

BAB 2

TINJAUAN TEORI

Bab ini menjelaskan tentang landasan teori yang mendasari penelitian meliputi : 1) Konsep Dokumentasi Keperawatan, 2) Konsep Standar Praktik Keperawatan, 3) Kerangka Teori, 4) Kerangka Konseptual

2.1 Dokumentasi Keperawatan

2.1.1 Pengertian Dokumentasi Keperawatan

Dokumentasi merupakan bagian integral proses keperawatan, bukan sesuatu yang berbeda dari metode *problem solving*. Dokumentasi proses keperawatan mencakup pengkajian, identifikasi masalah, perencanaan, tindakan, dan evaluasi terhadap klien (Olfah, 2016).

Dokumentasi adalah segala yang tertulis atau tercetak oleh individu yang berwenang. Catatan harus menjelaskan keperawatan yang diberikan kepada klien, status dan kebutuhan klien yang komprehensif (Potter, 2010). Menyatakan dokumentasi adalah informasi yang tertulis tentang status perkembangan kondisi kesehatan pasien serta semua kegiatan asuhan keperawatan yang dilakukan oleh perawat. Dokumentasi merupakan suatu dokumen yang berisi data lengkap, nyata, dan tercatat bukan hanya tentang tingkat kesakitan pasien tetapi juga jenis dan kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan. (Fishbach F, 2016).

2.1.2 Tujuan Dokumentasi Keperawatan

Tujuan pendokumentasian yaitu sebagai alat komunikasi tim kesehatan untuk menjelaskan perawatan klien termasuk perawatan individual, edukasi klien dan penggunaan rujukan untuk rencana pemulangan. Dokumentasi sebagai tagihan finansial dengan menjelaskan sejauh mana lembaga perawatan mendapatkan ganti rugi atas pelayanan yang diberikan bagi klien. Tujuan dokumentasi lainnya adalah edukasi, dengan catatan ini peserta didik belajar tentang pola yang harus di temui dalam berbagai masalah kesehatan dan menjadi mampu untuk mengantisipasi tipe perawatan yang di butuhkan oleh klien. Tujuan pengkajian, catatan memberikan data yang di gunakan perawat untuk mengidentifikasi dan mendukung diagnosa keperawatan dan merencanakan intervensi yang sesuai. (Potter& Perry, 2015).

Dokumentasi sebagai data untuk penelitian, perawat dapat menggunakan catatan klien selama study riset untuk mengumpulkan informasi tentang faktor-faktor tertentu. Audit dan pemantauan, tinjauan teratur tentang informasi pada catatan klien memberi dasar untuk evaluasi tentang kualitas dan ketepatan perawat yang diberikan dalam suatu institusi, Dokumentasi legal merupakan pendokumentasian yang akurat sebagai satu pertahanan diri terbaik terhadap tuntutan yang berkaitan dengan asuhan keperawatan. Dokumentasi penting untuk meningkatkan efisiensi perawatan klien secara individual. (Harahaf, 2016).

2.1.3 Standar Dokumentasi Keperawatan

Standar dokumentasi adalah suatu pelayanan tentang kualitas dokumentasi yang dipertimbangkan secara adekuat dalam suatu situasi tertentu. Dengan adanya standar bahwa adanya suatu ukuran terhadap kualitas dokumentasi keperawatan. Perawat memerlukan suatu standar dokumentasi untuk memperkuat pola pencatatan dan sebagai petunjuk atau pedoman praktis pendokumentasian dalam memberikan tindakan keperawatan. (Fishbach F, 2016).

Dalam melaksanakan dokumentasi asuhan keperawatan harus mengikuti tujuh standar dokumentasi asuhan keperawatan yaitu harus sabar, harus berisi pekerjaan yang sebenarnya dari perawat pendidikan dan dukungan psikososial, ditulis harus mencerminkan klinis perawat, harus logis dan berurutan, harus ditulis coterminously (segera setelah peristiwa terjadi), catatan harus lengkap tentang keperawatan dan tentang hal diluar keperawatan, harus memenuhi persyaratan hukum (Johnson, M., Jefferies, D. & Langdon, 2016)

Mengatakan bahwa standar yang harus diikuti dalam dokumentasi asuhan keperawatan adalah harus memiliki dasar faktual (informasi tentang klien dan perawatannya harus berdasarkan fakta apa yang perawat lihat, dengar dan rasakan), keakuratan, kelengkapan (mengandung informasi tentang perawatan pasien yang lengkap) dan mencatat segera setelah melaksanakan tindakan ditulis dengan jelas sehingga semua anggota tim memahami informasi yang diberikan oleh seseorang kepada orang lain dengan

kepercayaan dan keyakinan bahwa Informasi tersebut terjaga kerahasiaannya. (Potter, P., & Perry, A., G., 2015)

Menurut buku Dokumentasi keperawatan Olfah (2016), Standar dokumentasi yang lengkap menunjukkan tiga komponen dimana setiap komponen disertai indikator. Komponen standar dokumentasi terdiri dari (1) Komunikasi, (2) Akuntabilitas dan Kewajiban, dan (3) Keamanan.

1) Standar 1 : Komunikasi

Perawat melakukan dokumentasi yang berisi informasi yang akurat, relevan dan komprehensif mengenai kondisi klien, kebutuhan klien, intervensi keperawatan dan hasil kesehatan klien.

Indikator Perawat :

- a. Memberikan tanda tangan lengkap atau inisial, dan gelar profesional dengan semua dokumentasi;
- b. Memberikan tanda tangan lengkap, dan inisial pada data base saat initialling dokumentasi;
- c. Memastikan bahwa dokumentasi tulisan tangan terbaca dan menggunakan tinta permanen;
- d. Menggunakan singkatan dan simbol yang masing-masing singkatan dan simbol tersebut memiliki interpretasi berbeda dan telah disepakati dan diterima dalam bidang pelayanan dan profesi kesehatan;

- e. Mendokumentasikan saran, perawatan atau layanan yang diberikan kepada individu dalam kelompok, kelompok khusus, komunitas atau populasi (misalnya: sesi pendidikan kelompok);
- f. Mendokumentasikan asuhan keperawatan yang diberikan teknologi informasi dan telekomunikasi (misalnya: memberikan terapi melalui telepon);
- g. Mendokumentasikan inform consent ketika perawat memberikan pengobatan atau intervensi tertentu dan advokasi kebijakan dokumentasi yang jelas dan prosedur yang konsisten dengan Standar Asuhan Keperawatan (SAK).

Seorang perawat dapat memenuhi standar dokumentasi keperawatan dengan cara:

- a. Memastikan dokumentasi yang merupakan catatan lengkap tentang asuhan keperawatan tersedia dan mencerminkan semua aspek proses keperawatan, termasuk penilaian, perencanaan, intervensi (independen dan kolaboratif) dan evaluasi;
- b. Mendokumentasikan informasi baik berupa data objektif maupun data subjektif;
- c. Memastikan bahwa rencana perawatan jelas, terkini, relevan dan individual untuk memenuhi kebutuhan dan keinginan klien;
- d. Meminimalkan duplikasi informasi dalam catatan kesehatan;

- e. Mendokumentasikan komunikasi yang signifikan dengan anggota keluarga/orang lain yang signifikan, pengganti pengambil keputusan dan penyedia perawatan lainnya;
- f. Memastikan bahwa data informasi perawatan klien telah disimpan dalam dokumen hard copy sementara (seperti KARDEX, laporan shift atau buku komunikasi) serta disimpan dalam catatan kesehatan permanen. Sebagai contoh, jika sistem elektronik tidak tersedia, perawat harus memastikan bahwa informasi yang disimpan dalam dokumen sementara dimasukkan dalam sistem elektronik bila telah tersedia lagi.

2) Standar II : Akuntabilitas dan Kewajiban

Perawat mendokumentasikan asuhan keperawatan sesuai dengan standar profesional dan etika, peraturan dan kebijakan yang relevan dari rumah sakit.

Indikator Perawat:

- a. Pendokumentasian perawatan dilakukan sesegara mungkin setelah tindakan perawatan dilakukan.
- b. Penulisan tanggal dan waktu pelaksanaan tindakan perawatan.
- c. Dokumentasi di buat berdasarkan urutan kronologis kejadian.
- d. Pendokumentasian tidak boleh meninggalkan baris kosong pada lembar dokumentasi perawat harus menutup bagian yang kosong itu dengan garis yang memenuhi lembar dokumentasi. Bilamana dokumentasi menggunakan sistem elektronik perawat harus menahan

diri sampai koreksi entri data yang keliru sambil memastikan bahwa informasi asli tetap terlihat sesuai dengan kebijakan aturan rumah sakit.

- e. Mengoreksi entri data yang keliru sambil memastikan bahwa informasi asli tetap terlihat.
- f. Dilarang menghapus, mengubah atau memodifikasi dokumentasi orang lain
- g. Dokumen apapun yang tak terduga, kejadian tak terduga atau abnormal untuk klien, harus di rekam berdasarkan fakta kejadian dengan berkaitan dengan proses perawatan.

3) Standar III : Keamanan

Perawat melindungi informasi kesehatan klien dengan menjaga kerahasiaan dan menyimpan informasi sesuai dengan prosedur yang konsisten sesuai dengan standar profesional dan etika berdasarkan peraturan perundang-undangan yang relevan.

Indikator Perawat :

Perawat melindungi informasi kesehatan klien dengan menjaga kerahasiaan dan menyimpan informasi sesuai dengan prosedur yang konsisten sesuai dengan standar profesional dan etika berdasarkan peraturan perundang-undangan yang relevan.

- a. Memastikan bahwa informasi perawatan klien yang relevan diambil dalam catatan kesehatan klien, seperti yang didefinisikan oleh kebijakan rumah sakit.

- b. Mempertahankan kerahasiaan informasi kesehatan klien, termasuk password atau informasi yang diperlukan untuk mengakses catatan kesehatan klien.
- c. Memahami dan mematuhi kebijakan, standar dan peraturan perundang-undangan yang berkaitan dengan kerahasiaan, privasi dan keamanan.
- d. Mengakses informasi hanya dapat dilakukan oleh perawat yang memiliki kebutuhan profesional untuk memberikan perawatan.
- e. Menjaga kerahasiaan klien lain dengan menggunakan inisial atau kode ketika mengacu pada klien lain dalam catatan kesehatan klien (misalnya, menggunakan inisial ketika mengutip teman sekamar klien)
- f. Memfasilitasi hak-hak klien untuk mengakses informasi kesehatan tentang dirinya.
- g. Memeriksa dan mendapatkan salinan catatan kesehatan, seperti yang didefinisikan oleh kebijakan rumah sakit.
- h. Memperoleh persetujuan dari klien atau pengganti pengambil keputusan untuk menggunakan dan mengungkapkan informasi kepada orang lain di luar lingkaran perawatan, sesuai dengan peraturan yang relevan.
- i. Menggunakan metode yang aman untuk mengirimkan informasi kesehatan klien (misalnya, menggunakan garis aman untuk fax atau e-mail).

- j. Mempertahankan catatan kesehatan sesuai dengan kebijakan dan peraturan organisasi dan melakukannya sebagai bagian dari tanggungjawab perawat.
- k. Memastikan penghancuran dokumen yang sudah tidak diperlukan dengan aman dan menjaga rahasia dokumen tetap terjaga.

2.1.4 Hambatan Dokumentasi Keperawatan

Tantangan dalam mengukur asuhan keperawatan adalah waktu dan tugas-tugas mendokumentasikan dalam seluruh catatan klinis serta dokumentasi pengasuhan informal tidak tersedia (Bettgeel et al., 2012). Dokumentasi keperawatan dianggap beban. Banyaknya lembar format yang harus diisi untuk mencatat data intervensi keperawatan pada pasien membuat perawat terbebani. Kurangnya perawat yang ada dalam suatu tatanan pelayanan kesehatan memungkinkan perawat bekerja hanya berorientasi dalam tindakan saja. Tidak cukup waktu untuk menuliskan setiap tindakan yang telah diberikan pada lembar format dokumentasi keperawatan. Tidak adanya pengadaan lembar format dokumentasi keperawatan oleh institusi. Tidak semua tindakan diberikan pada pasien dapat di dokumentasikan dengan baik. Karna lembar format yang ada tidak menyediakan tempat (kolom untuk menuliskannya).

2.1.5 Metode Dokumentasi

Metode dokumentasi asuhan keperawatan adalah metode narasi, metode masalah berorientasi medical record (POMR), metode SOAP/IER dan

metode fokus carting. Masing-masing metode dokumentasi akan dijelaskan sebagai berikut:

(1) Metode narasi

Dokumentasi narasi adalah metode tradisional untuk merekam asuhan keperawatan. Format dokumen informasi spesifik untuk kondisi klien. Data dicatat dalam catatan kemajuan tanpa kerangka pengorganisasian. Untuk mencari data yang dibutuhkan, perlu memilah-milah informasi.

(2) Masalah Berorientasi Medical Record (POMR)

Landasan dari metode ini adalah satu daftar masalah klien yang dihasilkan oleh anggota tim perawatan kesehatan. Proses keperawatan merupakan dasar untuk metode POMR dari mendokumentasikan masalah klien. Menyatakan keuntungan dari metode ini adalah dapat memberikan penekanan pada persepsi klien tentang masalah mereka, memerlukan evaluasi berkelanjutan dan revisi rencana perawatan, memberikan kesinambungan perawatan diantara anggota tim kesehatan, meningkatkan komunikasi yang efektif antara anggota tim kesehatan, meningkatkan efisiensi dalam menggumpulkan data, menyediakan informasi dalam urutan kronologis dan memperkuat proses keperawatan (Mastini et al., 2017).

(3) SOAP/IER

Metode berorientasi dokumentasi adalah cara terstruktur catatan pengembangan narasi ditulis oleh semua tim kesehatan anggota, dengan menggunakan SOAP (subjektif, objektif, analisa dan planing). IER (intervensi, evaluasi dan revisi). Tujuan rencana tindakan, saran intervensi

ketika intervensi diidentifikasi dan berubah untuk memenuhi kebutuhan klien. Evaluasi bagaimana hasil perawatan di evaluasi. Revisi ketika perubahan pada masalah asli berasal dari revisi intervensi, hasil garis perawatan atau waktu ini digunakan untuk menunjukkan perubahan (Meiner, 1999).

(4) Focus Charting

Dengan metode dokumentasi ini, perawat mengidentifikasi “focus” berdasarkan masalah klien atau perilaku ditentukan selama penilaian. Sebagai contoh, dokumentasi focus dapat mencerminkan sebuah perhatian klien atau perilaku, sebagai output urin menurun.

Sebuah perubahan kondisi atau perilaku klien, seperti disorientasi waktu, tempat dan orang. Peristiwa penting dalam perawatan klien, seperti kembali dari operasi. Dalam focus charting penilaian status klien intervensi yang dilakukan dan dampak dari intervensi pada hasil klien yang diselenggarakan dibawah judul data, tindakan dan respon.

Data subjektif yang mendukung focus disebutkan atau menggambarkan status klien pada saat peristiwa penting atau intervensi. Tindakan selesai atau direncanakan intervensi keperawatan berdasarkan penelitian perawat dan status klien. Respon mengenai intervensi pada hasil klien lebih jelas. Lembaran dan checklist sering digunakan untuk mendokumentasikan penilaian rutin, berkelanjutan dan pengamatan seperti perawatan pribadi, tanda-tanda vital, asupan dan keluaran. Informasi direkam pada lembaran

atau daftar tidak perlu diulang dalam catatan perkembangan asuhan keperawatan.

2.1.6 Tahap-Tahap Pendokumentasian Keperawatan

Dalam pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan, perawat harus mengikuti beberapa tahapan dokumentasi asuhan keperawatan. Asuhan keperawatan merupakan proses atau rangkaian kegiatan pada praktik keperawatan yang diberikan secara langsung kepada klien berdasarkan kaidah-kaidah keperawatan sebagai suatu profesi yang berdasarkan ilmu dan kiat keperawatan, bersifat humanistik, dan berdasarkan pada kebutuhan objektif klien untuk mengatasi masalah yang dihadapi klien.

Proses keperawatan adalah proses pemecahan masalah yang menekankan pada pengambilan keputusan tentang keterlibatan perawat yang dibutuhkan oleh pasien . Proses keperawatan digunakan secara terus menerus ketika merencanakan dan memberi asuhan keperawatan. Perawat menganggap pasien sebagai figur sentral dalam rencana asuhan dan memastikan ketepatan semua aspek asuhan keperawatan dengan mengobservasi respon pasien (Wilkinson & Aheren, 2011).

Pengkajian (pengumpulan data) adalah langkah awal dalam berpikir kritis dan pengambilan keputusan yang menghasilkan diagnosis keperawatan. Perawat menggunakan definisi dan batasan karakteristik diagnosis keperawatan untuk memvalidasi diagnosis. Pada saat mendiagnosis keperawatan dan faktor yang berhubungan atau faktor resiko ditentukan rencana asuhan dibuat. Perawat menyelesaikan hasil pada pasien

yang relevan meliputi persepsi pasien dan hasil yang diharapkan. Perawat kemudian bekerja sama dengan pasien untuk menentukan aktivitas yang membantu dalam mencapai hasil yang telah ditetapkan. Akhirnya setelah mengimplementasikan aktivitas keperawatan, perawat mengevaluasi rencana asuhan dan kemajuan pasien. Apakah diagnosa keperawatan masih sesuai? Apakah pasien mencapai tujuan yang diharapkan? Apakah interval pendokumentasian dan tanggal target masih sesuai dan realistis? Apakah intervensi tertentu tidak lagi dibutuhkan? Rencana individual kemudian direvisi sesuai dengan kebutuhan.

Dibawah ini akan diuraikan masing-masing tahapan dokumentasi asuhan keperawatan, yaitu :

A. Dokumentasi Pengkajian Keperawatan

Pengkajian adalah kegiatan untuk data atau informasi tentang pasien yang diperoleh dari hasil observasi, wawancara, konsultasi dan pemeriksaan agar dapat mengidentifikasi, mengenali masalah, mengenali kebutuhan kesehatan dan keperawatan pasien baik fisik, sosial dan spiritual.

Kriteria pengkajian keperawatan, meliputi pengumpulan data dilakukan dengan cara anamnesi, observasi, pemeriksaan fisik, serta dari pemeriksaan penunjang. Sumber data adalah klien, keluarga, atau orang yang terkait, tim kesehatan, rekam medis, dan catatan lain. Data yang dikumpulkan difokuskan untuk mengidentifikasi status kesehatan klien masa lalu, status kesehatan klien saat ini, riwayat keluarga, status biologis-psiko logis-sosial-

spiritual, interpretasi data dan pengelompokkan data serta dokumentasi data (Potter, P., & Perry, A., G., 2010).

Pengkajian meliputi keluhan utama/alasan masuk ke rumah sakit, riwayat kesehatan masa lalu. Khusus untuk anak usia dibawah 5 tahun, dilakukan pengkajian tentang pre natal care, natal dan post natal. Riwayat kesehatan keluarga, riwayat imunisasi, riwayat tumbuh kembang (pertumbuhan fisik, perkembangan tiap tahap).

Riwayat nutrisi (pemberian ASI, pemberian susu formula, pola perubahan nutrisi tiap tahap usia sampai nutrisi saat ini). Riwayat psikososial, riwayat spritual (support sistem). Reaksi hospitalisasi, pengalaman keluarga tentang sakit dan rawat inap, pemahaman anak tentang sakit dan rawat inap. Aktivitas sehari-hari, nutrisi, cairan, eliminasi buang air kecil (BAK) dan buang air besar (BAB), istirahat/tidur, mobilisasi fisik dan rekreasi. Dilanjutkan dengan pemeriksaan fisik, mengobservasi keadaan umum, mengukur tanda-tanda vital, antropometri, sistem pernapasan, sistem cardio, sistem pencernaan, sistem indra, sistem saraf, sistem muskulo skletal, sistem integumen, sistem endokrin, sistem perkemihan, sistem reproduksi dan sistem imun.

b. Dokumentasi Diagnosa Keperawatan

Tahap diagnosa ini adalah tahap pengambilan keputusan pada proses keperawatan, yang meliputi identifikasi apakah masalah klien dapat dihilangkan, dikurangi atau dirubah masalahnya melalui tindakan keperawatan.

Diagnosa keperawatan adalah suatu pernyataan yang menguraikan respons aktual atau potensial klien terhadap masalah kesehatan yang dapat diatasi oleh kompetensi perawat. Respon aktual dan potensial kliendidapatkan dari data dasar pengkajia, tinjauan literatur yang berkaitan, catatan medis masa lalu, dan konsultasi dari professional yang lain yang membutuhkan intervensi dari domain praktik keperawatan (Carpenito, 1991). Peremusan diagnosa keperawatan aktual adalah menjelaskan masalah nyata saat ini sesuai dengan data klinik yang ditemukan. Potensial/resiko menjelaskan masalah kesehatan nyata akan terjadi jika tidak di lakukan intervensi.

Perawat menganalisis data pengkajian untuk merumuskan diagnosis keperawatan meliputi analisis dan interpretasi data, pengumpulan data, identifikasi masalah klien, dan perumusan diagnosis keperawatan. Untuk mengidentifikasi kebutuhan klien, perawat harus menentukan masalah kesehatan klien. Masalah kesehatan aktual adalah masalah yang dirasakan atau dialami oleh klien seperti gangguan pola tidur berhubungan dengan lingkungan yang bising. Suatu masalah kesehatan berisiko mewaspadkan perawat pada pentingnya pencegahan (Gordon, 1994 dalam Potter & Perry, 2005). Faktor risiko untuk diagnosa keperawatan risiko menunjukkan kerentanan klien atau kelompok terhadap suatu penyakit atau kecelakaan.

Perumusan diagnosa keperawatan didasarkan pada identifikasi kebutuhan klien. Data pengkajian dapat menunjukkan masalah, perawat diarahkan pada pemilihan diagnosa keperawatan yang sesuai. Label diagnostik didukung oleh

batasan karakteristik yang menunjukkan data dasar pengkajian klien. Label adalah masalah yaitu respon aktual atau potensial klien terhadap kesehatan atau penyakit. Faktor yang berhubungan adalah kondisi etiologis atau penunjang lainnya yang mempengaruhi respon klien (Carpenito, 1995 dalam Potter & Perry, 2015).

Frase “yang berhubungan dengan” mengidentifikasi etiologi atau penyebab masalah. Ini bukan pernyataan penyebab dan efek, tetapi lebih menunjukkan bahwa etiologi dapat menunjang atau berkaitan dengan masalah. Etiologi atau penyebab diagnosa keperawatan harus terdapat dalam domain praktik keperawatan dan kondisi yang berespon terhadap intervensi keperawatan.

c. Dokumentasi Rencana Keperawatan

Setelah merumuskan diagnosa keperawatan, perawat menetapkan prioritas diagnosa keperawatan membuat peringkat dalam urutan kepentingan yang didasarkan pada Hirarki Maslow. Prioritas ditegaskan untuk mengidentifikasi urutan intervensi keperawatan (Carpenito, 1995 dalam Potter & Perry, 2015). Selanjutnya perawat merumuskan tujuan dan hasil yang diperkirakan dengan klien untuk setiap diagnosa keperawatan yang bertujuan untuk memberikan arahan terhadap intervensi keperawatan dan untuk menentukan keefektifan intervensi keperawatan.

Rencana keperawatan adalah semua tindakan yang akan dilakukan oleh perawat untuk membantu klien beralih dari status kesehatan saat ini ke status kesehatan yang lebih baik, diuraikan dalam hasil yang di harapkan.

Merupakan pedoman tertulis untuk perawatan klien. Rencana keperawatan terorganisasi sehingga setiap perawat dapat dengan cepat mengidentifikasi tindakan perawatan yang diberikan. Rencana asuhan keperawatan yang dirumuskan dengan tepat memfasilitasi kontinuitas asuhan perawatan dari satu perawat ke perawat lainnya. Sebagai hasil semua perawat mempunyai kesempatan untuk memberikan asuhan yang berkualitas tinggi dan konsisten. Rencana asuhan keperawatan tertulis mengatur pertukaran informasi oleh perawat dalam laporan pertukaran dinas. Rencana keperawatan tertulis juga mencakup kebutuhan klien jangka panjang (Potter & Perry, 2005).

d. Dokumentasi Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan inisiatif dari rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tahap pelaksanaan dimulai setelah rencana tindakan disusun dan ditujukan untuk membantu klien mencapai tujuan yang diharapkan. Rencana tindakan yang spesifik dilaksanakan untuk memodifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi masalah kesehatan klien.

Tindakan keperawatan dilaksanakan dalam beberapa tahap yaitu pertama tahap persiapan, tahap awal tindakan keperawatan ini menuntut perawat untuk mengevaluasi yang diidentifikasi pada tahap perencanaan. Tahap kedua adalah intervensi yaitu fokus tahap pelaksanaan tindakan perawatan dari perencanaan untuk memenuhi kebutuhan fisik dan emosional. Pendekatan tindakan keperawatan meliputi tindakan independen, dependen dan interdependen. Tahap ketiga adalah dokumentasi pelaksanaan

tindakan keperawatan harus diikuti oleh pencatatan yang lengkap dan akurat terhadap suatu kejadian dalam proses keperawatan.

e. Dokumentasi Evaluasi Keperawatan

Tahapan selanjutnya adalah evaluasi. Perencanaan evaluasi memuat kriteria keberhasilan proses dan keberhasilan tindakan keperawatan. Keberhasilan proses dapat dilihat dengan jalan membandingkan antara proses dengan pedoman/rencana proses tersebut. Sedangkan keberhasilan tindakan dapat dilihat dengan membandingkan antara tingkat kemandirian pasien dalam kehidupan sehari-hari dan tingkat kemajuan kesehatan pasien dengan tujuan yang telah di rumuskan sebelumnya.

Sasaran evaluasi adalah proses asuhan keperawatan berdasarkan kriteria rencana yang telah disusun, hasil tindakan keperawatan berdasarkan kriteria keberhasilan yang telah di rumuskan dalam rencana evaluasi dan hasil evaluasi.

Terdapat 3 kemungkinan hasil evaluasi yaitu pertama tujuan tercapai, apabila pasien telah menunjukkan perbaikan/kemajuan sesuai dengan kriteria yang telah di tetapkan. Kedua tujuan tercapai sebagian, apabila tujuan itu tidak tercapai secara maksimal, sehingga perlu di cari penyebab dan cara mengatasinya.

Ketiga tujuan tidak tercapai, apabila pasien tidak menunjukkan perubahan/kemajuan sama sekali bahkan timbul masalah baru, dalam hal ini perawat perlu untuk mengkaji secara lebih mendalam apakah terdapat data,

analisis, diagnosa, tindakan dan faktor-faktor lain yang tidak sesuai yang menjadi penyebab tidak tercapainya tujuan.

Evaluasi dalam dokumentasi asuhan keperawatan diantaranya adalah evaluasi formatif, yaitu evaluasi yang merupakan hasil observasi dan analisa perawat terhadap respon klien segera pada saat dan setelah intervensi keperawatan dilaksanakan, evaluasi ini dapat dilakukan secara spontan dan memberi kesan apa yang terjadi saat itu dan evaluasi sumatif adalah evaluasi yang merupakan rekapitulasi dan kesimpulan dari observasi dan analisa status kesehatan klien sesuai dengan kerangka waktu yang telah ditetapkan pada tujuan keperawatan.

2.1.7 Indikator penilaian Standar Asesmen Pasien(SNARS, 2018)

1. Standar Asesmen Pasien 1 :

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

Elemen penilaian asesmen pasien 1 :

- a) Rumah sakit menentukan isi, jumlah dan jenis asesmen awal pada disiplin medis dan keperawatan.
- b) Ada bukti pelaksanaan isi. Jumlah dan jenis asesmen awal disiplin medis.
- c) Ada bukti pelaksanaan isi, jumlah dan jenis asesmen awal disiplin keperawatan.

- d) Ada bukti keterlibatan keluarga dalam melengkapi asesmen awal.

Isi minimal asesmen awal antara lain :

- e) status fisik
- f) psiko-sosio-spiritual
- g) ekonomi
- h) riwayat kesehatan pasien
- i) riwayat alergi
- j) asesmen nyeri
- k) resiko jatuh
- l) asesmen fungsional
- m) resiko nutrisional
- n) kebutuhan edukasi
- o) perencanaan pemulangan pasien (*discharge planning*)
- p) riwayat penggunaan obat (PKPO)

2. Standar Asesmen Pasien 1.1

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

Elemen penilaian asesmen pasien 1.1

- a) ada bukti pelaksanaan asesmen awal pasien rawat inap meliputi riwayat kesehatan pasien dan pemeriksaan fisik.

- b) ada bukti pelaksanaan asesmen awal pasien rawat inap meliputi bio-psiko-sosio-kultural-spiritual.
- c) ada bukti pelaksanaan asesmen awal pasien rawat inap menghasilkan diagnosis awal dan masalah kesehatan pasien.
- d) ada bukti pelaksanaan asesmen awal pasien rawat inap harus selesai dalam waktu 24 jam atau lebih cepat sesuai dengan kondisi pasien.
- e) Ada bukti pelaksanaan asesmen awal pasien rawat inap menghasilkan rencana asuhan keperawatan(SNARS, 2018)

C. Standar Praktik Keperawatan

1. Pengertian Standar Praktik Keperawatan

Standar praktek keperawatan adalah ekspektasi minimal dalam memberikan asuhan keperawatan yang aman, efektif, dan etis. Standar praktek keperawatan merupakan komitmen profesi keperawatan dalam melindungi masyarakat terhadap praktek yang dilakukan oleh anggota profesi (Alim 2011). Banyak masalah yang terjadi dilayanan kesehatan disebabkan kurangnya pengetahuan oleh para tenaga kesehatan mengenai apa yang menjadi tugas dan wewenangnya dalam memberikan layanan kesehatan baik dirumah sakit, praktek kelompok maupun praktek mandiri (Abdul, 2011). Dengan adanya standar keperawatan dalam memberikan asuhan keperawatan ke pasien diharapkan perawat mempunyai patokan atau pedoman dalam memberikan layanan kesehatan, sehingga tidak terjadi tumpang tindih antara profesi yang satu dengan yang lain, dan tidak sampai terjadi mal praktek (Munjida, 2011).

Fokus utama standar praktek keperawatan adalah klien yang digunakan untuk mengetahui proses dan hasil pelayanan keperawatan yang diberikan dalam upaya mencapai pelayanan keperawatan. Melalui standar praktek dapat diketahui apakah intervensi dan tindakan keperawatan yang telah diberikan sesuai dengan yang direncanakan dan apakah klien dapat mencapai tujuan yang diharapkan.

Standar praktik keperawatan merupakan acuan untuk praktik keperawatan yang harus dicapai oleh seorang perawat dan dikembangkan untuk membantu perawat melakukan validasi mutu dan mengembangkan keperawatan (PPNI, 2005)

2. Jenis Standar Praktek Keperawatan

Menurut Nursalam 2008 (Septian Dwi Abdill, 2019)

a) Standar I : Pengkajian keperawatan

- (1) Mencatat data yang dikaji sesuai dengan pedoman pengkajian.
- (2) Data dikelompokkan (bio-psiko-sosial-spiritual).
- (3) Data dikaji sejak pasien datang sampai pulang.
- (4) Masalah dirumuskan berdasarkan kesenjangan antara status kesehatan dengan norma dan pola fungsi kehidupan.

b) Standar II : Diagnosa keperawatan

- (1) Diagnosa keperawatan berdasarkan masalah yang telah dirumuskan.
- (2) Diagnosa keperawatan mencerminkan PE/PES.
- (3) Merumuskan diagnosa keperawatan aktual/potensial.

c) Standar III : Perencanaan keperawatan

- (1) Berdasarkan diagnosa keperawatan.
- (2) Rumusan tujuan mengandung komponen pasien/subjek, perubahan perilaku, kondisi pasien dan kriteria waktu.
- (3) Rencana tindakan mengacu pada tujuan dengan kalimat perintah, terinci dan jelas.
- (4) Rencana tindakan menggambarkan keterlibatan pasien/keluarga.
 - d) Standar IV : Implementasi/Tindakan keperawatan
 - (1) Tindakan dilaksanakan mengacu pada rencana keperawatan.
 - (2) Perawat mengobservasi respon pasien terhadap tindakan keperawatan.
 - (3) Revisi tindakan berdasar evaluasi.
 - (4) Semua tindakan yang telah dilaksanakan dicatat dengan ringkas dan jelas.
 - e) Standar V : Evaluasi keperawatan
 - (1) Evaluasi mengacu pada tujuan
 - (2) Hasil evaluasi dicatat.
 - f) Standar VI : Dokumentasi asuhan keperawatan
 - (1) Menulis pada format yang baku.
 - (2) Pencatatan dilakukan sesuai tindakan yang dilaksanakan.
 - (3) Perencanaan ditulis dengan jelas, ringkas, istilah yang bakudan benar.
 - (4) Setiap melaksanakan tindakan, perawat mencantumkan paraf/nama jelas, tanggal dilaksanakan tindakan.
 - (5) Dokumentasi keperawatan tersimpan sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

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 :

a. 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 :

- 1) Pencatatan secara kronologis memudahkan penafsiran secara berurutan dari kejadian dari asuhan / tindakan yang dilakukan.
- 2) Memberi kebebasan kepada perawat untuk mencatat menurut gaya yang sukainya.
- 3) Format menyederhanakan proses dalam mencatat masalah, kejadian perubahan, intervensi, reaksi pasien dan outcomes.

Kelemahan pendokumentasian catatan naratif :

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

b. 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), berat 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.

c. Checklist

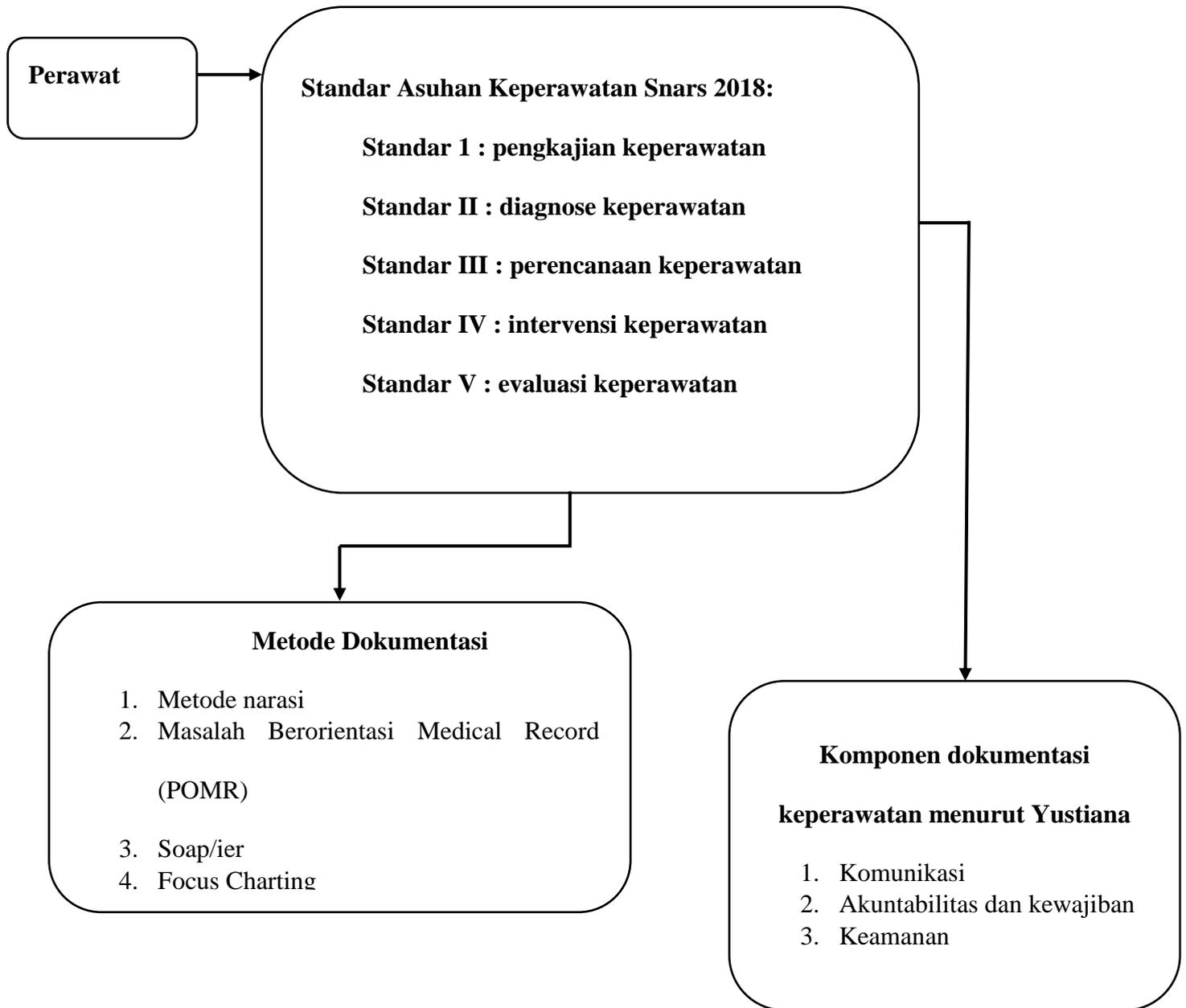
Checklist adalah suatu format yang sudah dibuat dengan pertimbangan-pertimbangan dari standar dokumentasi keperawatan sehingga memudahkan perawat untuk mengisi dokumentasi keperawatan, karena hanya tinggal mengisi item yang sesuai dengan keadaan pasien dengan mencentang. Jika harus mengisi angka itupun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

Keuntungan penggunaan format dokumentasi checklist (Yulistiani, Sodikin, Suprihatiningsih, dan Asiandi, 2003) :

- (1) Bagi Perawat
 - (a) Waktu pengkajian efisien.
 - (b) Lebih banyak waktu dengan klien dalam melakukan tindakan keperawatan sehingga perawatan yang paripurna dan komprehensif dapat direalisasikan.
 - (c) Dapat mengantisipasi masalah resiko ataupun potensial yang berhubungan dengan komplikasi yang mungkin timbul.

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

2.2 Kerangka Teori



2.3 Kerangka Konseptual

Kerangka konsep penelitian pada dasarnya adalah kerangka hubungan antara konsep – konsep yang ingin diamati atau diukur melalui penelitian – penelitian yang akan dilakukan (Notoatmodjo, 2012)

