pada fase ini, perawat menyimpulkan data yang dihubungkan dengan reaksi klien. Fase ketiga merupakan terminasi perawat-klien setelah implementasi keperawatan selesai dilakukan (Asmadi, 2008).

#### 5. Evaluasi

Evaluasi adalah tahap akhir dari proses keperawatan yang merupakan perbandingan yang sistematis dan terencana antara hasil akhir yang teramati dan tujuan atau kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan. Evaluasi dilakukan secara berkesinambungan dengan melibatkan klien dan tenaga kesehatan lainnya. Jika hasil evaluasi menunjukkan tercapainya tujuan dan kriteria hasil, klien bisa keluar dari siklus proses keperawatan. Jika sebaliknya, klien akan masuk kembali ke

dalam siklus tersebut mulai dari pengkajian ulang (*reassessment*) (Asmadi, 2008).

Evaluasi terbagi atas dua jenis, yaitu evaluasi formatif dan evaluasi sumatif. Evaluasi formatif berfokus pada aktivitas proses keperawatan dan hasil tindakan keperawatan. Evaluasi formatif ini dilakukan segera setelah perawat mengimplementasikan rencana keperawatan guna menilai keefektifan tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan. Perumusan evaluasi formatif ini meliputi empat komponen yang dikenal dengan istilah SOAP, yakni *subjektif* (data berupa keluhan klien), *objektif* (data hasil pemeriksaan), *analisis data* (pembandingan data dengan teori), dan perencanaan (Asmadi, 2008).

Menurut Asmadi (2008) ada tiga kemungkinan hasil evaluasi yang terkait dengan pencapaian tujuan keperawatan : Tujuan tercapai jika klien menunjukkan perubahan sesuai dengan standar yang telah ditentukan; Tujuan tercapai sebagian atau klien masih dalam proses pencapaian tujuan jika klien menunjukkan perubahan pada sebagian kriteria yang telah ditetapkan; serta Tujuan tidak *tercapai* jika klien hanya menunjukkan sedikit perubahan dan tidak ada kemajuan sama sekali serta dapat timbul masalah baru.

Menurut Hidayat (2007) dalam dhian (2012), syarat dokumentasi keperawatan adalah :

1) Kesederhanaan

Penggunaan kata-kata yang sederhana, mudah dibaca, mudah dimengerti, dan menghindari istilah yang sulit dipahami

2) Keakuratan

Data yang diperoleh harus benar-benar akurat berdasarkan informasi yang telah dikumpulka.

3) Kesabaran

Gunakan kesabaran dalam membuat dokumentasi keperawatan dengan meluangkan waktu untuk memeriksa kebenaran terhadap data pasien yang telah atau sedang diperiksa.

4) Ketepatan

Ketepatan dalam pendokumentasian merupakan syarat yang mutlak.

5) Kelengkapan

Pencatatan terhadap semua pelayanan yang diberikan tanggapan perawat/klien

6) Kejelasan dan keobjektifan dokumentasi keperawatan memerlukan kejelasan dan keobjektifan dari data-data yang

ada bukan merupakan data fiktif dan samar yang dapat menimbulkan kerancuan

i. Teknik Pencatatan Dokumentasi Asuhan Keperawatan

Indriono (2011) menerangkan dalam pendokumentasian ada 3 teknik, yaitu : teknik naratif, teknik *flow sheet*, dan teknik *checklist*. Teknik tersebut dapat dijelaskan sebagai berikut

1) Naratif

Bentuk 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 di peroleh dari siapa saja, atau dari petugas kesehatan yang bertanggung jawab untuk memberikan informasi. Setiap narasumber memberikan hasil observasinya, menggambarkan aktifitas dan evaluasinya yang unik. Cara penulisan ini mengikuti dengan ketat urutan kejadian / kronologisnya.

Keuntungan pendokumentasian catatan naratif : Pencatatan secara kronologis memudahkan penafsiran secara berurutan dari kejadian dari asuhan / tindakan yang dilakukan; Memberi kebebasan kepada perawat untuk mencatat menurut gaya yang disukainya; serta Format menyederhanakan proses dalam

mencatat masalah, kejadian perubahan, intervensi, reaksi pasien dan *outcomes*.

Kelemahan pendokumentasian catatan naratif : Cenderung untuk menjadi kumpulan data yang terputus-putus, tumpang tindih dan sebenarnya catatannya kurang berarti; Kadang-kadang sulit mencari informasi tanpa membaca seluruh catatan atau sebagian besar catatan tersebut; Perlu meninjau catatan dari seluruh sumber untuk mengetahui gambaran klinis pasien secara menyeluruh; Dapat membuang banyak waktu karena format yang polos menuntut pertimbangan hati-hati untuk menentukan informasi yang perlu dicatat setiap pasien; Kronologis urutan peristiwa dapat mempersulit interpretasi karena informasi yang bersangkutan mungkin tidak tercatat pada tempat yang sama; serta Mengikuti perkembangan pasien bisa menyita banyak waktu

## 2) *Flowsheet* ( bentuk grafik)

*Flowsheet* memungkinkan perawat untuk mencatat hasil observasi atau pengukuran yang dilakukan secara berulang yang tidak perlu ditulis secara naratif, termasuk data klinik klien tentang tanda-tanda vital ( tekanan darah, nadi, pernafasan, suhu), berta badan, jumlah masukan dan keluaran cairan dalam 24 jam dan pemberian obat.

*Flowsheet* merupakan cara tercepat dan paling efisien untuk mencatat informasi. Selain itu tenaga kesehatan akan dengan mudah mengetahui keadaan klien hanya dengan melihat grafik yang terdapat pada *flowsheet*. Oleh karena itu *flowsheet* lebih sering digunakan di unit gawat darurat, terutama data fisiologis.

*Flowsheet* sendiri berisi hasil observasi dan tindakan tertentu. Beragam format mungkin digunakan dalam pencatatan walau demikian daftar masalah, *flowsheet* dan catatan perkembangan adalah syarat minimal untuk dokumentasi pasien yang adekuat/memadai.

### 3) *Checklist*

*Checklist* adalah suatu format yang sudah dibuat dengan pertimbangan-pertimbangan dari standar dokumentasi keperawatan sehingga memudahkan perawat untuk mengisi dokumentasi keperawatan, karena hanya tinggal mengisi item yang sesuai dengan keadaan pasien dengan mencentang. Jika harus mengisi angka itupun sangat ringkas pada data *vital sign*

Keuntungan penggunaan format dokumentasi *checklist* (Yulistiani, Sodikin, Suprihatiningsih, dan Asiandi, 2003) dalam dhian (2012):

- a) Bagi Perawat : Waktu pengkajian efisien; Lebih banyak waktu dengan klien dalam melakukan tindakan keperawatan sehingga perawatan yang paripurna dan

komprehensif dapat direalisasikan; Dapat mengantisipasi masalah resiko ataupun potensial yang berhubungan dengan komplikasi yang mungkin timbul; serta Keilmuwan keperawatan dapat dipertanggungjawabkan secara legalitas dan akuntabilitas keperawatan dapat ditegakkan.

- b) Untuk Klien dan Keluarga : Biaya perawatan dapat diperkirakan sebelum klien memutuskan untuk rawat inap/rawat jalan; Klien dan keluarga dapat merasakan kepuasan akan makna asuhan keperawatan yang diberikan selama dilakukan tindakan keperawatan; Kemandirian klien dan keluarganya dapat dijalin dalam setiap tindakan keperawatan dengan proses pembelajaran selama asuhan keperawatan diberikan; dan Perlindungan secara hukum bagi klien dapat dilakukan kapan saja bila terjadi malpraktek selama perawatan berlangsung.

## **2. Asesmen Pasien Menurut Standar Nasional Akreditasi Rumah**

### **Sakit**

#### **Gambaran Umum**

Tujuan asesmen pasien yang efektif akan menghasilkan keputusan tentang kebutuhan asuhan, pengobatan pasien yang harus segera dilakukan dan pengobatan berkelanjutan untuk emergensi, elektif atau pelayanan terencana, bahkan ketika kondisi pasien berubah. Proses asesmen pasien adalah proses yang terus menerus dan

dinamin yang digunakan pada sebagian besar unit kerja rawat inap dan rawat jalan.

Asuhan pasien dirumah sakit diberikan dan dilaksanakan berdasarkan konsep pelayanan berfokus pada pasien (*Patient/Person Centered Care*). Pola ini dipayungi oleh konsep WHO : *Conceptual Framework integrated people centered health services. (WHO global strategy on integrated people-centred health services 2016-2026, July 2015)*.

Penerapan konsep pelayanan berfokus pada pasien adalah dalam bentuk asuhan pasien terintegrasi yang bersifat integrasi horisontal dan vertikal dengan elemen :

1. Dokter penanggung jawab pelayanan (DPJP) sebagai ketua tim asuhan/clinical leader.
2. Profesional pemberi asuhan bekerja sebagai tim intra- dan interdisiplin dengan kolaborasi interprofesional, dibantu antara lain dengan panduan praktik klinis (PPK), panduan asuhan PPA lainnya, alur klinis/clinical pathway terintegrasi, algoritme, protokol, prosedur, standing order dan CPPT (catatan perkembangan pasien terintegrasi)
3. Manajer pelayanan pasien/case manager.
4. Keterlibatan dan pemberdayaan pasien dan keluarga.

Asesmen pasien terdiri atas 3 proses utama dengan metode IAR :

1. Mengumpulkan informasi dari data keadaan fisik, psikologis, sosial, kultur, spriritual dan riwayat kesehatan pasien.
2. Analisis informasi dan data, termasuk hasil laboratorium dan radiologi diagnostik imajing untuk mengidentifikasi kebutuhan pelayanan kesehatan pasien.
3. Membuat rencana pelayanan untuk memenuhi semua kebutuhan pasien yang telah diidentifikasi.

Asesmen harus memperhatikan kondisi pasien, umur, kebutuhan kesehatan dan permintaan atau preferensinya. Egiatan asesmen pasien dapat bervariasi sesuai dengan tempat pelayanan. Asesmen ulang harus dilakukan selama asuhan, pengobatan dan pelayanan untuk mengidentifikasi kebutuhan pasien. Asesmen ulang adalah penting untuk memahami respon pasien terhadap pemberian asuhan, pengobatan dan pelayanan, serta juga penting untuk menetapkan apakah keputusan asuhan memadai dan efektif. Proses-proses ini paling efektif dilaksanakan bila sebagai profesional kesehatan yang bertanggungjawab atas pasien.

### **Standar, maksud dan tujuan, serta elemen penilaian**

#### **Standar AP.1**

Rumah sakit menentukan isi, jumlah dan jenis asesmen awal pada disiplin medis dan keperawatan yang meliputi pemeriksaan fisik, riwayat kesehatan, pengkajian pasien dari aspek biologis, psikologis, sosial ekonomi, kultural, dan spiritual pasien.

#### Standar AP.1.1

Asesmen awal masing-masing pasien rawat inap meliputi pemeriksaan fisik, riwayat kesehatan, pengkajian pasien dari aspek biologis, psikologis, sosial, ekonomi, kultural dan spiritual pasien.

#### Standar AP.1.2

Asesmen awal masing-masing pasien rawat inap meliputi pemeriksaan fisik, riwayat kesehatan, pengkajian pasien dari aspek biologis, psikologis, sosial, ekonomi, kultural dan spiritual pasien.

#### Standar AP.1.3

Asesmen awal masing-masing pasien gawat darurat meliputi pemeriksaan fisik, riwayat kesehatan, pengkajian pasien dari aspek biologis, psikologis, sosial, ekonomi, kultural dan spiritual pasien.

#### **Maksud dan tujuan AP.1, AP 1.1, AP 1.2, AP 1.3**

Asesmen yang efektif menghasilkan keputusan tentang tindakan segera dan berkelanjutan yang dibutuhkan pasien untuk tindakan darurat, asuhan terencana, bahkan jika kondisi pasien berubah. Asesmen pasien merupakan proses berkelanjutan, dinamis dan dikerjakan di instalasi/unit gawat darurat, rawat jalan dan rawat inap, dan unit pelayanan lainnya. Asesmen pasien terdiri dari 3 proses utama dengan metode IAR :

- a. Mengumpulkan data informasi tentang hal-hal sesuai di sampai n, tersebut dibawah. Pada SOAP adalah S-obyektif dan O-Obyektif.

- b. Analisis data dan informasi, yaitu melakukan analisis terhadap informasi yang menghasilkan diagnosis, masalah, dan kondisi, untuk mengidentifikasi kebutuhan pasien. Pada SOAP adalah A-Asesmen.
- c. Membuat rencana, yaitu menyusun sosis untuk mengatasi / memperbaiki kelainan kesehatan sesuai butir Pelaksanaan adalah untuk memenuhi kebutuhan pasien yang telah terintegrasi, Pada SOAP adalah Plan.

Isi minimal asesmen awal antara lain :

- a) Status fisik
- b) Psiko-sosio-spiritual
- c) Ekonomi
- d) Riwayat kesehatan pasien
- e) Riwayat alergi
- f) Asesmen nyeri
- g) Risiko jatuh
- h) Asesmen fungsional
- i) Risiko nutrisi
- j) Kebutuhan edukasi
- k) Rencana pemulangan pasien (*Discharge Planing*)

Jika pasien sudah terdaftar atau terima dirumah sakit untuk asuhan rawat inap dan atau rawat jalan, sebuah asesmen lengkap perlu dilakukan terkait alasan pasien datang dirumah sakit mengacu kepada

butir-butir isi minimal asesmen awal. Informasi spesifik yang dibutuhkan rumah sakit pada tahap ini, prosedur yang dilakukan padanya, tergantung kebutuhan pasien dan dimana asuhan diberikan (misalnya, asuhan rawat inap atau riwayat jalan). Rumah sakit menetapkan regulasi proses asesmen dan pendokumentasiannya direkam medis.

Untuk melakukan asesmen secara efektif, rumah sakit menentukan regulasi, isi minimal asesmen yang harus dilakukan oleh dokter, perawat dan profesional pemberi asuhan lainnya. asesmen dilakukan oleh disiplin klinis sesuai kebutuhan. Asesmen hanya dilakukan oleh orang yang kompeten dan diberi kewenangan peraturan perundang-undangan. Seluruh hasil asesmen itu harus ada sebelum dilakukan pengobatan.

Asesmen awal seorang pasien, rawat inap, dan gawat darurat merupakan proses yang penting untuk identifikasi kebutuhan pasien untuk memulai proses asuhan pasien. Proses asesmen awal memberikan informasi perihal :

1. Pemahaman asuhan yang diinginkan oleh pasien
2. Pemilihan asuhan paling baik untuk pasien
3. Diagnosis awal, dan
4. Pemahaman respons pasien terhadap asuhan sebelumnya

Untuk mendapatkan informasi ini, asesmen awal melakukan evaluasi kondisi pasien melalui pemeriksaan fisik dan riwayat

kesehatannya. Asesmen psikologis menentukan status emosional pasien (misalnya, jika pasien depresi, takut jiwanya terancam, suka berkelahi, membahayakan diri sendiri atau orang lain).

Mengumpulkan informasi tentang pasien tidak bermaksud “menggolongkan” pasien dalam “satu golongan tertentu”. Tetapi status sosial, kultur, spiritual, ekonomi, dari pasien merupakan faktor penting yang dapat berpengaruh terhadap respons pasien terhadap penyakit dan tindakan pengobatan.

#### Elemen penilaian AP.1

1. Rumah sakit menentukan isi, jumlah, dan jenis asesmen awal pada disiplin medis dan keperawatan sesuai d) sampai dengan n) dimaksud dan tujuan.
2. Ada bukti pelaksanaan isi, jumlah dan jenis asesmen awal disiplin medis.
3. Ada bukti pelaksanaan isi, jumlah dan jenis asesmen awal disiplin keperawatan.
4. Ada bukti keterlibatan keluarga dalam melengkapi asesmen awal.

#### Elemen penilaian AP.1.1

1. Ada bukti pelaksanaan asesmen awal pasien rawat inap meliputi riwayat kesehatan pasien dan pemeriksaan fisik
2. Ada bukti pelaksanaan asesmen awal pasien rawat inap meliputi faktor bio-psiko-sosio-kultural-spiritual.

3. Ada bukti asesmen awal pasien rawat inap menghasilkan diagnosis awal dan masalah kesehatan pasien.
4. Ada bukti pelaksanaan asesmen awal pasien rawat inap harus selesai dalam waktu 24jam atau lebih cepat sesuai dengan kondisi pasien.
5. Ada bukti pelaksanaan asesmen awal pasien rawat inap menghasilkan rencana asuhan

#### Elemen penilaian AP.1.2

1. Rumah sakit menetapkan kerangka waktu penyelesaian asesmen awal pasien rawat jalan.
2. Ada bukti pelaksanaan asesmen awal pasien rawat jalan meliputi riwayat kesehatan pasien dan pemeriksaan fisik.
3. Ada bukti pelaksanaan asesmen awal pasien rawat jalan meliputi faktor bio-psikososio-kultural-spiritual.
4. Ada bukti pelaksanaan asesmen awal pasien rawat jalan menghasilkan diagnosis awal dan masalah kesehatan pasien (lihat juga ARK 3).
5. Ada bukti pelaksanaan asesmen awal pasien rawat jalan menghasilkan rencana asuhan.
6. Ada bukti pelaksanaan pasien rawat jalan dengan penyakit akut / non kronis, asesmen awal diperbaharui setelah 1 (satu) bulan.
7. Ada bukti pelaksanaan pasien rawat jalan dengan penyakit kronis, asesmen awal diperbaharui setelah 3 (tiga) bulan.

### Elemen Penilaian AP.1.3

1. Rumah sakit menetapkan kerangka waktu penyelesaian asesmen awal pasien gawat darurat.
2. Ada bukti pelaksanaan asesmen awal pasien gawat darurat meliputi riwayat kesehatan pasien dan pemeriksaan fisik.
3. Ada bukti pelaksanaan asesmen awal pasien gawat darurat meliputi faktor biopsiko-sosio-kultural-spiritual berfokus pada kondisi pasien.
4. Ada bukti pelaksanaan asesmen awal pasien gawat darurat menghasilkan diagnosis awal dan masalah kesehatan pasien (lihat juga ARK 3).
5. Ada bukti pelaksanaan asesmen awal pasien gawat darurat menghasilkan rencana asuhan

### Standar AP.1.4

Asesmen awal pasien mencakup juga skrining status nutrisi, kebutuhan fungsional, dan kebutuhan khusus lainnya, kemudian dirujuk untuk asesmen dan tindakan lebih lanjut jika perlu

#### Standar AP.1.4.1

Asesmen awal pasien mencakup juga kebutuhan fungsional, termasuk risiko jatuh, kemudian dirujuk untuk asesmen dan tindakan lebih lanjut jika perlu.

### **Maksud dan Tujuan AP.1.4 dan AP.1.4.1**

Informasi yang diperoleh pada asesmen awal medis dan atau asesmen awal keperawatan, dapat menunjukkan kebutuhan asesmen lebih lanjut atau lebih mendalam tentang status nutrisi (antara lain metode MST-Malnutrition screening Tools), fungsional (antara lain : dengan metode barthel index) termasuk resiko pasien jatuh.

Asesmen lebih mendalam dibutuhkan untuk identifikasi pasien yang memerlukan intervensi nutrisi, layanan rehabilitasi atau layanan lain terkait kemampuan untuk berfungsi mandiri. Secara umum seleksi dilakukan melalui evaluasi sangat sederhana, mendalam terhadap pasien untuk menentukan apakah pasien menunjukkan gejala sebagai sebuah risiko yang kemudian dibutuhkan asesmen lebih lanjut secara mendalam. Misalnya, asesmen awal keperawatan memuat kriteria dasar untuk menyaring status nutrisi, seperti ada lima atau enam pertanyaan sederhana yang menghasilkan skor angka terkait dengan intake makanan yang menurun, berat badan menurun selama 3 bulan yang lalu, mobilitas dan lain sebagainya. Jumlah angka (skor) akan menunjukkan risiko nutrisi pasien yang membutuhkan asesmen nutrisi lebih lanjut secara.

Pada setiap kasus, kriteria pemeriksaan digunakan oleh staf yang kompeten dan diberi kewenangan yang mampu melakukan asesmen lebih lanjut, jika perlu, memberikan pelayanan yang diperlukan. Misalnya, kriteria pemeriksaan risiko nutrisi dibuat

oleh perawat yang menggunakan kriteria, dietisien yang memberi saran intervensi diet, dan nutrisisionis yang akan mengintegrasikan kebutuhan nutrisi dengan kebutuhan lain pasien.

#### Elemen Penilaian 1.4.

1. Rumah sakit menetapkan kriteria risiko nutrisi yang dikembangkan bersama staf yang kompeten dan berwenang.
2. Pasien diskriminasi untuk risiko nutrisi sebagai bagian dari asesmen awal (lihat SKP 1EP 4).
3. Pasien dengan risiko nutrisi dilanjutkan dengan asesmen gizi.

#### Elemen Penilaian AP.1.4.1

1. RS menetapkan kriteria asesmen kebutuhan fungsional dan risiko jatuh, yang dikembangkan bersama staf yang kompeten dan berwenang.
2. Pasien diskriminasi untuk kebutuhan fungsional termasuk risiko jatuh (lihat juga SKP 6).
3. Pasien dengan kebutuhan fungsional lanjutan termasuk risiko jatuh, memperoleh asuhan yang sesuai ketentuan RS.

#### Standar AP.1.5

Semua pasien rawat inap dan rawat jalan diskriminasi terhadap nyeri dan jika ada nyeri dilakukan asesmen.

## **Maksud dan Tujuan AP.1.5**

Pada asesmen awal dan selama asesmen ulang prosedur skrining digunakan untuk mengidentifikasi pasien yang merasakan nyeri.

Contoh pertanyaan yang dapat dipakai pada skrining sebagai berikut:

- Apakah anda merasa sakit sekarang?
- Apakah rasasakitanda menghalangi tidur malam anda?
- Apakah rasasakitanda menghalangi anda beraktivitas?
- Apakah anda merasakan sakit setiaphari?

Jawaban positif dari pertanyaan pertanyaan ini menandakan ada kebutuhan dilakukan asesmen mendalam terhadap nyeri pasien.

Cakupan tindakan berdasar asuhan dan pelayananyangtersedia

Untuk pasien rawat inap, jika diketahui ada nyeri segera dilakukan asesmen lebih dalam. Asesmen ini disesuaikan dengan umur pasien dan mengukur intensitas dan kualitas rasa nyeri, seperti karakteristik rasa nyeri, frekuensi, lokasi dan lamanya. Informasi tambahan dapat diberikan seperti riwayat rasa nyeri, apa yang menyebabkan rasa nyeri berkurang atau bertambah, apa keinginan pasien untuk menghilangkan rasa nyeri, dan lain sebagainya (misalnya PQRST). Asesmen dicatat sedemikian rupa untuk memudahkan asesmen ulang rutin dan tindak lanjut sesuai kriteria yang ditetapkan rumah sakit dan kebutuhan pasien.

### Elemen Penilaian AP.1.5

1. Rumah sakit menetapkan regulasi pasien diskriminasi untuk rasa nyeri (lihat juga PAP.6, EP1).
2. Apabila diidentifikasi ada rasa nyeri pada asesmen awal, lakukan asesmen lebih mendalam, sesuai dengan umur pasien, dan pengukuran intensitas dan kualitas nyeri seperti karakter, kekerapan/frekuensi, lokasi dan lamanya (lihat juga PAP 6 EP 1).
3. Asesmen dicatat sedemikian sehingga memfasilitasi asesmen ulangan yang teratur dan tindak lanjut sesuai kriteria yang dikembangkan oleh rumah sakit dan kebutuhan pasien.

### Standar AP.1.6

Rumah sakit menetapkan regulasi tentang asesmen tambahan untuk populasi pasien tertentu.

### Maksud dan Tujuan AP.1.6

Asesmen tambahan untuk pasien tertentu atau untuk populasi pasien khusus mengharuskan proses asesmen perlu diubah. Tambahan ini disesuaikan dengan keunikan dan kebutuhan setiap populasi pasien tertentu. Setiap rumah sakit menentukan kelompok pasien khusus dan populasi pasien dan menyesuaikan proses asesmen untuk memenuhi kebutuhan khusus mereka.

Asesmen tambahan antara lain untuk:

- a. Neonatus
- b. Anak Remaja

- c. Obstetri/maternitas
- d. Geriatri
- e. Pasien dengan kebutuhan untuk P3(Perencanaan Pemulangan Pasien)
- f. Sakit terminal/menghadapi kematian
- g. Pasien dengan rasa sakit kronik atau nyeri (intense)
- h. Pasien dengan gangguan emosional atau pasien psikiatri
- i. Pasien kecanduan obat terlarang atau alkohol
- j. Korban kekerasan atau kesewenangan
- k. Pasien dengan penyakit menular atau infeksius
- l. Pasien yang menerima kemoterapi atau terapi radiasi
- m. Pasien dengan sistem imunologi terganggu

Tambahan asesmen terhadap pasien ini memperhatikan kebutuhan dan kondisi mereka dalam kerangka kultural pasien. Proses asesmen disesuaikan dengan peraturan perundangan dan standar profesional

#### Elemen Penilaian AP.1.6

1. Rumah sakit menetapkan regulasi tentang asesmen tambahan untuk populasi pasien tertentu
2. Terhadap populasi pasien tersebut dilaksanakan asesmen tambahan sesuai regulasi rumah sakit.

## Standar AP.2

Rumah sakit menetapkan regulasi untuk melakukan asesmen ulang bagi semua pasien dengan interval waktu berdasarkan kondisi, tindakan, untuk melihat respons pasien, dan kemudian dibuat rencana kelanjutan asuhan dan atau rencana pulang

### Standar AP.2.1

Rumah sakit menetapkan regulasi hasil asesmen ulang dicatat di rekam medis dan didokumentasikan dengan baik dan dapat dengan cepat dan mudah ditemukan kembali dalam rekam medis

#### **Maksud dan Tujuan AP.2 dan AP.2.1**

Asesmen ulang oleh semua profesional pemberi asuhan (PPA) merupakan faktor penting untuk evaluasi terhadap keputusan tentang asuhannya sudah benar dan efektif. Dilakukan asesmen ulang dengan interval waktu yang didasarkan atas kebutuhan dan rencana asuhan, dan digunakan sebagai dasar rencana pulang pasien sesuai dengan regulasi rumah sakit. Hasil asesmen ulang dicatat di rekam medik pasien/CPPT sebagai informasi untuk di gunakan oleh semua profesional pemberi asuhan (PPA) (lihat juga, ARK.3).

Asesmen ulang dilakukan dan dicatat di CPPT berbasis IAR dengan metode SOAP, gizi dapat dengan metode ADIME, dengan memperhatikan:

1. Interval sepanjang asuhan pasien (contoh, perawat mencatat secara tetap, tanda-tanda vital (TTV), asesmen nyeri, detak jantung dan suara paru, sesuai kondisi pasien).
2. Setiap hari oleh dokter penanggung jawab pemberi pelayanan (DPJP) terhadap pasien.
3. Sebagai respons terhadap perubahan penting kondisipasien.
4. Jika diagnosis pasien berubah dan dibutuhkan perubahan rencana asuhan.
5. Menentukan apakah pengobatan dan tindakan lain berhasil dan pasien dapat dipindah atau pulang

Temuan pada asesmen digunakan sepanjang proses pelayanan untuk mengevaluasi kemajuan pasien dan untuk memahami kebutuhan untuk asesmen ulang. Oleh karena itu sangat perlu bahwa asesmen medis, keperawatan dan asesmen profesional pemberi asuhan (PPA) lain yang berarti, dicatat dan didokumentasikan dengan baik dan dapat dengan cepat dan mudah ditemukan kembali dalam rekam medis atau dari lokasi lain yang ditentukan standar dan digunakan oleh staf yang melayani pasien.

### **3. Faktor - Faktor yang Berhubungan Pedokumentasian Keperawatan.**

Berdasarkan penelitian tentang gambaran faktor kinerja perawat dalam mendokumentasikan asuhan keperawatan menunjukkan bahwa pengetahuan, motivasi, peranan pemimpin, peranan rekan kerja

dan fasilitas dalam pelaksanaan asuhan keperawatan memiliki pengaruh terhadap pendokumentasian asuhan keperawatan (Ageng abdi putra 2016).

Kualitas dokumentasi keperawatan dipengaruhi oleh beberapa faktor sebagai berikut :

#### 1) Pengetahuan

Pengetahuan adalah hasil penginderaan manusia atau hasil tahu seseorang terhadap objek melalui penginderaan yang dimilikinya (mata, hidung, telinga dan sebagainya) (Notoatmojo, 2007). Ada beberapa faktor yang mempengaruhi pengetahuan seseorang yaitu pendidikan, informasi/media massa, sosial budaya, lingkungan pengalaman, dan usia. Kurangnya tingkat pengetahuan mengenai konsep dan dasar-dasar dokumentasi keperawatan karena latar belakang pendidikan dan pengalaman yang berbeda-beda, sehingga tidak ada keseragaman dalam pelaksanaan dokumentasi keperawatan.

#### 2) Persepsi

Seorang perawat dalam melakukan setiap tindakan, sangat dipengaruhi oleh bagaimana persepsi perawat itu sendiri. Ketika perawat mempersiapkan dokumentasi keperawatan bukan sebagai tanggung jawabnya, maka perawat akan melakukan dokumentasi keperawatan tidak sesuai dengan standar.

#### 3) Motivasi

Perawat yang mempunyai motivasi, tidak hanya sekedar melakukan dokumentasi keperawatan namun perawat dapat mengetahui serta memahami apa yang perawat cacat dalam dokumentasi keperawatan sehingga dapat membuat dokumentasi keperawatan yang berkualitas.

4) Beban kerja

Semakin tinggi beban kerja perawat, maka semakin rendah kualitas pendokumentasian asuhan keperawatan. Banyaknya lembar format yang harus diisi untuk mencatat data dan intervensi keperawatan pada pasien membuat perawat terbebani.

5) Pedoman pendokumentasian

Penulisan dokumentasi keperawatan yang tidak mengacu pada pedoman yang sudah ditetapkan dapat mengakibatkan dokumentasi tidak lengkap dan akurat.

6) Format dokumentasi keperawatan

Lembar format keperawatan yang tidak lengkap, panjang dan tidak fokus dapat menyebabkan dokumentasi keperawatan tidak lengkap.

7) Supervisi

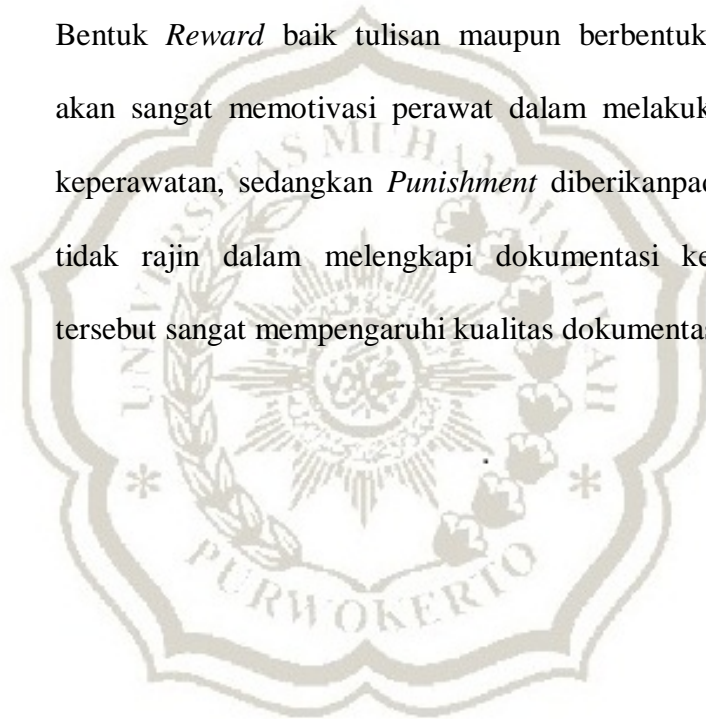
Supervisi berasal dari kata super (bahasa latin yang berarti diatas). Bila dilihat dari asal kata aslinya, supervisi berarti “melihat dari atas”. Pengertian supervisi secara umum adalah melakukan pengamatan secara langsung dan berkala oleh “atasan” terhadap pekerjaan yang dilakukan bawahan untuk kemudian bila ditemukan

masalah, segera diberikan bantuan yang bersifat langsung guna mengatasinya.

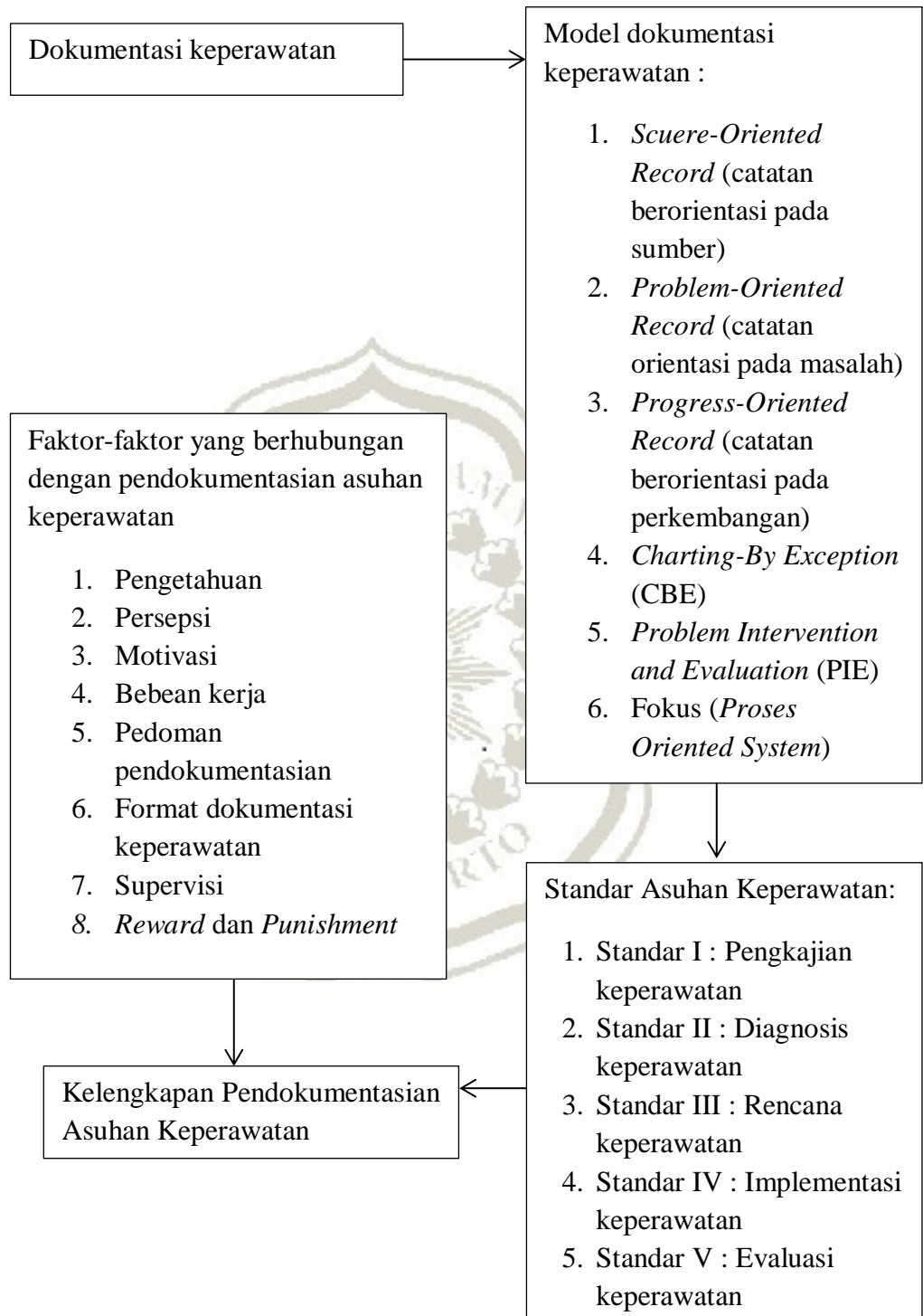
Bimbingan dan supervisi dapat meningkatkan motivasi dan rasa tanggung jawab perawat dalam mencatat tindakan yang telah dilakukan dan respon pasien.

8) *Reward* dan *Punishment*

Bentuk *Reward* baik tulisan maupun berbentuk jasa pelayanan akan sangat memotivasi perawat dalam melakukan dokumentasi keperawatan, sedangkan *Punishment* diberikan pada perawat yang tidak rajin dalam melengkapi dokumentasi keperawatan. Hal tersebut sangat mempengaruhi kualitas dokumentasi keperawatan.



## B. Kerangka Teori

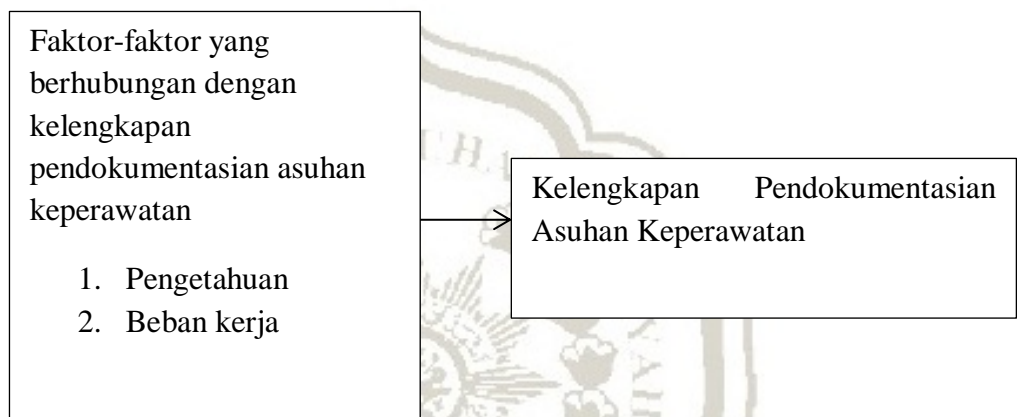


Sumber : Deswani (2012), Ali (2009), Putra (2016)

Gambar 2.1 kerangka Teori

### C. Kerangka Konsep

kerangka konsep/kerangka berfikir merupakan dasar pemikiran padapenelitian yang dirumuskan pada fakta-fakta, observasi dan tinjauan pustaka atau uraian dalam kerangka konsep menjeaskan hubungan dan keterkaitan antar variabel peneliti (Saryono, 2010)



Gambar 2.2 kerangka konsep

Keterangan :

□ : Variabel yang akan diteliti

→ : Arah penelitian

#### D. Hipotesis

Hipotesis dalam suatu penelitian berarti jawaban sementara penelitian, patokan duga, atau dalil sementara, yang kebenarannya akan dibuktikan dalam penelitian tersebut. Setelah melalui pembuktian, maka hipotesis dapat benar atau salah, bisa diterima atau ditolak (Notoatmodjo, 2010).

Berdasarkan teori-teori yang telah dikemukakan, maka hipotesis dalam penelitian ini adalah :

1. Ho : Tidak ada hubungan antara faktor pengetahuan dengan kelengkapan pendokumentasian asuhan keperawatan di RS Islam Purwokerto.

Ha : Ada hubungan antara faktor pengetahuan dengan kelengkapan pendokumentasian asuhan keperawatan di RS Islam Purwokerto.

2. Ho : Tidak ada hubungan antara faktor beban kerja dengan kelengkapan pendokumentasian asuhan keperawatan di RS Islam Purwokerto.

Ha : Ada hubungan antara faktor beban kerja dengan kelengkapan pendokumentasian asuhan keperawatan di RS Islam Purwokerto.