ISBN 978-623-198-133-2

DOKUMENTASI KEPERAWATAN

Penulis:

Ady Purwoto, Dewi Rury Arindari, Ani Nuraeni, Ira Faridasari,Yolanda Anastasia Sihombing, Sumarmi, Shieva Nur Azizah Ahmad, Erida Fadila, Ardianto, Ixora, Rida' Millati, Yunike,

DOKUMENTASI KEPERAWATAN

Ady Purwoto
Dewi Rury Arindari
Ani Nuraeni
Ira Faridasari
Yolanda Anastasia Sihombing
Sumarmi
Shieva Nur Azizah Ahmad
Erida Fadila
Ardianto
Ixora
Rida' Millati
Yunike

PT GLOBAL EKSEKUTIF TEKNOLOGI

DOKUMENTASI KEPERAWATAN

Penulis:
Ady Purwoto
Dewi Rury Arindari
Ani Nuraeni
Ira Faridasari
Yolanda Anastasia Sihombing
Sumarmi
Shieva Nur Azizah Ahmad
Erida Fadila
Ardianto
Ixora
Rida' Millati
Yunike

ISBN: 978-623-198-133-2

Editor: Dr. Neila Sulung, S.Pd, Ns, M.Kes.
Ilda Melisa A.Md, Kep.
Penyunting: Yuliatri Novita, M. Hum.
Desain Sampul dan Tata Letak: Handri Maika Saputra, S.ST
Penerbit: PT GLOBAL EKSEKUTIF TEKNOLOGI
Anggota IKAPI No. 033/SBA/2022

Redaksi: Jl. Pasir Sebelah No. 30 RT 002 RW 001
Kelurahan Pasie Nan Tigo Kecamatan Koto Tangah
Padang Sumatera Barat

website: www.globaleksekutifteknologi.co.id
email: globaleksekutifteknologi@gmail.com

Cetakan Pertama, Maret 2023

Hak cipta dilindungi undang-undang
dilarang memperbanyak karya tulis ini dalam bentuk
dan dengan cara apapun tanpa izin tertulis dari penerbit.

Judul
Dokumentasi Keperawatan
Penulis
Ady Purwoto
Dewi Rury Arindari
Ani Nuraeni
Ira Faridasari
Yolanda Anastasia Sihombing
Sumarmi
Shieva Nur Azizah Ahmad
Erida Fadila
Ardianto
Ixora
Rida' Millati
Yunike

Penerbit:
PT. Global Eksekutif Teknologi

ISBN: 978-623-198-133-2

Edisi Indonesia
Dokumentasi Keperawatan

Editor : Neila Sulung, Ilda Melisa
Cetakan : Pertama, Maret 2023
Penerbit : Global Eksekutif Teknologi
Jln. Pasia Sabalah No.34 Kec. Koto Tangah Kota Padang
Telp. +6281372200104
Email : globaleksekutifteknologi@gmail.com
Website : www.globaleksekutifteknologi.co.id

Perpustakaan Nasional RI: Data Katalog Dalam Terbitan (KDT)

KREATOR	Purwoto, Ady; Arindari, Dewi Rury; Nuraeni, Ani; Faridasari, Ira; Sihombing, Yolanda Anastasia; Sumarmi; Ahmad, Shieva Nur Azizah; Fadila, Erida; Ardianto; Ixora; Millati, Rida'; Yunike(Penulis)
JUDUL DAN PENANGGUNG JAWAB	Dokumentasi Keperawatan; editor Neila Sulung, Ilda Melisa S
PUBLIKASI	Padang : PT. Global Eksekutif Teknologi, 2023
DESKRIPSI FISIK	225 halaman ; 23 cm
IDENTIFIKASI	ISBN 978-623-198-133-2
SUBJEK	Keperawatan

Hak Cipta dilindungi Undang-undang
Dilarang memperbanyak atau memindahkan sebagian atau seluruh isi buku ini
Kedalam bentuk apapun secara elektronik maupun mekanis,
tanpa izin tertulis dari penerbit.
All Right Reserved

KATA PENGANTAR

Segala puji syukur penulis panjatkan ke hadirat Allah Ta'ala karena atas limpahan rahmat-Nya sehingga kami dapat menyelesaikan "Buku Dokumentasi Keperawatan". Dokumentasi keperawatan adalah suatu catatan yang memuat seluruh data yang diperlukan untuk menegakkan diagnosis keperawatan, intervensi keperawatan, tindakan dan evaluasi keperawatan yang disusun secara lengkap, sistematis, dan akurat, serta dapat dipertanggungjawabkan secara hokum. Buku ini membahas tentang pemecahan masalah dalam proses keperawatan, proses keperawatan, konsep dokumentasi, pendokumentasian asuhan keperawatan, manfaat dokumentasi keperawatan, model pendokumentasian asuhan keperawatan, karakteristik dan prinsip dokumentasi keperawatan, teknik dokumentasi dan pelaporan dalam tataran klinik, sistem informasi kesehatan, cara pendokumentasian asuhan keperawatan, aspek legal dokumentasi keperawatan, praktik pendokumentasian keperawatan.

Kami menyadari, Buku ini masih banyak kekurangan dalam penyusunannya. Oleh karena itu, kami sangat mengaharapkan kritik dan saran demi perbaikan dan kesempurnaan buku ini selanjutnya. Kami mengucapkan terima kasih kepada berbagai pihak yang telah membantu dalam proses penyelesaian Buku ini. Semoga Buku ini dapat bermanfaat bagi pembacanya.

Padang, Maret 2023

Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR ..... **i**
DAFTAR ISI ..... **ii**
DAFTAR GAMBAR ..... **vi**
DAFTAR TABEL ..... **vii**
BAB 1 PEMECAHAN MASALAH DALAM PROSES KEPERAWATAN
1.1 Proses Keperawatan 1
1.1.1 Definisi Proses Keperawatan 1
1.1.2 Tujuan Proses Keperawatan 2
1.1.3 Komponen Proses Keperawatan 2
1.2 Kompetensi Perawat 4
1.2.1 Definisi Kompetensi Perawat 4
1.2.2 Penjabaran Area Kompetensi Perawat 5
1.2.3 Kompetensi inti 5
1.3 Pemecahan Masalah Asuhan Keperawatan 5
1.3.1 Pemecahan Masalah 5
1.3.2 Konsep Decision Making 7
1.3.3 Pendekatan Pemecahan Masalah Dalam Pengambilan Keputusan 8
DAFTAR PUSTAKA **11**
BAB 2 PROSES KEPERAWATAN **13**
2.1 Pendahuluan 13
2.2 Pengkajian Keperawatan 15
2.2.1 Definisi 15
2.2.2. Langkah Pengkajian Keperawatan 16
2.2.3 Pengumpulan Data 16
2.2.4 Validasi Data 23
2.2.5 Identifikasi Masalah 23
2.3 Diagnosa Keperawatan 24
2.4 Intervensi Keperawatan 26
2.5 Implementasi Keperawatan 28
2.6 Evaluasi Keperawatan 29
DAFTAR PUSTAKA **30**
BAB 3 KONSEP DOKUMENTASI
3.1 Pendahuluan 31
3.2 Pengertian Dokumentasi Keperawatan 32
3.3 Tujuan Dokumentasi 32
3.4 Syarat Dokumentasi Keperawatan 35
3.5 Panduan Dokumentasi 37

3.6 Komponen Dokumentasi Keperawatan 38
DAFTAR PUSTAKA 41
BAB 4 PENDOKUMENTASIAN ASUHAN KEPERAWATAN
4.1 Pendahuluan 43
4.2 Dokumentasi Asuhan Keperawatan Pengkajian 44
4.3 Diagnosa Keperawatan 56
4.4 Rencana Keperawatan 58
4.5 Implementasi Keperawatan 61
4.6 Dokumentasi Asuhan Keperawatan Evaluasi 62
4.7 Rangkuman 65
DAFTAR PUSTAKA 67
BAB 5 MANFAAT DOKUMENTASI KEPERAWATAN
5.1 Pendahuluan 69
5.2 Pengertian Dokumentasi 70
5.2.1 Pengertian umum Konsep Dokumentasi 70
5.2.2 Dokumentasi Keperawatan 70
5.3 Tujuan Pendokumentasian dalam Keperawatan 71
5.4 Manfaat Dokumentasi 72
5.5 Kegunaan Dokumentasi Keperawatan 75
5.6 Prinsip Dokumentasi Keperawatan 77
5.7 Tahapan dokumentasi asuhan keperawatan 78
DAFTAR PUSTAKA 80
BAB 6 MODEL PENDOKUMENTASIAN ASUHAN KEPERAWATAN
6.1 Pendahuluan 81
6.2 Model dokumentasi SOR (*source oriented record*) 81
6.3 Model dokumentasi POR (*problem-oriented-record*) 84
6.4 Model Pendokumentasian Catatan Berorientasi Pada Perkembangan (*Progres Notes/ Progres-Oriented Record*) 88
6.5 Model Pendokumentasian CBE (*Charting By Exception*) 91
6.6 Model Pendokumentasian PIE (*Problem-Intervention-Evaluation*) ... 93
6.7 Model OASIS (*Outcome and Assessment Information Set*) 97
DAFTAR PUSTAKA 101
BAB 7 KARAKTERISTIK DAN PRINSIP DOKUMENTASI KEPERAWATAN 103
7.1 Pendahuluan 103
7.2 Etika Menulis 104
7.3 Dokumentasi Keperawatan 105
7.4 Tahapan Dokumentasi Keperawatan 106
7.5 Metode Dokumentasi 112
DAFTAR PUSTAKA 115

BAB 8 TEKNIK DOKUMENTASI DAN PELAPORAN DALAM TATARAN KLINIK
8.1 Pengertian....117
8.1.1 Teknik Dokumentasi....117
8.1.2 Pelaporan Dokumentasi....119
8.2 Teknik Dokumentasi....120
8.2.1 Teknik Pencatatan Secara Naratif....121
8.2.2 Teknik pencacatan dokumentasi keperawatan dengan flow sheet dan check list....124
DAFTAR PUSTAKA....129
BAB 9 SISTEM INFORMASI KESEHATAN
9.1 Konsep Dasar Sistem Informasi Kesehatan....131
9.2 Pengertian Sistem Informasi....131
9.3 Komponen Sistem Informasi....133
9.4 Jenis Sistem Informasi Kesehatan....134
9.5 Sistem Informasi Kesehatan....135
9.6 Komponen Sistem Informasi Kesehatan....135
9.7 Masalah-Masalah Sistem Informasi Kesehatan....136
9.8 Peran Sistem Informasi Kesehatan dalam Manajemen Kesehatan....137
9.9 Manajemen Kesehatan....138
9.10 Peran Sistem Informasi Kesehatan....140
DAFTAR PUSTAKA....141
BAB 10 CARA PENDOKUMENTASIAN ASUHAN KEPERAWATAN
10.1 Pendahuluan....143
10.2 Konsep Pendokumentasian Asuhan Keperawatan....144
10.2.1. Pengertian....144
10.2.3 Manfaat....144
10.2.4 Model Pendokumentasian Asuhan Keperawatan....145
10.2.5 Standar Pendokumentasian Asuhan Keperawatan....146
10.2.6 Indikator Pendokumentasian asuhan keperawatan....148
10.2.7 Tahapan-Tahapan Dalam Dokumentasi Keperawatan....150
10.2.8 Prinsip pendokumentasian....163
DAFTAR PUSTAKA....169
BAB 11 ASPEK LEGAL DOKUMENTASI KEPERAWATAN
11.1 Pendahuluan....171
11.2 Aspek Legal....172
11.3 Aspek Legal dalam pelaporan Digital / Eletronik....176
11.4 Manfaat menggunakan NIS ini diantaranya sebagai berikut:....177
11.5 Kesimpulan....179
DAFTAR PUSTAKA....181

BAB 12 PRAKTIK PENDOKUMENTASIAN KEPERAWATAN
12.1 Pendahuluan 183
12.2 Dokumentasi Keperawatan 184
12.3 Tujuan Dokumentasi Keperawatan 186
12.4 Prinsip Dokumentasi Keperawatan 188
12.5 Sistem Dokumentasi Keperawatan 191
12.6 Rekomendasi Untuk Dokumentasi Keperawatan 194
12.7 Rangkuman 197
DAFTAR PUSTAKA 198
BIODATA PENULIS

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1. Tahapan Proses Keperawatan 14
Gambar 9.1. Skema dasar sistem informasi.....132

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1. Kegiatan dalam Tahapan Proses Keperawatan 15
Tabel 1.2. Panduan Pengkajian 17
Tabel 4.1. Perbedaan Diagnosa medis dan Diagnosa Keperawatan 56
Tabel 4.2 tabel Format Analisa Data 58
Tabel 4.3 Intervensi Keperawatan 61
Tabel 4.4 Format Dokumentasi Implemnentasi Asuhan Keperawatan 62
Tabel 4.5 Implementasi Keperawatan 65
Tabel 6.1. Contoh dokumentasi keperawatan dengan SOR 83
Tabel 6.2. Contoh model dokumentasi POR 87
Tabel. 6.5 Contoh Model Dokumentasi PIE 96
Tabel 8.1. Contoh format flow sheet dalam pencatatan dokumentasi keperawatan 126

BAB 1
PEMECAHAN MASALAH DALAM PROSES KEPERAWATAN

Oleh Ady Purwoto

1.1 Proses Keperawatan

1.1.1 Definisi Proses Keperawatan

Proses keperawatan Merupakan kegiatan yang bertujuan, yaitu suatu praktik keperawatan yang dilakukan secara sistematis. Selama keperawatan, perawat menggunakan basis pengetahuan yang komprehensif untuk menilai status kesehatan klien, membuat penilaian dan diagnosis yang terinformasi, menentukan hasil kesehatan klien, dan Merencanakan, menerapkan, dan mengevaluasi tindakan keperawatan yang tepat untuk mencapai hasil tersebut. (Dermawan, 2012).

Proses keperawatan merupakan salah satu metode pemecahan masalah yang paling efektif yang diberikan perawat kepada klien melalui pendekatan metodologi ilmiah. Perawatan dapat ditagih dengan cara ilmiah, logis, sistematis, dinamis dan terstruktur (Muhlisin, 2011).

Proses keperawatan adalah metode ilmiah perawatan pasien yang sistematis dan terorganisir yang berfokus pada respons individu terhadap masalah kesehatan yang dialami. (Manurung, 2011)

1.1.2 Tujuan Proses Keperawatan

Tujuan proses keperawatan menurut Manurung (2011), di antaranya:

a. "Mempraktikkan metode pemecahan masalah dalam praktik keperawatan.
b. Menggunakan standar untuk praktik keperawatan.
c. Memperoleh metoda yang baku dan sesuai, rational dan sistematis dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien.
d. Memperoleh metoda yang dapat digunakan dalam segala situasi.
e. Memperoleh hasil asuhan keperawatan dengan kualitas tinggi.

1.1.3 Komponen Proses Keperawatan

Proses keperawatan mempunyai 5 komponen menurut Ali (2009) sebagai berikut:

a. Pengkajian

   Pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan pasien menurut Lyer et al (1996, dalam Setiadi, 2012).

   Pengkajian adalah pendekatan sistematis untuk mengumpulkan data dan menganalisanya (Manurung, 2011). Pengkajian adalah pemikiran dasar dari proses keperawatan yang bertujuan untuk mengumpulkan informasi atau data tentang pasien, agar dapat mengidentifikasi, mengenali masalah-masalah, kebutuhan kesehatan dan keperawatan pasien, baik fisik, mental, sosial dan lingkungan menurut Effendy (1995, dalam Dermawan, 2012).

b. diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah suatu kesimpulan yang dihasilkan dari analisa data (Carpenito, 2009). Diagnosa 9 keperawatan adalah penilaian klinik tentang respon individu keluarga, atau komunitas terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang aktual atau potensia. Diagnosa keperawatan memberikan dasar untuk pemilhan intervensi keperawatan untuk mencapai hasil yang merupakan tanggung jawab perawat menurut North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) (1990, dalam Allen, 1998). Diagnosa keperawatan adalah langkah kedua dari proses keperawatan yang menggambarkan penilaian klinis tentang respon individu, keluarga, kelompok maupun masyarakat terhadap permasalahan kesehatan baik actual maupun potensial. Dimana perawat mempunyai lisensi dan kompetensi untuk mengtasinya (Sumijatun, 2010). Diagnosa keperawatan adalah pernyataan yang jelas, singkat dan pasti tentang masalah pasien yang nyata serta penyebabnya dapat dipecahkan atau diubah melalui tindakan keperawatan menurut Gordon (1982, dalam Dermawan, 2012)." Diagnosa keperawatan ialah Pernyataan yang singkat, tegas, dan jelas tentang respon klien terhadap masalah kesehatan/penyakit tertentu yang aktual dan potensial akibat ketidaktahuan, keengganan, atau ketidakmampuan pasien/klien untuk menanganinya sendiri, memerlukan intervensi keperawatan untuk mengatasinya. (Ali, 2009)

c. perencanaan keperawatan

Perencanaan keperawatan adalah "suatu proses di dalam pemecahan masalah yang merupakan keputusan awal tentang sesuatu apa yang akan dilakukan, bagaimana dilakukan, kapan dilakukan, siapa yang melakukan dari semua tindakan keperawatan (Dermawan, 2012). Perencanaan keperawatan adalah rencana tindakan

keperawatan tertulis yang menggambarkan masalah kesehatan pasien, hasil yang akan diharapkan, tindakan-tindakan keperawatan dan kemajuan pasien secara spesifik (Manurung, 2011). Perencanaan keperawatan adalah bagian dari fase pengorganisasian dalam proses keperawatan sebagai pedoman untuk mengarahkan tindakan keperawatan dalam usaha membantu, meringankan, memecahkan masalah atau untuk memenuhi kebutuhan pasien (Setiadi, 2012).

d. implementasi keperawatan

Implementasi keperawatan adalah pelaksanaan rencana keperawatan oleh perawat dan pasien (Riyadi, 2010). Implementasi keperawatan adalah pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan" (Setiadi, 2012).

e. Evaluasi keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah mengkaji respon pasien setelah dilakukan intervensi keperawatan dan mengkaji ulang asuhan keperawatan yang telah diberikan. Evaluasi keperawatan adalah kegiatan yang terus menerus dilakukan untuk menentukan apakah rencana keperawatan efektif dan bagaimana rencana keperawatan dilanjutkan, merevisi rencana atau menghentikan rencana keperawatan (Manurung, 2011)

1.2 Kompetensi Perawat

1.2.1 Definisi Kompetensi Perawat

Kompetensi adalah kemampuan yang dapat diamati dari seseorang untuk melakukan pekerjaan atau tugas dengan standar kinerja tertentu, seperti pengetahuan, keterampilan, atau sikap. (PPNI, 2013). Kompetensi perawat Ini mencerminkan kompetensi yang harus dimiliki seorang perawat untuk memberikan perawatan khusus. (PPNI, 2013).

1.2.2 Penjabaran Area Kompetensi Perawat

Kerangka kerja kompetensi perawat dikelompokkan dalam "ranah kompetensi menurut PPNI (2013) sebagai berikut:

a. Praktik professional, etis, legal dan peka budaya.
b. Pemberi asuhan dan manajemen asuhan keperawatan
c. Pengembangan kualitas personal dan profesional.

1.2.3 Kompetensi inti

Kompetensi inti dalam menentukan diagnosa keperawatan berdasarkan kategori perawat:

a. Perawat ahli madya
   Mengidentifikasi penyimpangan data yang berpotensi terjadinya masalah kesehatan.
b. Ners
   Mengorganisasi, mensintesis, menganalisa, menerjemahkan data hasil pengkajian dari berbagai sumber, untuk menegakkan diagnosis keperawatan dan menetapkan rencana asuhan keperawatan.
c. Ners spesialis
   Mengorganisasikan, mensintesis, menganalisis, menerjemahkan data dari berbagai sumber untuk menegakkan diagnosis keperawatan dan menetapkan rencana asuhan keperawatan

1.3 Pemecahan Masalah Asuhan Keperawatan

1.3.1 Pemecahan Masalah

Hubungan perawat klien" adalah Dasar-dasar praktik keperawatan yang berpusat pada pasien. Keterlibatan pasien dalam proses keperawatan sangat penting dalam menentukan kualitas dan efektivitas pelayanan keperawatan, karena

keterlibatan pasien merupakan inti dari proses keperawatan. Pembinaan hubungan ini berlandaskan pada hubungan kepercayaan, respek dan hubungan profesional dengan mengutamakan nilai-nilai etika dan disiplin profesi. Selama praktik, perawat menghadapi banyak situasi berbeda yang melibatkan klien dan kepuasan klien.

Menurut Diana Catarina, 2009 dalam (Rahayu, Candra Dewi dkk. (2020). "Proses pengambilan keputusan klinis merupakan komponen penting dalam proses keperawatan, sehingga dibutuhkan kemampuan perawatan karena Keterbatasan pengetahuan dan kemampuan yang dimiliki perawat dapat menghambat perawat dalam mengambil keputusan mengenai perawatan yang akan diberikan kepada klien yang akan berakibat fatal terhadap klien. Penilaian dan keputusan klinis sangat dibutuhkan untuk mendapatkan kualitas pelayanan yang optimal."

Pemberian asuhan harus didasarkan pada nilai-nilai dan etika klien, serta nilai-nilai profesional asuhan. Kombinasi nilai-nilai profesional, etika, dan pelanggan menghasilkan layanan yang lebih baik, identifikasi kebutuhan dan masalah perawatan yang lebih sistematis, dan pemahaman yang lebih baik tentang pelanggan saat membuat keputusan perawatan.

Keputusan klinis Suatu proses yang melibatkan diagnosis klinis, evaluasi, dan keputusan tentang apa yang harus dilakukan. Proses pengambilan keputusan dalam praktik keperawatan klinis didefinisikan sebagai serangkaian keputusan tentang jenis observasi yang harus dilakukan perawat dalam situasi yang dialami klien (pengkajian keperawatan), pengembangan diagnosis keperawatan, dan tindakan keperawatan yang akan diambil dalam interaksinya. dengan pasien. dipahami. Diambil dan dievaluasi sesuai Rencana Tindakan Keperawatan (Mehee, 2014). Istilah keputusan klinis adalah pemilihan diantara alternatif yang ada sebagai upaya pemecahan masalah. Proses keperawatan

hubungan perawat-klien seringkali rapuh karena perawat memiliki kekuatan lebih dari klien.

klien. Perawat memiliki pengaruh, akses, informasi, dan pengetahuan dan keterampilan khusus. Caregiver memiliki kemampuan untuk menjalin hubungan terapeutik dan menetapkan batasan sesuai dengan kebutuhan klien. Ketidaktepatan triase Hal ini dapat menyebabkan hasil klinis yang buruk, diagnosis dan pengobatan yang lambat, penggunaan sumber daya dan fasilitas yang tidak efisien, dan bahkan peningkatan mortalitas dan morbiditas. (Ogliastri & Zúñiga, 2016).

Keputusan keperawatan dibuat pada semua tahap proses keperawatan. Oleh karena itu, perawat harus mampu berpikir kritis dan berkomunikasi dengan baik. Ini adalah faktor penting dalam pengambilan keputusan klinis, yang mengarah pada pembelajaran pasien yang berkelanjutan dan dengan demikian meningkatkan kemandirian pasien. Pengambilan keputusan, seperti halnya proses keperawatan lainnya, merupakan pola yang spesifik, dan jelas bahwa perawat harus mampu membuat keputusan klinis dalam setiap proses keperawatan.

1.3.2 Konsep Decision Making

Decision making "adalah sebuah elemen penting dalam pemberian asuhan keperawatan yang berkualitas dan berperan dalam membantu perawat atau tenaga kesehatan lainnya dalam menerapkan perawatan yang tepat pada pasien" (Smyth A, 2013). Kemampuan seorang pengasuh untuk membuat keputusan, atau kemampuan untuk membuat keputusan, merupakan salah satu faktor kunci yang dapat mempengaruhi kualitas pemberian perawatan. (Smyth A, 2013).

Pengambilan keputusan adalah Keterampilan penting bagi petugas kesehatan, terutama dalam keperawatan. Pengambilan keputusan adalah pendekatan sistematis

terhadap sifat suatu masalah dengan mengumpulkan fakta dan data serta mengidentifikasi "alternatif yang cukup matang untuk mengambil tindakan yang tepat:

a. Dalam proses pengambilan keputusan tidak terjadi secara kebetulan.
b. Pengambilan keputusan tidak dilakukan secara sembrono tapi harus berdasarkan pada sistematika tertentu:
   - Tersedianya sumber-sumber untuk melaksanakan keputusan yang akan diambil.
   - Kualifikasi tenaga kerja yang tersedia
   - Falsafah yang dianut organisasi.
   - Situasi lingkungan internal dan eksternal yang akan mempengaruhi administrasi dan manajemen di dalam organisasi.
c. Masalah harus diketahui dengan jelas.
d. Pemecahan masalah harus didasarkan pada fakta-fakta yang terkumpul dengan sistematis.
e. Keputusan yang baik adalah keputusan yang telah dipilih dari berbagai alternative yang telah dianalisa secara matang.

1.3.3 Pendekatan Pemecahan Masalah Dalam Pengambilan Keputusan

Dalam proses pemecahan masalah untuk satu situasi dapat digunakan untuk membantu dalam pemecahan pada situasi yang lain. Beberapa pendekatan yang sering" digunakan dalam pemecahan masalah, adalah trial and error, intuisi, proses penelitian atau metode ilmiah:

a. Trial and error

   Trial and error inilah cara mengatasi masalah tersebut Saya mencoba beberapa pendekatan sampai saya menemukan solusi. jalan umum Itu membuat trial and

error tanpa pertimbangan alternatif yang sistematis, sehingga sulit untuk menilai keberhasilan mereka. Metode ini Penggunaan perawatan sangat berbahaya bagi kesehatan dan kesejahteraan dan dapat membahayakan keselamatan pengguna. Keamanan hidup klien jika pendekatan yang dipilih tidak cocok untuk situasi tersebut dan persyaratan pelanggan.

b. Intusi

"adalah metode pemecahan masalah dengan cara memahami atau mempelajari mengenai suatu hal tanpa memakai penalaran yang disadari. Intuisi juga dikenal dengan sebutkan indera keenam, firasat, insting perasaan. Sebagai pendekatan pemecahan masalah, intusi dipandang sebagai bentuk dugaan, sehingga cara pendekatan ini tidak dapat digunakan sebagai landasan dalam pengambilan keputusan yang tepat. Oleh karena itu, pengalaman sangat penting dalam mempertajam intuisi karena ketepatan dan kecepatan dalam penilaian untuk mengambil suatu keputusan sering dipengaruhi seberapa sering perawat menghadapi situasi yang serupa yang dialami oleh klien."

c. Proses Penelitian atau Metode Ilmiah

Pendekatan proses penelitian atau metode ilmiah pemecahan masalah adalah pendekatan yang sistematis, logis, dan formal untuk memecahkan masalah. Perawat profesional sering bekerja dengan banyak profesional lain dalam situasi dan kondisi yang tidak terkendali, membutuhkan pendekatan metode ilmiah yang dimodifikasi untuk memecahkan masalah klien. Metode pemecahan masalah ini sangat cocok digunakan oleh perawat dalam memberikan asuhan sehingga asuhan yang diberikan memberikan kepuasan kepada klien. (Budiono & Sumirah, 2016)

DAFTAR PUSTAKA

Ali, Z. (*2009)*. *Pengantar Keperawatan Keluarga.* Jakarta : EGC.

Budiono & Sumirah Budi Pertami. (2016). *Konsep Dasar Keperawatan*. Jakarta: Bumi Medika.

Carpenito, L.J. (*2009*). *Buku Saku Diagnosa Keperawatan*. EGC. Jakarta.

Dermawan, D. (2012). *Proses Keperawatan Penerapan Konsep & Kerangka Kerja (1st ed.).* Yogyakarta: Gosyen Publishing.

Effendy, Christantie. (1995). *Perawatan pasien DHF. Edisi I.* Jakarta. EGC.

Gordon, J. George, (*1982)*, *Public Administration in America,* New York: St Martin Press

Iyer P.W., *et.al*., (*1996*). *Nursing Proces and Nursing Diagnostis*, W.B.. Saunders Company: Philadelphia

Manurung, S. (*2011*). *Buku ajar keperawatan maternitas asuham keperawatan intranatal.* Jakarta : Trans Info Media

Muhlisin, A. 2012. *Keperawatan Keluarga*. Yogyakarta : Gosyen Publishing.

NANDA. (2015). *buku diagnosa keperawatan definisi dan klasifikasi*. Jakarta: Buku Kedokteran

PPNI. (*2013*). *Asuhan Keperawatan panduan lengkap menjadi perawat profesional. Jakarta: Prestasi Pustaka Jakarta*. Tim Pokja SDKI DPP *PPNI*

Rahayu, M Sahli. Patient Service Management in the Community Health Centers During the Covid-19 Pandemic. *Jurnal Keperawatan* Vol. 12 No. 4,

Riyadi, S. Suharsono, (*2010)*. *Asuhan Keperawatan Pada Anak Sakit,* Yogyakarta G. Osyen. Publishing,

Setiadi. (*2012*). *Konsep & penulisan dokumentasi asuhan keperawatan.* Yogyakarta : Graha Ilmu

Smith, A. (2013). Using a theory to understand triage decision making.
International Emergency Nursing, Vol. 21 No. 2
Sumijatun (*2010*). *Konsep Dasar Menuju Keperawatan Profesional.* Jakarta: EGC.

BAB 2
PROSES KEPERAWATAN

Oleh Dewi Rury Arindari

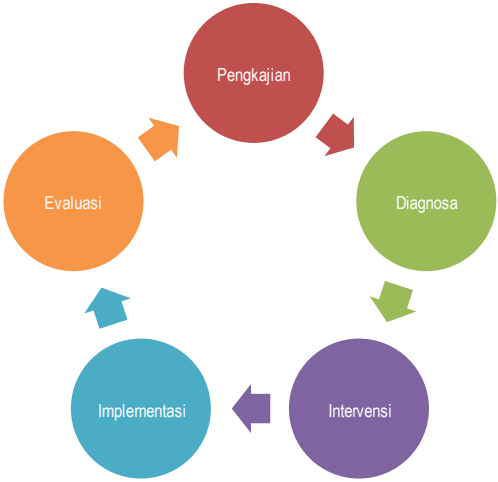
2.1 Pendahuluan

Proses keperawatan merupakan suatu siklus yang sistematis terdiri dari tahapan yang saling ketergantungan dan berhubungan, berfokus pada klien dan memiliki orientasi tujuan dalam memenuhi kebutuhan asuhan keperawatan oleh perawat dan klien secara bersama-sama (Hidayat, 2021). Pendapat ahli lainnya (Leddy dan Preper, 1998) menyatakan bahwa proses keperawatan ialah suatu pendekatan pemecahan masalah yang memerlukan berpikir kritis, logis dan kreatif sebagai salah satu dasar praktik keperawatan (Siregar, 2021) serta memampukan perawat dalam mengatur dan memberikan asuhan keperawatan dengan sifat dinamis, berulang, interdependen dan tidak kaku (Rahmi, 2019).

Penerapan proses keperawatan sebagai alat dalam memberikan asuhan keperawatan bermanfaat baik bagi perawat maupun klien. Peningkatan kemandirian, kepercayaan diri, kemampuan intelektual dan teknikal dalam melakukan tindakan keperawatan merupakan manfaat penting dari proses keperawatan bagi perawat, sedangkan bagi klien sendiri, proses keperawatan memberikan kepuasan terhadap pelayanan karena asuhan keperawatan yang diberikan sejalan dengan tahapan pemecahan masalah sesuai standar pelayanan keperawatan yang berkualitas dan efisien, adanya kebebasan dalam mengungkapkan keluhan yang dirasakan diharapkan dapat mempercepat proses penyembuhan (Hidayat, 2021).

Dillon (2007) dalam (Rahmi, 2019) menjelaskan bahwa proses keperawatan bertujuan untuk mengidentifkasi kebutuhan perawatan kesehatan klien, menentukan prioritas, memberikan intervensi keperawatan dan mengevaluasi keefektifan asuhan keperawatan yang sesuai dengan hasil dan tujuan yang diharapkan.

Proses keperawatan sebagai standar dasar dalam ruang lingkup dan praktik ilmu keperawatan diterbitkan pertama kali oleh American Nurse Association (ANA) pada tahun 1973 yang membagi menjadi 8 standar dan kemudian di revisi menjadi 6 standar yang meliputi pengkajian, diagnosis, identifikasi hasil, perencanaan, implementasi dan evaluasi. Meskipun ANA telah menetapkan 6 tahapan proses keperawatan, namun banyak praktisi keperawatan yang mengidentifikasi dan menggabungkan identifikasi hasil dan perencanaan menjadi 1 tahapan yaitu perencanaan. Sampai kini, proses keperawatan banyak menggunakan 5 tahapan meliputi: pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi dan evaluasi (Taylor et al 2014, dalam (Siregar, 2021). Tahapan kegiatan proses keperawatan digambarkan dengan bagan dibawah ini:



Gambar 2.1. Tahapan Proses Keperawatan

Adapun kegiatan yang dilakukan pada proses keperawatan akan disajikan dalam tabel dibawah ini:

Tabel 1.1. Kegiatan dalam Tahapan Proses Keperawatan

No	Tahapan	Kegiatan
1.	Pengkajian Keperawatan	✓ Pengumpulan data (Subjektif dan Objektif) ✓ Validasi data ✓ Identifikasi masalah
2.	Diagnosa Keperawatan	✓ Prioritas masalah ✓ Penegakkan diagnosa keperawatan
3.	Intervensi Keperawatan	✓ Prioritas diagnosa keperawatan ✓ Penentuan tujuan dan hasil yang diharapkan ✓ Penentuan rencana tindakan keperawatan
4.	Implementasi Keperawatan	✓ Tindakan keperawatan mandiri ✓ Tindakan keperawatan kolaborasi
5.	Evaluasi Keperawatan	✓ Evaluasi proses (formatif) ✓ Evaluasi hasil (sumatif)

2.2 Pengkajian Keperawatan

2.2.1 Definisi

Menurut (Hidayat, 2021) diketahui bahwa pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan dimana perawat mengumpulkan data akurat dari klien untuk mengetahui berbagai masalah yang dihadapi. Perawat diharapkan memiliki kompetensi baik pengetahuan maupun

kemampuan. Adapun kompetensi pengetahuan yaang harus dimiliki meliputi pengetahuan tentang kebutuhan atau sistem biopsikososiospiritual secara komprehensif, konsep tumbuh kembang, konsep sehat sakit, patofisiologi, sistem keluarga, sosial budaya serta nilai dan keyakinan yang dianut oleh klien. Sedangkan kemampuan dalam pengkajian yang harus dimiliki perawat meliputi: observasi secara sistematis, komunikasi teraupetik, bina hubungan saling percaya, pemeriksaan fisik, wawancara dan metode pengumpulan data lainnya.

Pengkajian merupakan kegiatan pengumpulan data yang terdiri dari dua tahao yaitu sumber primer dari verifikasi data dan sumber sekunder serta analisis data mengenai status kesehatan klien secara komprehensif, akurat, continue, sistematis dan singkat yang menjadi aspek yang signifikan dalam proses keperawatan sebagai data dasar tingkat kesehatan klien (Rukmi, 2022).

Definisi lainnya oleh Lewis, 2014 dalam (Siregar, 2021) menyimpulkan bahwa pengkajian merupakan awal dalam proses keperawatan berupa pengumpulan informasi subjektif dan objektif secara sistematis untuk menentukan status kesehatan klien dan mengidentifikasi masalah kesehatan aktual, resiko atau potensial sebagai dasar dalam merencanakan asuhan keperawatan.

2.2.2. Langkah Pengkajian Keperawatan

Ada tiga kegiatan yang dilakukan secara berurutan dalam proses pengkajian keperawatan, meliputi:

2.2.3 Pengumpulan Data

Kegiatan yang dilakukan berupa pengumpulan informasi klien secara komprehensif meliputi biologi, psikologi, sosial dan spiritual yang berhubungan dengan masalah dan faktor

yang mempengaruhi baik dari lingkungan internal maupun eksternal.
Berikut ini merupakan panduan dalam mengumpulkan informasi pengkajian klien :

Tabel 1.2. Panduan Pengkajian

No	Item Pengkajian	Keterangan
1.	Identitas klien	Umur, suku bangsa, status perkawinan, agama, pendidikan, pekerjaan, penghasilan
2.	Keluhan Utama	Ditanyakan keluhan atau gejala yang menyebabkan klien berobat atau keluhan dan gejala awal saat dilakukan pengkajian pertama kali
3.	Riwayat keperawatan/ kesehatan sekarang	Ditanyakan faktor yang menyebabkan atau mempengaruhi terjadinya keluhan meliputi sifat gejala, lokalisasi gejala, berat ringannya keluhan, perkembangan keluhan, lama keluhan, waktu mulai keluhan dan upaya yang telah dilakukan untuk mengatasi keluhan
4.	Riwayat keperawatan/ kesehatan masa lalu	Ditanyakan riwayat pemakaian obat meliputi jenis, dosis dan cara pemakaian obat, riwayat penyakit yang pernah dialami, riwayat masuk rumah sakit dan kecelakaan.
5.	Riwayat keperawatan/ kesehatan keluarga	Ditanyakan riwayat keluarga menderita sakit yang sama dengan klien. Riwayat penyakit dengan degeneratif.

6.	Riwayat kesehatan lingkungan	Ditanyakan lingkungan rumah dan status rumah sehat meliputi ventilasi, kamr tidur, tempat pembuangan kotoran atau sampah, genangan air, selokan
7.	Riwayat psikososial	Ditanyakan masalah psikologis yang ada hubungana dengan keadaan sosial masyarakat
8.	Riwayat tumbuh kembang (Untuk anak)	Ditanyakan status pertumbuhan anak, gangguan tumbuh yang mungkin pernah terjadi, catatan kesehatan anak meliputi berat badan, tinggi badan, lingkar kepala, lingkar dada, lingkar lengan atas. Ditanyakan status perkembangan anak meliputi bahasa, motorik kasar, motorik halus, personal sosisal melalui alat screening DDST II
9.	Riwayat imunisasi (Untuk anak)	Ditanyakan riwayat imunisasi dasar maupun ulangan (booster)
10.	Riwayat kebidanan (Untuk maternitas)	Ditanyakan riwayat haid, perkawinan dan kehamilan
11.	Riwayat persalinan (Untuk maternitas)	Ditanyakan riwayat persalinan, keguguran, aborsi
12.	Persepsi pemeliharaan kesehatan	Ditanyakan persepsi tentang penyakit dan sakit serta persepsi tentang sehat
13.	Aktivitas dan latihan	Ditanyakan kemampuan dalam melakukan aktivitas sehari-hari meliputi makan, mandi, berpakaian, toileting, mobilitas, berpindah, berjalan dan aktivitas lainnya

14.	Nutrisi dan metabolik	Ditanyakan diet khusus, nafsu makan, porsi makan, mual, muntah, kenaikan/penurunan berat badan dalam waktu 6 bulan terakhir, kesulitan menelan, gigi palsu.
15.	Eliminasi	Ditanyakan kebiasaan defekasi, konstipasi, diare, inkontinensia , disuria, hematuria, nocturia, penggunaan kateter
16.	Tidur dan istirahat	Ditanyakan kebiasaan tidur, jumlah jam tidur dalam sehari, kepuasaan/kualitas tidur, masalah selama tidur, insomnia
17.	Kognitif perseptual	Ditanyakan keadaan mental, orientasi, kejelasan bicara, kemampuan komunikasi, persepsi pendengaran, sensori dan penciuman
18.	Toleransi-kopping stress	Ditanyakan stressor, koping mekanisme dan tingkat toleransi stress
19.	Konsep diri	Ditanyakan persepsi tentang diri dan masalah yang ada meliputi kecemasan, ketakutan, ideal diri, konsep diri, gambaran diri, identitas diri
20.	Reproduktif	Ditanyakan periode menstruasi terkahir, masalah hormonal, pap smear, pemeriksaan payudara dan testis serta masalah seksual yang berhubungan dengan penyakit
21.	Hubungan dan peran	Ditanyakan pekerjaan, status perkerjaan, hubungan dengan

		orang lain, gangguan peran
22.	Nilai dan keyakinan	Ditanyakan pantangan dalam agama selama sakit dan kebutuhan akan rohaniawan
Pemeriksaan Fisik		
23.	Pemeriksaan Umum	
	1. Penampilan umum (sebutkan)	
	2. Status Mental (sebutkan)	
24.	Pemeriksaan kulit dan kuku	
	1. Pemeriksaan kulit Kebersihan kulit (bersih/ tidak) Pigmentasi kulit (merata/tidak) Warna kulit (sebutkan) Turgor kulit (elastis/kurang elastis) Kelembaban kulit (lembab/ kering) Sensitivitas (kuat/lemah) Lesi (ada/tidak ada)	
	2. Pemeriksaan kuku Kebersihan kuku (bersih/tidak) Kelainan pada kuku (sebutkan)	
25.	Pemeriksaan kepala dan leher	
	1. Pemeriksaan kepala Kepala simetris (ya/tidak) Bentuk kepala (sebutkan) Warna rambut (sebutkan) Jumlah dan distribusi rambut (normal atau tidak) Kebersihan kepala (kotor/bersih) Kerontokan rambut (ya/tidak)	
	2. Pemeriksaan muka	

	Wajah simetris (ya/tidak) Warna kulit (sebutkan)
	3. Pemeriksaan telinga Kebersihan (bersih/tidak) Peradangan (ya/tidak) Pendengaran (terganggu/tidak) Jika terganggu, jelaskan … (sebutkan) Keluhan lain (ya/tidak)
	4. Pemeriksaan mata Konjungtiva (anemis/tidak) Skelera (ikhterik/tidak) Penglihatan (kabur/tidak) Peradangan (ya/tidak) Katarak (ya/tidak) Penggunaan kacamata (ya/tidak)
	5. Pemeriksaan hidung dan sinus Bentuk (simetris/tidak) Peradangan (ya/tidak) Penciuman (terganggu/tidak) Keluhan (ya/tidak)
	6. Pemeriksaan mulut dan tenggorokan Kebersihan (baik/tidak) Mukosa (kering/lembab) Peradangan (ya/tidak) Gigi (karies, ompong/tidak) Radang gusi (ya/tidak) Kesulitan Mengunyah (ya/tidak) Kesulitan Menelan : ya/tidak
	7. Pemeriksaan leher Pembesaran kelenjar thyroid (ya/tidak) JVD (ya/tidak) Kaku kuduk (ya/tidak)

26.	Pemeriksaan Dada Bentuk dada (*normal chest/ barrel chest/ pigeon chest*) Retraksi (ya/tidak) Suara napas (vesikuler/ tidak) Wheezing (ya/tidak) Ronchi (ya/tidak) Suara jantung tambahan (ada/tidak) Keluhan (ya/tidak)
27.	Pemeriksaan abdomen Bentuk (distend/flat/lainnya) Nyeri tekan (ya/tidak) Kembung (ya/tidak) Bising usus (ada/tidak), frekuensi: .....kali/menit (sebutkan) Massa (ya/tidak), regio…. (sebutkan) Keluhan (ya/tidak)
28.	Pemeriksaan genitalia Kebersihan (baik/tidak) Haemoroid (ya/tidak) Hernia(ya/tidak) Keluhan (ya/tidak)
29.	Pemeriksaan ekstremitas Kekuatan otot (skala 1-5): 0 = lumpuh 1 = ada kontraksi 2 = melawan gravitasi dengan sokongan 3 = melawan gravitasi tapi tidak dengan tahanan 4 = melawan gravitasi tapi dengan tahanan sedikit 5 = melawan gravitasi dengan kekuatan penuh

	Rentang gerak (maksimal/ terbatas) Deformitas (ya/tidak) Tremor (ya/tidak) Edema(ya/tidak) pitting edema (ya/tidak) Penggunaan alat bantu (ya/tidak, jenis) Nyeri persendian (ya/tidak) Kelainan antomis (ya/tidak)

Adapun metode pengumpulan data yang dapat dilakukan meliputi wawancara untuk memperoleh respon klien, observasi dengan visual keadaan klien, konsultasi dengan ahli sesuai masalah yang dihadapi klien, pemeriksaan fisik melalui inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi serta pemeriksaan penunjang baik hasil rontgen maupun laboratorium.

2.2.4 Validasi Data

Langkah kedua setelah mengumpulkan data adalah melakukan justifikasi dengan membandingkan hasil pengkajian yang telah diperoleh dari klien dengan standar nilai normal. Hal ini dilakukan untuk mengetahui adanya data abnormal yang mungkin terjadi yang dapat mengakibatkan terjadinya gangguan kesehatan (Hidayat, 2021).

2.2.5 Identifikasi Masalah

Langkah akhir dari tahapan pengkajian dengan melakukan identifikasi aspek yang mengalami gangguan dimulai dari pengkajian pola fungsi kesehatan sampai munculnya masalah keperawatan (Hidayat, 2021).

2.3 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan keputusan klinis yang digunakan sebagai dasar pemilihan intervensi menjadi tanggung gugat perawat (NANDA dalam (Hidayat, 2021)). Diagnosa keperawatan menjadi bagian yang penting dalam menentukan asuhan keperawatan yang tepat dalam membantu klien mencapai derajat kesehatan yang optimal (PPNI, 2017).

Menurut pasal 30 Undang-Undang No. 38 Tahun 2014 tentang keperawatan dijelaskan bahwa dalam menjalankan tugas sebagai pemberi asuhan keperawatan, perawat berwenang dalam menetapkan diagnosa keperawatan. Oleh karena itu perlu bagi perawat memiliki kemampuan dalam menegakkan diagnosa yang baik sebagai dasar mengembangkan intervensi keperawatan (Republik Indonesia, 2014).

Budaya klien mempengaruhi jenis masalah kesehatan dan pemilihan indikator diagnostik (tanda, gejala dan resiko dalam menegakkan diagnosa (Potter, 2016). Hal ini menjadi dasar dari organisasi perawat yang ada di Indonesia untuk membuat standar yang menjadi rujukan dan masukan bagi perawat dalam memberikan asuhan keperawatan khususnya dalam menegakkan diagnosa keperawatan (PPNI, 2017).

Diagnosa keperawatan dibagi menjadi dua jenis yaitu diagnosa positif yang menunjukkan bahwa klien dalam keadaan sehat dan dapat meraih keadaan yang lebih sehat atau maksimal yang terdiri dari diagnosa promosi kesehatan (menggambarkan keinginan dan motivasi untuk meningkatkan kesehatan), sedangkan diagnosa negatif menunjukkan bahwa klien dalam keadaan sakit atau beresiko menhadu sakit sehingga intervensi diarahkan pada penyembuhan, pemulihan dan pencegahan. Diagnosa negatif terdiri dari diagnosa aktual (klien sedang mengalami gangguan kesehatan, tanda dan gejala dapat divalidasi) dan resiko (klien tidak sedang mengalami

gangguan kesehatan namun beresiko, tanda dan gejala tidak ditemukan tapi memiliki faktor resiko) (PPNI, 2017).

Diagnosa keperawatan terdiri dari dua komponen yaitu masalah (problem) yang merupakan label diagnosa mendeskripsikan inti dari respon klien terhadap keadaan kesehatan. Label ini kemudian memiliki penjelas deskriptor dan fokus diagnosa. Beberapa deskriptor diagnosa keperawatan antara lain: defisit (tidak cukup, tidak adekuat), disfungsi (tidak berfungsi secara normal), efektif (menimbulkan efek yang diinginkan), gangguan (mengalami hambatan atau kerusakan), lebih (berada diatas nilai normal atau yang diperlukan), penurunan (berkurang baik dalam ukuran, jumlah, maupun derajat), rendah (berada dibawah normal atau yang diperlukan) dan tidak efektif (tidak menimbulkan efek yang diinginkan) (PPNI, 2017).

Selanjutnya komponen kedua adalah indikator diagnosa yang memiliki 3 bagian yaitu: penyebab (faktor yang mempengaruhi perubahan status kesehatan); tanda (data objektif) dan gejala (data subjektif) yang dikelompokkan kembali menjadi mayor (ditemukan 80-100% valid) dan minor (tidak harus ditemukan); dan faktor risiko (keadaan yang dapat meningkatkan kerentanan terhadap masalah kesehatan) (PPNI, 2017).

Adapun komponen dari setiap jenis diagnosa keperawatan yang perlu diingat yaitu apabila akan menegakkan diagnosa aktual maka indikator diagnosa terdiri dari penyebab dan tanda /gejala; apabila akan menegakkan diagnosa resiko maka komponennya hanya faktor resiko tanpa disertai penyebab dan tanda/gejala. Sedangkan apabila akan mengeakkan diagnosa promosi kesehatan maka komponennya hanya memiliki tanda/gejala kesiapan klien mencapai keadaan yang optimal (PPNI, 2017).

Dalam menegakkan diagnosa keperawatan perlu melewati 3 proses yang meliputi analisa data (kegiatan

membandingkan data yang didapat dari hasil pengkajian dengan nilai normalnya dan selanjutnya mengelompokkkan tanda/gejala yang signifikan berdasarkan pola kebutuhan dasar); identifikasi masalah (kegiatan identifikasi masalah aktual, resiko atau promosi kesehatan); dan perumusan diagnosa (kegiatan penulisan diagnosa sesuai dengan jenisnya) (PPNI, 2017).

Standar diagnosa keperawatan Indonesia memiliki 6 kategori yaitu fisiologis (respirasi, sirkulasi, nutrisi dan cairan, eliminasi, aktivitas dan istirahat, neurosensori serta reproduksi dan seksualitas); psikologis (pertumbuhan dan perkembangan); perilaku (kebersihan diri, penyuluhan dan pembelajaran); relasional (interaksi sosial); lingkungan (keamanan dan proteksi) (PPNI, 2017).

2.4 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan merupakan segala bentuk terapi yang dikerjakan perawat berdasarkan pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran kesehatan yang optimal. Pasal 30 Undang-Undang No.38 tahun 2014 tentang keperawatan menguraikan bahwa wewenang perawat merencanakan dan melaksanakan tindakan keperawatan, rujukan, tindakan gawat darurat, konsultasi, kolaborasi, penyuluhan dan konseling, pemberian obat sesuai resep dokter, mengelola kasus, intervensi komplementer dan alternatif (PPNI, 2018).

Penggunaan intervensi keperawatan yang terstandar dapat meningkatkan akurasi, efektivitas dan efisiensi asuhan keperawatan. Selain itu, intervensi keperawatan yang terstandar juga dapat dijadikan sebagai panduan, meningkatkan otonomi, komunikasi intraprofessional dan meningkatkan mutu asuhan keperawatan serta memberi perlindungan kepada masyarakat (PPNI, 2018).

Sistem pengelompokan intervensi keperawatan di Indonesia dilakukan berdasarkan analisis kesetaraan dan penilaian klinis diadopsi dari sistem klasifikasi yang dikembangkan oleh International Council of Nurses tahun 1991 yang terdiri dari: FIsiologis, psikologis, perilaku, relasional dan lingkungan (PPNI, 2018).

Intervensi keperawatan memiliki tiga komponen yaitu: label (kata kunci untuk memperoleh informasi terkait berupa kata benda bukan kata kerja yang berfungsi sebagai penjelas dari intervensi keperawatan dengan 18 penjelas yaitu: dukungan (memfasilitasi, memudahkan dan melancarkan), edukasi (mengajarkan atau memberikan informasi), kolaborasi (melakukan kerjasama atau interaksi), konseling (memberikan bimbingan), konsultasi (memberikan informasi tambahan dan pertimbangan), latihan (mengajarkan keterampilan/ kemampuan), manajemen (mengidentifikasi dan menganalisa data), pemberian (menyiapkan atau memberi), pemeriksaan (mengobservasi dengan teliti), pencegahan (meminimalkan resiko atau komplikasi), pengontrolan (mengendalikan), perawatan (mengidentifikasi dan merawat), promosi (meningkatkan), rujukan (menyusun penatalaksanaan lebih lanjut), resusitasi (memberikan tindakan secara cepat untuk mempertahankan kehidupan), skrining (mendeteksi secara dini), terapi (memulihkan kesehatan dan atau menurunkan resiko) (PPNI, 2018).

Komponen kedua adalah definisi yang diawali dengan kata kerja berupa perilaku yang dilakukan perawat bukan pasien. Selanjutnya komponen ketiga adalan tindakan yang merupakan kumpulan perilaku atau aktivitas yang dikerjakan perawat untuk menjalankan intervensi keperawatan yaing terdiri dari observasi (mengumpulkan dan menganalisa status kesehatan pasien dan identik menggunakan kata periksa, identifikasi, monitor dan menghindari menggunakan kata kaji); teraupetik (efeknya memulihkan status kesehatan pasien dan

identik menggunakan kata berikan, lakukan); edukasi (meningkatkan kemampuan pasien untuk melakukan self care dan identik menggunakan kata ajarkan, anjurkan, latih); dan terakhir adalah tindakan kolaborasi (kerjasama perawat dengan lintas sektoral dan identik menggunakan kata kolaborasi, rujuk, konsultasikan) (PPNI, 2018).

Beberapa faktor yang menentukan intervensi keperawatan antara lain: karakteristik diagnosis keperawatan, luaran yang diharapkan, kemampuan dalam melaksanakan intervensi keperawatan, kemampuan perawat, penerimaan pasien, hasil penelitian (PPNI, 2018).

2.5 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan sejumlah kegiatan yang dilakukan oleh perawat guna membantu klien mengatasi masalah status kesehatan yang sedang dialami dengan menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Kegiatan implementasi ini berorientasi pada kebutuhan klien, faktor yang mempengaruhi, strategi menjalankan asuhan keperawatan serta komunikasi teraupetik (Rahmi, 2019).

Penerapan impelementasi keperawatan dibagi menjadi 3 jenis yaitu: independent implementation (perawat secara mandiri membantu pasien dalam mengatasi masalah sesuai kebutuhan), interdependen/collaborative implementation (kerjasama sesama tim keperawatan atau lintas sektoral) dan dependent implementation (rujukan dari profesi lain) (Rahmi, 2019).

Dalam melakukan implementasi keperawatan, perawat harus memiliki dan memperhatikan pedoma pelaksanaan meliputi berdasarkan respon klien, ilmu pengetahuan, hasil penelitian, standar pelayanan professional, kode etik keperawatan, hukum dan penggunaan sumber yang tersedia; sesuai tanggung jawab dan tanggung gugat profesi

keperawatan, memahami intervensi keperawatan, menciptakan adaptasi dengan klien, menekankan paa aspek pencegahan dan peningkatan status kesehatan, menjaga rasa aman, melindungi klien, memberikan pendidikan kesehatan serta bersifat holistik (Rahmi, 2019).

2.6 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan kegiatan membandingkan secara terstruktur, sistematis yang dilakukan secara berkesinambungan antara kenyataan tentang status kesehatan yang dihadapi klien dengan tujuan yang telah ditetapkan sebelumnya. Evaluasi keperawatan tahapan akhir dari pemberian asuhan keperawatan yang bertujuan untuk menilai hasil implementasi keperawatan dengan intervensi keperawatan (Rahmi, 2019).

Jenis evaluasi yang dapat dilakukan oleh perawat terdiri dari 2 bagian yaitu evaluasi yang dilakukan selama proses asuhan keperawatan diakhir yang dikenal dengan evaluasi proses (formatif) dan evaluasi yang dilakukan pada akhir dari target waktu yang telah ditetapkan dengan melihat apakah hasil implementasi sesuai dengan tujuan yang telah disusun dan dirancang. Evaluasi ini dikenal dengan evaluasi hasil (sumatif)(Hidayat, 2021).

Beberapa metode yang dilakukan pada saat melakukan evaluasi antara lain observasi langsung, wawancara, memeriksa laporan dan latihan stimulasi. Sedangkan langkah dalam melakukan evaluasi keperawatan yaitu menentukan kriteria dan standar, mengumpulkan, memahami dan membandingkan data baru klien dengan standar normal (Rahmi, 2019).

DAFTAR PUSTAKA

Hidayat, A.A. (2021) *Proses Keperawatan: Pendekatan NANDA, NIC, NOC dan SDKI*. Surabaya: Health Books Publishinh.

Potter, P. (2016) *Fundamentals of Nursing - E-Book.* India: Elsevier Health Sciences.

PPNI, D. (2017) *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (Definisi dan Indikator Diagnostik) Edisi I Cetakan III (Revisi)*. Dewan Pengurus Pusat PPNI.

PPNI, D. (2018) *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (Definisi dan Tindakan Keperawatan) Edisi I Cetakan II*. Indonesia: DPP PPNI RI.

Rahmi, U. (2019) *Dokumentasi Keperawatan*. Jakarta: Bumi Medika.

Republik Indonesia, U.-U. (2014) *Undang-Undang Keperawatan No 38*. Indonesia.

Rukmi, D.K. dkk (2022) *Metodologi Proses Asuhan Keperawatan*. Yayasan Kita Menulis.

Siregar, D. dkk (2021) *Pengantar Proses Keperawatan Konsep, Teori dan Aplikasi*. Yayasan Kita Menulis.

BAB 3
KONSEP DOKUMENTASI

Oleh Ani Nuraeni

3.1 Pendahuluan

Dokumentasi adalah suatu catatan otentik atau data asli yang dapat dijadikan sebagai bukti dalam persoalan hukum. Dokumentasi keperawatan adalah pencatatan dan pelaporan asuhan keperawatan yang meliputi data pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan keperawatan, tindakan dan evaluasi keperawatan yang berguna untuk kepentingan klien, perawat, dan tim kesehatan lain dalam memberikan pelayanan kesehatan atas dasar komunikasi tertulis yang akurat dan lengkap sebagai tanggung jawab perawat (Wahid & Suprapto, 2012).

Salah satu indikator kualitas pelayanan kesehatan adalah dokumentasi asuhan keperawatan yang merupakan komunikasi tertulis di antara tim perawat. Dokumentasi yang dilakukan secara akurat, lengkap dan sistematis memudahkan anggota tim perawat untuk saling berkomunikasi dan berkoordinasi sehingga terdapat kesinambungan pemberian asuhan keperawatan. Dokumentasi keperawatan tidak hanya berperan dalam peningkatan mutu kualitas pelayanan namun dapat dijadikan sarana pendidikan, penelitian, penilaian akreditasi pelayanan kesehatan dan sebagai bukti pertanggungjawaban dan pertanggung gugatan di depan hukum jika diperlukan. Oleh karena itu, seorang perawat perlu memperhatikan panduan, prinsip dan syarat pencatatan dan

pelaporan agar dokumentasi dapat memenuhi aspek etik dan legal sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.

3.2 Pengertian Dokumentasi Keperawatan

Dokumentasi keperawatan adalah segala sesuatu yang tertulis atau tercetak yang diandalkan sebagai catatan bukti bagi orang yang berwenang. Dokumentasi dan pelaporan dalam keperawatan diperlukan untuk kesinambungan asuhan, juga merupakan persyaratan hukum yang menunjukkan asuhan keperawatan dilakukan atau tidak dilakukan oleh seorang perawat.

Dokumentasi keperawatan adalah tindakan keperawatan yang menghasilkan laporan tertulis tentang data pasien, keputusan klinis keperawatan dan intervensi serta respons pasien dalam catatan keperawatan (Potter *et al.*, 2020). Dokumentasi keperawatan adalah suatu catatan yang memuat seluruh data yang diperlukan untuk menegakkan diagnosis keperawatan, intervensi keperawatan, tindakan dan evaluasi keperawatan yang disusun secara lengkap, sistematis, dan akurat, serta dapat dipertanggungjawabkan secara hukum (Ali, 2016).

3.3 Tujuan Dokumentasi

Beberapa tujuan dokumentasi keperawatan adalah sebagai berikut:

1. Sarana Komunikasi

   Menurut Prabowo (2017), dokumentasi keperawatan yang dilakukan secara tepat, akurat dan lengkap dapat membantu koordinasi asuhan keperawatan yang diberikan oleh tim kesehatan. Dokumentasi yang dikerjakan secara sistematis dan teratur memudahkan perawat untuk mengetahui tindakan keperawatan yang telah diberikan dan

rencana tindakan yang akan dilakukan sehingga setiap anggota tim perawat dapat berkoordinasi untuk saling melengkapi dan mengoreksi asuhan keperawatan.

Dokumentasi yang tercatat secara lengkap dan sistematis menjadi sarana komunikasi di antara anggota tim keperawatan sehingga mencegah pengulangan informasi terhadap pasien atau anggota tim kesehatan yang lain, mengurangi kesalahan tindakan keperawatan yang mungkin timbul dan menghindari tumpang tindih data dan ketidaklengkapan informasi dalam asuhan keperawatan. Dengan melaksanakan pendokumentasian yang efektif dan efisien dapat membantu perawat dan seluruh anggota tim keperawatan menggunakan waktunya lebih efektif.

2. Akuntabilitas (Mekanisme Pertanggung Gugatan)

Dokumentasi keperawatan dapat dijadikan sebagai pertanggung gugatan apabila ada ketidakpuasan pasien terhadap pelayanan yang diterima. Dokumen yang tercatat secara jelas, lengkap dan akurat dapat melindungi pasien dari tindakan malpraktik yang mungkin dilakukan oleh perawat dan melindungi perawat dari gugatan hukum karena dokumen tertulis tertulis tersebut menjadi dokumen legal dan memiliki dasar hukum sehingga dapat dijadikan bukti dalam persidangan (Prabowo, 2017).

3. Kegiatan Penelitian

Informasi yang tertulis dalam dokumentasi keperawatan dapat dijadikan sebagai bahan dan sumber data penelitian. Para peneliti dapat menggunakan catatan pasien dengan mengumpulkan data statistik tentang insiden dan prevalensi penyakit, penggunaan dan efektivitas intervensi keperawatan tertentu, hasil penyembuhan penyakit, dan kematian (Potter *et al.*, 2020). Sebagai contoh seorang peneliti perawat akan menerapkan metode

manajemen nyeri baru yang pada kelompok intervensi yang dibandingkan dengan metode manajemen nyeri standar rumah sakit pada kelompok kontrol. Maka peneliti membutuhkan data dari catatan kesehatan pasien tentang jenis dan dosis obat yang diberikan, data penilaian objektif dan laporan subjektif dari pasien mengenai pereda nyeri. Selanjutnya peneliti membandingkan temuan dari kedua kelompok untuk menentukan metode manajemen nyeri mana yang lebih efektif. Kegiatan penelitian ini sangat berguna untuk meningkatkan kualitas pelayanan asuhan keperawatan sehingga dapat meningkatkan perkembangan ilmu keperawatan.

4. Sarana Pendidikan

   Dokumentasi keperawatan merupakan salah satu sarana pendidikan bagi mahasiswa keperawatan. Melalui dokumentasi keperawatan, mahasiswa dapat memperluas pengetahuan dengan mempelajari catatan pasien berupa informasi diagnosis, tanda dan gejala, terapi yang diberikan, serta asuhan keperawatan (Potter *et al.*, 2020).

5. Sarana Pembayaran

   Catatan yang ditulis secara lengkap dan detail dalam dokumentasi rekam medis pasien dapat dijadikan sebagai bukti tagihan pembayaran oleh rumah sakit. Bukti pembayaran ini dapat dipergunakan oleh pasien saat melakukan klaim asuransi kesehatan kepada perusahaan tempat pasien bekerja (Prabowo, 2017).

6. Jaminan Kualitas Pelayanan

   Dokumentasi keperawatan dapat memberikan gambaran kinerja dan kualitas pelayanan keperawatan yang diberikan. Dokumentasi yang tercatat dengan tepat dan akurat maka seluruh tim keperawatan dapat memantau

seluruh proses keperawatan yang diberikan kepada pasien sehingga kualitas pelayanan dapat tetap terjaga (Prabowo, 2017).

7. Bahan Akreditasi Institusi Kesehatan

   Proses akreditasi dibutuhkan institusi kesehatan untuk mendapatkan penilaian kualitas pelayanan kesehatan kepada para klien. Semakin baik hasil penilaian akreditasi menunjukkan semakin berkualitas pelayanan kesehatan yang diberikan kepada pasien. Salah satu unsur penilaian akreditasi adalah dokumentasi keperawatan. Oleh karena itu perawat perlu mendokumentasikan seluruh tindakan asuhan keperawatan secara tepat dan akurat untuk mendapatkan hasil akreditasi terbaik.

8. Mengidentifikasi Status Kesehatan Pasien

   Dokumentasi keperawatan dapat membantu dalam proses penyembuhan pasien karena dokumentasi yang tercatat dengan rapi, akurat, dan sistematis membantu tim perawat dalam menentukan kebutuhan pasien, merencanakan, melaksanakan dan mengevaluasi tindakan keperawatan.

3.4 Syarat Dokumentasi Keperawatan

Syarat yang harus dipenuhi dalam melakukan pendokumentasian catatan keperawatan dengan benar dan dapat dipertanggungjawabkan antara lain:

1. Mengandung nilai administrasi

   Dokumentasi keperawatan dapat dimanfaatkan dalam berbagai kepentingan baik sistem pengarsipan maupun keperluan proses keperawatan yang bertujuan untuk penyembuhan pasien (Prabowo, 2017).

2. Mengandung nilai hukum

   Dokumentasi berisi masalah jaminan adanya kepastian hukum serta penyediaan bukti otentik untuk menegakkan keadilan bagi pasien, anggota tim kesehatan dan rumah sakit.
3. Mengandung nilai keuangan

   Dokumentasi berisi berbagai kegiatan pelayanan kesehatan yang dapat di kalkulasi dan di prediksi secara pasti biaya yang dibebankan kepada pasien (Wahid & Suprapto, 2012).
4. Mengandung nilai penelitian

   Dokumentasi mengandung data yang dapat digunakan sebagai bahan/objek penelitian untuk mengembangkan kualitas pelayanan kesehatan dan ilmu pengetahuan keperawatan.
5. Mengandung nilai edukasi

   Dokumentasi berisi data tentang kronologis perjalanan penyakit dan catatan tindakan pelayanan kesehatan yang diberikan kepada pasien yang dapat dijadikan sebagai bahan untuk pembelajaran mahasiswa saat melakukan praktik klinik keperawatan.
6. Dokumentasi keperawatan mencakup kondisi sekarang dan waktu lampau, sehingga pendokumentasian harus jelas waktunya, serta *timeline* kegiatan proses pelaksanaan kegiatan ditulis lengkap.
7. Mengikuti tata bahasa yang telah ditetapkan.
8. Susunan kalimat mengandung subjek dan predikat.
9. Penggunaan kutipan bukan merupakan kesimpulan perawat namun hasil percakapan langsung dengan klien.
10. Gunakan kalimat aktif seperti melakukan perawatan luka, mengajarkan batuk efektif, dan lain-lain.
11. Menggunakan ejaan yang benar, sehingga perawat perlu mempelajari kamus dan menguraikan hasil observasi yang dicatat.

12. Catatan ringkas atau singkat sesuai dengan kondisi klien, perlu menggunakan istilah/simbol yang bersifat umum dan dipahami oleh tim kesehatan lain.
13. Dokumentasikan secara spesifik, hindari pencatatan yang bersifat general misal klien tidak kooperatif, klien menolak minum obat.
14. Hindari dokumentasi yang bersifat baku karena setiap proses mempunyai masalah yang berbeda sesuai dengan keunikannya.
15. Format yang digunakan disesuaikan dengan kebijakan institusi pelayanan kesehatan yang bersangkutan.

3.5 Panduan Dokumentasi

Beberapa panduan resmi dalam dokumentasi tertulis dan elektronik menurut Potter *et al.*, (2020) adalah sebagai berikut:

1. Masukan pengamatan objektif dan faktual dari perilaku pasien atau tindakan perawatan profesional kesehatan lain. Kutip semua pernyataan pasien dan jangan memasukkan pendapat pribadi atau kesimpulan perawat.
2. Hindari terburu-buru dalam menyelesaikan dokumentasi, pastikan informasi secara akurat dan lengkap, serta perbaiki kesalahan dokumentasi dengan segera.
3. Rekam dan dokumentasikan semua fakta/informasi serta pastikan setiap entry data adalah faktual dan teliti.
4. Lakukan dokumentasi sendiri, hindari meminta perawat lain untuk mendokumentasikan tindakan yang telah dilakukan. Perawat bertanggung jawab atas setiap entry data dan dokumentasi tertulis yang dimasukkan ke dalam rekam medis pasien.
5. Gunakan deskripsi penilaian dan perawatan yang lengkap dan ringkas yang disediakan sehingga dokumentasi bersifat objektif dan faktual.

6. Mulailah setiap entry data dengan tanggal dan waktu dan akhiri dengan tanda tangan. Jangan menunggu hingga akhir shift untuk mencatat perubahan penting yang terjadi beberapa jam sebelumnya.
7. Apabila dokumentasi dilakukan secara komputerisasi maka lindungi kata sandi, hindari meninggalkan layar komputer tanpa pengawasan, dan pastikan layar komputer tidak dapat diakses oleh publik.
8. Apabila terdapat kesalahan pada dokumentasi tertulis maka coret bagian yang salah, tuliskan kesalahan kata yang sudah dibenahi di atasnya, lalu tanda tangani dan beri inisial nama serta beri tanggal.
9. Isi bagian secara berurutan, baris demi baris, jika terdapat ruang tersisa maka beri garis secara horizontal di bagian kosong yang tersisa dan beri tanda tangan. Hal ini untuk mencegah orang lain menambahkan informasi yang salah di bagian yang kosong.
10. Dokumentasikan data menggunakan pena tinta hitam dan pastikan dapat terbaca, jangan menggunakan pena yang mudah dihapus atau pensil.

3.6 Komponen Dokumentasi Keperawatan

Komponen dokumentasi keperawatan menurut Fisbach (1991, dalam Ali, 2016) terdiri dari:

1. Sarana Komunikasi

   Pengumpulan data dan penciptaan hubungan yang harmonis antara perawat dan klien, perlu keterampilan berkomunikasi yang baik. Tanpa adanya komunikasi yang baik, informasi yang akurat tidak dapat digali dari klien/keluarga sehingga dokumentasi keperawatan tidak dapat dilaksanakan dengan optimal. Selanjutnya, komunikasi yang baik akan membentuk hubungan yang harmonis antara perawat dan klien/keluarga yang

merupakan sumbangan yang sangat besar untuk kesembuhan klien/pemecahan masalah klien.

Dokumentasi merupakan sarana komunikasi tertulis, oleh karena itu hendaknya perawat mencatat data atau informasi dari pasien secara jelas dan mudah dimengerti, dapatkan informasi secara akurat dan komprehensif, dokumentasi yang ditulis mudah diinterpretasikan, otentik serta mudah dipahami oleh perawat lain (Wahid & Suprapto, 2012)

2. Dokumentasi Proses Keperawatan

Proses keperawatan merupakan metode pemecahan masalah klien yang sistematis dan dilaksanakan sesuai dengan kaidah keperawatan. Oleh karena itu, proses keperawatan merupakan inti praktik keperawatan sekaligus sebagai isi pokok dokumentasi keperawatan, dengan demikian, pengelompokan dokumentasi keperawatan mengikuti tahapan proses keperawatan yang meliputi:

a. Dokumentasi pengkajian keperawatan
b. Dokumentasi diagnosis keperawatan
c. Dokumentasi intervensi keperawatan
d. Dokumentasi implementasi keperawatan
e. Dokumentasi evaluasi keperawatan

3. Standar Keperawatan

Standar keperawatan adalah pernyataan yang menggambarkan kualitas, karakteristik, sifat, dan kompetensi yang diinginkan dari beberapa aspek dalam praktik keperawatan. Perawat memerlukan standar dokumentasi sebagai petunjuk dan arah dalam pemeliharaan pencatatan/dokumentasi kegiatan serta petunjuk dalam membuat pola/format pencatatan yang tepat. Dokumentasi yang baik harus mengikuti standar keperawatan sebagai berikut:

a. Memiliki batasan tentang keperawatan dan proses keperawatan.
b. Dapat diaplikasikan pada semua praktik keperawatan.
c. Memberi petunjuk pada kegiatan keperawatan.
d. Dapat dimengerti oleh perawat dan dapat dikaji oleh orang yang membutuhkan.
e. Dapat dilaksanakan oleh tenaga perawat.
f. Dapat meningkatkan praktik keperawatan.

DAFTAR PUSTAKA

Ali, Z. (2016). *Dasar Dasar Dokumentasi Keperawatan*. Jakarta: EGC.

Potter, P. A. *et al.* (2020). *Dasar-Dasar Keperawatan*. Singapore: Elsevier.

Prabowo, T. (2017). *Dokumentasi Keperawatan*. Yogyakarta: Pustaka Baru Press.

Wahid, A. & Suprapto, I. (2012). *Dokumentasi Proses Keperawatan*. Yogyakarta: Nuha Medika.

BAB 4
PENDOKUMENTASIAN ASUHAN KEPERAWATAN

Oleh Ira Faridasari

4.1 Pendahuluan

Tugas utama dari petugas keperawatan atau perawat adalah melaksanakan seluruh proses asuhan keperawatan secara profesional dan bertanggung jawab. Profesionalitas para perawat ini dinilai dari bagaimana mereka melaksanakan tugasnya dengan baik, sesuai dengan kode etik profesi yang sudah disepakati bersama. Selain melaksanakan tugas keperawatan dengan profesional, salah satu tujuan proses asuhan keperawatan adalah tercapainya kesembuhan pasien yang dirawat dengan paripurna.

Asuhan keperawatan merupakan hal paling utama bagi profesi perawat. Kemampuan pemberian pelayanan yang baik serta kemudian dapat secara efektif dapat mengkomunikasikan tentang perawatan pasien tergantung pada seberapa baik kualitas informasi yang diberikan serta dokumentasi yang disediakan untuk dimanfaatkan oleh semua profesi kesehatan dan juga pelayanan kesehatan.

Dokumentasi keperawatan adalah salah satu hal penting dalam sebuah proses asuhan keperawatan. Ini adalah sebuah system atau cara untuk mencatat seluruh proses alur keperawatan. System ini pada akhirnya berfungsi sebagai arsip, sekaligus sebagai bahan utama untuk melakukan diagnosis terhadap pasien yang sedang dirawat. Arsip keperawatan ini juga dapat digunakan sebagai bahan riset jika ada siswa

keperwatan, atau siswa dari disiplin ilmu yang berbeda, ingin melakukan penelitian.

4.2 Dokumentasi Asuhan Keperawatan Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dari rangkaian proses asuhan keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis dalam mengumpulkan data dari berbagai sumber data, untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status Kesehatan klien. Pengkajian yang akurat, lengkap dan sesuai dengan kenyataan, serta kebenaran data sangat penting dalam merumuskan suatu diagnosa keperawatan dan memberikan pelayanan keperawatan yang sesuai dengan respon individu sebagaimana yang telah ditentukan dalam standar praktik keperawatan dan *American Nurses Association* (ANA).

Dokumentasi pengkajian keperawatan merupakan catatan tentang hasil pengkajian yang dilaksanakan untuk mengumpulkan informasi dari pasien, membuat data dasar tentang pasien, dan membuat catatan tentang respon kesehatan pasien. Pengkajian yang komprehensif dan juga sistematis dan masuk akal akan mengarah dan mendukung pada indentifikasi masalah-masalah pasien. Masalah-masalah ini dengan menggunakan data pengkajian sebagai dasar yang dinyatakan sebagai diagnosa keperawatan.

Langkah penilaian dalam melakukan proses keperawatan fokus pada menampilkan profil klien yang memungkinkan perawat dalam mengidentifikasi masalah klien dan melakukan diagnosa keperawatan yang sesuai, membuat perencanaan, melakukan intervensi, serta mengevaluasi hasil. Profil ini memberikan gambaran tentang status Kesehatan keseluruhan klien, memberikan gambaran tentang tingkat fisik, psikologis, sosiokultural, spiritual, kognitif, dan perkembangan klien; status ekonomi, kemampuan fungsional. Dan gaya hidup. Kumpulan data yang dikumpulkan melalui proses wawancara

anamnesis (sebuah metode untuk memperoleh informasi Subjective dengan berbicara dengan klien dan atau orang terdekat klien dan mendengarkan tanggapan mereka), pemeriksaan fisik (sarana "berarti" memperoleh informasi tujuan), dan data yang dikumpulkan dari hasil studi laboratorium/ diagnostic. Untuk lebih spesifik, data subyektif adalah apa yang dirasakan dan dilaporkan oleh klien atau orang lain, dan data objektif adalah apa yang diamati dan dikumpulkan oleh perawat dari sumber lain. Penilaian melibatkan tiga kegiatan dasar yaitu :

1. Mengumpulkan data secara sistematis
2. Mengorganisir atau mengelompokkan data yang dikumpulkan
3. Mencatat data dalam format yang dapat diambil Kembali.

Tujuan metode dokumentasi keperawatan dalam tahap pengkajian adalah sebagai berikut :

1. Memperoleh data, mengelompokkan, dan mencatat data yang dapat menggambarkan respon manusia yang mempengaruhi pola-pola Kesehatan pasien.
2. Hasil pencatatan pengkajian akan digunakan dalam penulisan rencana asuhan keperawatan
3. Sebagai informasi dasar tentang Kesehatan pasien untuk dijadikan referensi status kesehatannya saat ini atau yang lalu
4. Mengumpulkan data yang cukup dalam menentukan tindakan perawatan yang sesuai dengan kebutuhan pasien.

A. Jenis Dokumentasi Pengkajian

Dalam melaksanakan dokumentasi pada tahap pengkajian perlu diketahui bahwa jenis dokumentasi keperwatan meliputi berikut ini

1. Dokumentasi pada saat pengkajian awal (*Initial Assesment*). Catatan yang dikumpulkan saat pasien

pertama kali masuk rumah sakit. Data yang dikaji pada pasien berupa data awal yang digunakan sebagai dasar dalam pemberian asuhan keperwatan

2. Dokumentasi pengkajian lanjutan (*Ongoing Assesment*). Data pada dokumentasi ini merupakan pengembangan dasar yang dilakukan untuk melengkapi pengkajian awal dengan tujuan semua data menjadi lengkap sehingga mendukung informasi tentang permasalahan Kesehatan pasien. Hasil pengkajian ini dimasukkan ke dalam catatan perkembangan terintegrasi pasien pada lembar data penunjang.
3. Dokumentasi pengkajian ulang (*reasessment*). Dokumentasi ini merupakan pencatatan terhadap hasil pengkajian yang didapat dari informasi selama evaluasi. Perawat melakukan evaluasi catatan kemajuan data pasien yang sudah ditentukan.

Dalam pengkajian keperawatan terdapat jenis data yang dapat diperoleh yaitu sebagai berikut :

1. Data Subjektif
   Data subjektif diperoleh dari hasil pengkajian terhadap pasien dengan teknik wawancara, keluarga, konsultan dan tenaga kesehatan lainnya, serta riwayat keperawatan. Data ini berupa keluhan atau persepsi subjektif pasien terhadap status kesehatannya.
2. Data objektif
   Informasi data objektif diperoleh dari hasil laboratorium. Fokus dari pengkajian data objektif berupa status Kesehatan, pola koping, fungsi status respon pasien terhadap terapi, risiko untuk masalah potensial, serta dukungan terhadap klien. Karakteristik data yang diperoleh dari hasil pengkajian seharusnya memiliki karakteristik yang lengkap, akurat, nyata dan

relevan. Data yang lengkap mampu mengidentifikasi semua masalah keperawatan pada klien.

B. Metode Memperoleh Data

Untuk memperoleh data pada tahap pengkajian metode yang dapat digunakan perawat adalah berikut ini.

1. Komunikasi efektif

   Komunikasi dalam pengkajian keperawatan lebih dikenal dengan komunikasi terapeutik, yang merupakan upaya dalam mengajak klien dan keluarga untuk bertukar pikiran dan perasaan. Untuk dapat memperoleh data yang akurat perawat perlu menjadi pendengar aktif dalam mendengarkan keluhan klien, salah satu unsur didalam komunikasi untuk menjadi pendengar yang aktif adalah dengan mengurangi hambatan dalam berkomunikasi, memperhatikan keluhan yang disampaikan oleh klien dan menghubungkannya dengan keluhan yang dialami oleh klien, mendengarkan dengan penuh perhatian apa yang dikeluhkan klien, memberikan kesempatan klien untuk menyelesaikan pembicaraannya, bersikap empati dan hindari untuk menginterupsi, serta berikan perhatian penuh pada saat berbicara pada klien. Data yang lengkap memerlukan upaya pengkajian yang fokus dan lebih komprehensif. Beberapa persyaratan yang harus dipenuhi agar data yang diperoleh menjadi data yang baik adalah menjaga kerahasiaan klien, memperkenalkan diri, menjelaskan tujuan wawancara, mempertahankan kontak mata, serta mengusahakan agar saat pengkajian tidak tergesa-gesa.
2. Observasi

   Observasi merupakan tahap kedua dari pengumpulan data. Pada pengumpulan data ini perawat mengamati perilaku dan melakukan observaasi perkembangan

kondisi kesehatan klien. Kegiatan observasi ini meliputi sight, smell, hearing, feeling dan taste. Kegiatan tersebut mencakup aspek fisik, mental, sosial dan spiritual.

3. Pemeriksaan Fisik
   Pemeriksaan fisik dilakukan bersamaan dengan wawancara, yang menjadi fokus perawat pada pemeriksaan ini adalah untuk menentukan status kesehatan klien, mengidentiifikasi masalah kesehatan, dan mengambil data dasar untuk menentukan rencana tindakan perawatan.

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 pernapasan.
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 atau jenis pemeriksaan fisik dengan cara meraba atau merasakan kulit klien , untuk mengetahui struktur yang ada dibawah kulit.

C. Mengidentifikasi Format Atau Lembar Yang Digunakan Untuk Pengkajian Keperawatan

Sebelum berlatih mendokumentasikan tahapan pengkajian, ada beberapa format yang disediakan antara lain format catatan masuk, format data dasar, flow sheet, dan format data fungsional.

Contoh Format Pengkajian Keperawatan Gerontologi

FORMAT PENGKAJIAN ASUHAN KEPERAWATAN GERONTOLOGI

Ruang : .....
No. MR/CM : .....
Tgl Pengkajian : .....
Pukul : .....

I. DATA DASAR

A. Identitas Klien

Nama :
Umur :
Umur :
Jenis Kelamin :
Status Perkawinan :
Agama :
Suku :
Pendidikan terakhir :
Pekerjaan :
Alamat :
Keluarga yang dapat dihubungi :
Tanggal masuk :
Diagnosa Medis :
Tanggal pengkajian :

B. Identitas Penanggung Jawab

Nama	:
Umur	:
Hubungan dengan klien	:
Pendidikan	:
Pekerjaan	:
Alamat	:

C. Keluhan Utama (PQRST)

.....

.....

.....

D. Riwayat Kesehatan Sekarang

.....

.....

.....

E. Riwayat kesehatan dahulu

.....

.....

.....

F. Riwayat psikososial dan spiritual

.....

.....

.....

G. Data sosial

.....

.....

.....

H. Aktivitas kehidupan sehari-hari

Kegiatan	Di Rumah	Di RS
1. Nutrisi		
Makan		
a. Nafsu makan		

b. Frekuensi makan
c. Jenis makanan
d. Makanan yang tidak disukai
e. Kebiasaan sebelum makan

Minum
a. Frekuensi minum
b. Jenis minuman

2. Tinggi dan berat badan
   a. Tinggi badan
   b. Berat badan
3. Personal Hygiene
   a. Mandi
   b. Gosok gigi
   c. Mencuci rambut
   d. Menggunting kuku
4. Istirahat dan tidur
   a. Kebiasaan sebelum tidur
   b. Waktu tidur
   c. Lamanya tidur
5. Eliminasi

   BAK
   a. Warna
   b. Keluhan

   BAB
   a. Warna
   b. Keluhan
   c. Konsistensi
6. Aktivitas
   a. Rekreasi
   b. Olahraga
   c. Keluhan dalam beraktivitas
7. Kebiasaan
   a. Merokok

b. Minuman keras
c. Ketergantungan obat

I. Pemeriksaan Fisik
1. Keadaan umum
- Kesadaran : .....
- Tekanan darah: ..... mmHg
- Nadi : ..... x/menit
- Pernapasan : ..... x/menit
- Suhu : .....°C
- TB/BB : ..... cm/Kg

2. Kesadaran umum
.....
3. Kepala
- kondisi rambu : .....
- kebersihan rambut : .....
- kulit kepala : .....
- benjolan : .....
4. Mata
- Konjungtiva : .....
- Sclera : .....
- Kornea : .....
- Lensa : .....
- Pupil : .....
- Retina : .....
- Lapang pandang : .....
- Daya akomodasi : .....

5. Hidung
   - Bentuk : .....
   - Kebersihan : .....
   - Secret : .....
   - Test Penciuman : .....
   - Fungsi pendengaran : .....
6. Telinga
   - Bentuk : .....
   - Kebersihan : .....
   - Test Urine : .....
   - Test weber : .....
7. Mulut, gigi dan tenggorokan
8. Leher
   - Kondisi kelenjar getah bening: .....
   - Kelenjar tiroid : .....
   - Pergerakan leher : .....
9. Dada
   - Bentuk : .....
   - Suara napas : .....
   - Refraksi paru : .....
   - Suara jantung : .....
   - Mamae : .....
   - Nyeri : .....
   - Kelenjar getah bening pada ketiak : .....
10. Punggung
   - Bentuk punggung : .....
   - Lordosis : .....
   - Skeleosis : .....
   - Kiposis : .....
11. Abdomen
   - Adanya pembesaran/pembengkakan: .....
   - Nyeri : .....

- Distensi : .....
- Peristaltik : .....
- Bising usus : .....
- Asites : .....

12. Genitalia

.....

.....

.....

13. Ekstremitas atas
    - Bentuk : .....
    - Pembengkakan : .....
    - Pergerakan : .....
    - Varises : .....

J. Pengkajian Status Fungsional

1. Modifikasi Barthel Indeks

No	Kriteria	Dengan Bantuan	Mandiri
1	2	3	4
1	Makan		
2	Minum		
3	Perpindahan dari tempat tidur ke kursi		
4	Personal toilet a. Cuci muka b. Menyisir c. Menggosok gigi		
5	Keluar masuk toilet a. Mencuci baju b. Menyeka tubuh c. Menyirami		
6	Mandi		
7	Mengenakan pakaian		
8	Jalan di permukaan		

No	Kriteria	Dengan Bantuan	Mandiri
1	2	3	4
9 10 11 12 13	datar Naik turun tangga Kontrol bowel (BAB) Kontrol bleder (BAK) Olahraga Rekreasi atau pemanfaatan waktu		

2. KATZ Indeks

   .....

   .....

   .....

3. *Short portable Mental Questionare* (SPMSQ)

No	Pertanyaan	1+1	1-1
1	2	3	4
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Tanggal berapa hari ini? Hari apa sekarang? Apa nama tempat ini? Berapa nomor telepon saudara? Dimana alamat saudara? Berapa umur saudara Kapan anda dan suami/istri anda lahir? Siapa presiden Indonesia sekarang? Siapa nama kecil anda -3 dari 20 secara menurun		

4.3 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah sebuah pernyataan yang ringkas dan tegas. Selain itu pernyataan yang dicatat juga harus memiliki kejelasan. Berbagai pernyataan yang dicatat harus berdasarkan fakta yang terjadi di lapangan. Diagnosa keperawatan merupakan dasar dalam penyusunan rencana tindakan asuhan keperawatan. Diagnosa keperawatan sejalan dengan diagnosa medis. Hal itu karena dapat mengumpulkan data-data saat melakukan pengkajian keperawatan yang dibutuhkan untuk menegakkan diagnosa keperawatan ditinjau dari keadaan penyakit dalam diagnosa medis. Apabila perawat menegakan diagnosa keperawatan maka dokter menegakkan diagnosa medis.

Tabel 4.1 dibawah ini menunjukkan perbedaan antara diagnosa medis dan diagnosa keperawatan

Tabel 4.1. Perbedaan Diagnosa medis dan Diagnosa Keperawatan

Diagnosa Medis	Diagnosa Keperawatan
Fokus pada berbagai factor yang bersifat pengobatan penyakit	Fokus pada berbagai reaksi pasien terhadap sejumlah penyakit, serta berbagai tindakan medis. Diagnosa keperawatan juga fokus pada berbagai faktor lain yang sangat bervariasi.
Orientasi : keadaanpatologis	Orientasi : kebutuhan dasar individu
Cenderung tetap, mulai sakit sampai sembuh	Berubah sesuai perubahan respon klien
Mengarah pada tindakan medis yang sebagian dilimpahkan kepada perawat	Mengarah pada fungsi mandiri perawat dalam melaksanakan tindakan dan evaluasinya

Tujuan dokumentasi diagnosa keperawatan adalah sebagai berikut :

1. Menyampaikan masalah klien dalam istilah dapat dimengerti semua perawat
2. Mengenali masalah-masalah utama klien pada pengkajian
3. Mengetahui perkembangan keperawatan
4. Masalah dimana adanya respon klien terhadap status Kesehatan atau penyakit
5. Faktor-faktor yang menunjang atau menyebabkan suatu masalah (etiologi)
6. Kemampuan klien untuk mencegah atau menyelesaikan masalah

Metode dokumentasi diagnosa keperawatan meliputi berikut ini :

1. Tuliskan masalah pasien atau perubahan status kesehatan pasien
2. Masalah yang dialami pasien didahului adanya penyebab, dan keduanya dihubungkan dengan kata ”sehubungan dengan atau berhubungan dengan”
3. Setelah masalah atau (problem) dan penyebab (etiologi), kemudian diikuti dengan tanda dan gejala (symptom) yang dihubungkan dengan kata ”ditandai dengan”
4. Tulis istilah atau kata-kata yang umum digunakan
5. Gunakan bahasa yang tidak memvonis.

A. Pengelompokan Data dan Analisa Data

1. Data Subjektif

   Contoh : “pasien mengeluh sakit saat menelan karena adanya radang amandel (tonsilitis). Akibatnya pasien tidak dapat makan dan berat badan menurun karena adanya nyeri saat menelan”

2. Data objektif :

   Contoh : TB = 156 cm, BB = 48 Kg

B. Interprestasi Data

Gangguan pemenuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh

C. Validasi Data

Validasi data dilakukan untuk memastikan keakuratan diagnosa.

Contoh : perawat mengukur BB pasien akibat tonsilitis yang dideritanya. Penyusunan diagnose keperawatan ini disusun dengan rumus P + E + S

P = Problem

E = Etiologi

P = Symptom

Contoh : Gangguan pemenuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake yang tidak adekuat ditandai dengan klien mengatakan sakit saat menelan dan berat badan menurun.

Dari contoh diagnosa diatas dapat diketahui sebagai berikut :

1. Problem : gangguan pemenuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh
2. Etiologi : intake yang tidak adekuat
3. Symptom : klien mengatakan berat badan menurun dan sakit saat menelan.

Tabel 4.2 tabel Format Analisa Data

Tgl ditemukan	Symptom (S)	Etiologi (E)	Problem (P)

4.4 Rencana Keperawatan

Setelah selesai melakukan pencatatan diagnosa keperawatan, selanjutnya adalah kita melakukan perencanaan keperawatan. Perencanaan asuhan keperawatan adalah

berbagai tindakan keperawatan yang akan dilakukan oleh petugas praktik keperawatan saat ia memberikan asuhan keperawatan kepada seseorang atau kepada pasien yang sedang dirawat (Lu Verne Wolff, RN, dkk (1984).

Dokumentasi perencanaan keperawatan adalah kegiatan pencatatan atau penulisan mengenai berbagai kegiatan pencatatan. Sejumlah hal yang perlu dicatat dalam dokumentasi perencanaan keperawatan adalah berbagai langkah pemecahan sejumlah masalah kesehatan yang dihadapi oleh pasien, serta urutan – urutan prioritasnya. Dalam dokumentasi ini juga perlu dicatat berbagai perumusan tujuan dari apa yang ingin dicapai dari seluruh proses keperawatan. Selain itu juga harus tercantum perencanaan tindakan atau perencanaan implementasi tindakan keperawatan, serta yang paling akhir adalah catatan tentang bagaimana seluruh proses itu dinilai atau dievaluasi. Seluruh rangkaian proses tersebut tentu saja harus dapat dipertanggungjawabkan secara massal, teknis, serta secara hukum.

Dalam membuat rencana keperawatan, ada beberapa hal yang perlu untuk diperhatikan sebagai berikut :

1. **Prioritas Masalah**

   Adalah upaya perawat untuk mengidentifikasi respon pasien terhadap kesehatannya, baik aktual maupun potensial. Prioritas diagnosa dibedakan dengan diagnosa yang penting sebagai berikut :

   a. Prioritas diagnosa merupakan diagnosa keperawatan. Jika tidak diatasi saat ini akan berdampak buruk terhadap kondisi status fungsi kesehatan pasien.
   b. Diagnosa penting adalah diagnosa atau masalah kolaboratif diamana intervensi dapat ditunda tanpa mempengaruhi status fungsi kesehatan pasien
   c. Hierarki yang biasa dijadikan dasar untuk menetapkan prioritas masalah adalah hierarki

maslow, berupa kegawatan masalah kesehatan berupa ancaman kesehatan maupun ancaman kehidupan, tingkat masalah berdasarkan aktual, risiko, potensial dan sejahtera sampai sindrom keinginan pasien.

2. Menentukan Tujuan Dan Kriteria Hasil (*Outcome*)

Tujuan perawatan yang baik adalah pernyataan yang menjelaskan suatu tindakan yang dapat diukur, berdasarkan kemampuan dan kewenangan perawat. Karena kriteria hasil diagnosa keperawatan mewakili status kesehatan pasien yang dapat dicapai atau dipertahankan melalui rencana tindakan keperawatan yang mandiri sehingga dapat membedakan antara diagnosa keperawatan dan masalah kolaboratif. Hasil dari diagnosa keperawatan tidak dapat membantu mengevaluasi efektifitas intervensi keperawatan jika tindakan medis juga diperlukan.

Tujuan perawatan berdasarkan SMART yaitu sebagai berikut.

a. S : *Spesific* (tidak memberikan makna ganda)
b. M: *Measurable* (dapat diukur, dilihat, didengar, diraba, dirasakan,ataupun dibantu)
c. A : *Achievable* (secara realistis dapat dicapai)
d. R : *Reasonable* (dapat dipertanggungjawabkan secara ilmiah)
e. T : *Time* (punya Batasan waktu yang sesuai dengan kondisi klien)

3. Rencana Tindakan Keperawatan (*Nursing Order*)

Dalam merumuskan rencana tindakan yang perlu diperhatikan adalah sebagai berikut :

a. Rencana tindakan keperawatan merupakan desain spesifik intervensi yang membantu klien mencapai kriteria hasil

b. Dokumentasi rencana tindakan yang telah diimplementasikan harus ditulis dalam sebuah format agar dapat membantu perawat untuk memproses informasi yang didapatkan selama tahap pengkajian dan diagnosa keperawatan
c. Perencanaan bersifat individual sesuai kondisi dan kebutuhan pasien
d. Bekerjasama dengan pasien dalam merencanakan intervensi.

Tabel 4.3 Intervensi Keperawatan

No	Dx tujuan dan kriteria hasil	Rencana Tindakan	Rasional	Nama dan paraf

4.5 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi kepada status kesehatan yang baik dan menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan.

Berikut ini adalah prinsip dalam pelaksaan impelementasi keperawatan :

1. Berdasarkan respon klien
2. Berdasarkan ilmu pengetahuan, hasil penelitian keperawatan, standar pelayanan profesional, hukum dan kode etik keperawatan.
3. Berdasarkan berbagai sumber yang tersedia
4. Sesuai dengan tanggung jawab dan tanggung gugat profesi keperawatan
5. Mengerti dengan jelas pesan-pesan yang ada dalam rencana intervensi keperawatan

6. Harus dapat menciptakan adaptasi dengan pasien sebagai individu dalam upaya meningkatkan peran serta untuk merawat diri sendiri (*self care*)
7. Menekankan pada aspek pencegahan dan upaya peningkatan status kesehatan
8. Menjaga rasa aman, harga diri, dan melindungi pasien
9. Memberikan pendidikan, dukungan dan bantuan
10. Bersifat holistic
11. Kerjasama dengan profesi lain
12. Melakukan dokumentasi

Tabel 4.4 Format Dokumentasi Implemnentasi Asuhan Keperawatan

No	Dx/ masalah kolaboratif	Tanggal/jam	Tindakan	Paraf

4.6 Dokumentasi Asuhan Keperawatan Evaluasi

Dokumentasi evaluasi keperawatan adalah tahap akhir dari seluruh pendokumentasian proses asuhan keperawatan. Pada tahap ini seluruh proses keperawatan dinilai serta dievaluasi.

1. Pengkajian ulang

Pengkajian ulang merupakan pemantauan status pasien secara kontinu, konsisten dan berkesinambungan. Adapun yang dipantau dan dievaluasi dalam pengkajian ulang adalah respon pasien atau reaksi pasien terhadap berbagai intervensi keperawatan yang diberikan.

Secara komprehensif proses evaluasi ini dilaksanakan bertujuan untuk beberapa hal berikut.

a. Memastikan ketepatan tindakan keperawatan yang dilakukan

b. Menentukan dan memastikan berbagai kebutuhan pasien yang dapat digunakan untuk merevisi intervensi tindakan keperawatan
c. Memastikan dan memetakan berbagai perkembangan masalah kesehatan yang dihadapi oleh pasien, serta memetakan berbagai kebutuhan pasien yang dinamis dan bisa berubah sewaktu-waktu
d. Menentukan atau memetakan kebutuhan pasien untuk dapat dirujuk ketempat atau institusi kesehatan yang lain, atau pergi berkonsultasi ke ahli kesehatan yang lain.
e. Memetakan berbagai kebutuhan pasien yang baru, guna menyusun kembali berbagai prioritas asuhan pelayanan keperawatan kepada pasien. Hal ini dilakukan mengingat kebutuhan pasien bisa dengan cepat berubah. Kebutuhan pasien memang sangat dinamis sesuai dengan konteks waktu dan tempat dimana pasien itu berada.

Untuk melakukan pengkajian ulang, bisa dilakukan dengan sejumlah cara berikut ini :

a. Observasi langsung
b. Wawancara dengan pasien dan narasumber
c. Melakukan peninjauan terhadap sejumlah catatan pasien

2. Modifikasi rencana keperawatan

Modifikasi rencana keperawatan biasanya berhubungan dengan bagaimana berbagai kebutuhan pasien telah terpenuhi. Kebutuhan tersebut adalah semacam kebutuhan fisiologis dasar, seperti udara, air, makanan, serta keamanan. Jika berbagai kebutuahan dasar tersebut sudah terpenuhi, maka selanjutnya asuhan keperawatan bisa beralih ketingkat yang lebih tinggi. Sebagai contoh tentang kebutuhan pasien yang diapresiasi

atau tentang harga diri pasien. Dalam ranah ini terlihat bahwa apabila kebutuhan dasar pasien belum terpenuhi, maka akan sulit untuk memenuhi kebutuhan yang lain. Oleh karena itu, kebutuhan dasar memang perlu dipenuhi terlebih dahulu.

Metode yang digunakan dalam evaluasi antara lain sebagai berikut

1. Observasi langsung adalah mangamati secara langsung perubahan yang terjadi dalam keluarga
2. Wawancara keluarga yang berkaitan dengan perubahan sikap, apakah telah menjalankan anjuran yang diberikan perawat
3. Memeriksa laporan dapat dilihat dari rencana asuhan keperawatan yang dibuat dan tindakan yang dilaksanakan sesuai dengan rencana
4. Latihan stimulasi yang berguna dalam menentukan perkembangan kesanggupan melaksanakan asuhan keperawatan

Langkah melakukan evaluasi adalah sebagai berikut :

1. Menentukan kriteria, standar, dan pertamyaan evaluasi
2. Mengumpulkan data baru tentang klien
3. Menafsirkan data kbaru
4. Membandingkan data baru dengan standar yang berlaku
5. Merangkum hasil dan membuat kesimpulan
6. Melaksanakan tindakan yang sesuai berdasarkan kesimpulan

Tabel 4.5 Implementasi Keperawatan

IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Nama klien/umur : No. Rekam Medis:
Ruangan/ No. Kamar :

Tanggal/Jam	No. Dx	Implementasi dan Respon	Paraf dan Nama Jelas

4.7 Rangkuman

Asuhan keperawatan merupakan hal paling utama bagi profesi perawat. Kemampuan pemberian pelayanan yang baik serta kemudian dapat secara efektif dapat mengkomunikasikan tentang perawatan pasien tergantung pada seberapa baik kualitas informasi yang diberikan serta dokumentasi yang disediakan untuk dimanfaatkan oleh semua profesi kesehatan dan juga pelayanan kesehatan.

Dokumentasi keperawatan adalah salah satu hal penting dalam sebuah proses asuhan keperawatan. Ini adalah sebuah system atau cara untuk mencatat seluruh proses alur keperawatan. System ini pada akhirnya berfungsi sebagai arsip, sekaligus sebagai bahan utama untuk melakukan diagnosis terhadap pasien yang sedang dirawat. Arsip keperawatan ini juga dapat digunakan sebagai bahan riset jika ada siswa keperawatan, atau siswa dari disiplin ilmu yang berbeda, ingin melakukan penelitian.

Pengkajian merupakan tahap awal dari rangkaian proses asuhan keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis dalam mengumpulkan data dari berbagai sumber

data, untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status Kesehatan klien.

Diagnosa keperawatan adalah sebuah pernyataan yang ringkas dan tegas. Selain itu pernyataan yang dicatat juga harus memiliki kejelasan. Berbagai pernyataan yang dicatat harus berdasarkan fakta yang terjadi di lapangan. Diagnosa keperawatan merupakan dasar dalam penyusunan rencana tindakan asuhan keperawatan.

Dokumentasi perencanaan keperawatan adalah kegiatan pencatatan atau penulisan mengenai berbagai kegiatan pencatatan. Sejumlah hal yang perlu dicatat dalam dokumentasi perencanaan keperawatan adalah berbagai langkah pemecahan sejumlah masalah kesehatan yang dihadapi oleh pasien, serta urutan – urutan prioritasnya. Dalam dokumentasi ini juga perlu dicatat berbagai perumusan tujuan dari apa yang ingin dicapai dari seluruh proses keperawatan.

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi kepada status kesehatan yang baik dan menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan.

Dokumentasi evaluasi keperawatan adalah tahap akhir dari seluruh pendokumentasian proses asuhan keperawatan. Pada tahap ini seluruh proses keperawatan dinilai serta dievaluasi.

DAFTAR PUSTAKA

Pangkey, B. C., Hutapea, A. D., Simbolon, I., & Sitanggang, Y. F. (2021). *Dasar-Dasar Dokumentasi Keperawatan*. Yayasan Kita Menulis.

Rahayu, C. D., & Mulyani, S. (2020). Pengambilan keputusan klinis perawat. *Jurnal ilmiah kesehatan*, *10*(1), 1-11.

Basri, B., Utami, T., & Mulyadi, E. (2020). *Konsep dasar dokumentasi keperawatan*. Media Sains Indonesia.

Berutu, R. J. B. (2020). KONSEP DASAR PERENCANAAN KEPERAWATAN DALAM ASUHAN KEPERAWATAN.

Zega, P. M. (2020). Penerapan Pengkajian Data dalam Proses Keperawatan di Rumah Sakit.

Rahmi, U., & Kep, M. (2022). *Dokumentasi keperawatan*. Bumi Medika.

Hia, Y. (2019). Tahap-Tahap Pengkajian Dalam Proses Keperawatan Dirumah Sakit.

Safira, N. (2019). KLASIFIKASI PENGKAJIAN KEPERAWATAN.

Rahmi, U., & Kep, M. (2022). *Dokumentasi keperawatan*. Bumi Medika.

Syafridayani, F. (2019). PENTINGNYA KLASIFIKASI DATA DALAM PENGKAJIAN PROSES KEPERAWATAN.

Lubis, A. J. (2020). Dasar Pelaksanaan dan karakteristik dokumentasi dalam keperawatan.

Syafridayani, F. (2019). PENTINGNYA KLASIFIKASI DATA DALAM PENGKAJIAN PROSES KEPERAWATAN.

Harun, N. J. (2020). PENTINGNYA PENDOKUMENTASIAN DALAM ASUHAN KEPERAWATAN.

Syafridayani, F. (2019). PENTINGNYA KLASIFIKASI DATA DALAM PENGKAJIAN PROSES KEPERAWATAN.

Jannah, N. (2020). standart Dan Model Dokumentasi Asuhan Keperawatan.

BAB 5
MANFAAT DOKUMENTASI KEPERAWATAN

Oleh Yolanda Anastasia Sihombing

5.1 Pendahuluan

Dokumentasi merupakan bagian penting dalam keperawatan. Sistem pencatatan yang konseptual harus menyediakan data pelanggan secara menyeluruh yang menyatakan data beserta standar pelanggan (Twardon dan Gartner, 1993). Dokumentasi berfungsi sebagai alat komunikasi yang mencakup kondisi pasien, kebutuhan, dan pekerjaan perawatan yang dilakukan dan direncanakan. (Bismar, 2020).

Dokumentasi keperawatan sebagai sarana komunikasi yang efektif antar profesional tim keperawatan, yang tujuannya untuk melihat dan menganalisis perkembangan kondisi pasien, untuk merencanakan perawatan pasien, sebagai indikator mutu pelayanan kesehatan, dan juga sebagai sumber. informasi untuk penelitian. Pengembangan pekerjaan keperawatan, tanggung jawab pelaksanaan pekerjaan keperawatan dan tawaran pendidikan bagi mahasiswa keperawatan (Manurung, 2011).

5.2 Pengertian Dokumentasi

5.2.1 Pengertian umum Konsep Dokumentasi

Konsep dokumentasi secara umum adalah suatu bentuk kegiatan atau proses sistematis untuk menemukan, menggunakan, memeriksa, menyusun, menyediakan dokumen untuk informasi, pengetahuan dan bukti serta penyebarannya kepada pihak-pihak yang berkepentingan. Dokumentasi juga merupakan arsip asli yang dapat dijadikan sebagai kebenaran pada persidangan jika suatu saat timbul persoalan yang berkaitan denganj peristiwa atau keadaan yang terdapat dalam rekaman tersebut (Hutahean, 2010).

5.2.2 Dokumentasi Keperawatan

Dokumentasi keperawatan merupakan sarana komunikasi antar tenaga medis untuk memulihkan kesehatan pasien. Pendaftar klinis untuk mendokumentasikan pekerjaan keperawatan dapat memfasilitasi manajemen keperawatan, meningkatkan kesinambungan perawatan, mengoordinasikan perawatan, dan mengevaluasi intervensi pasien. Akurasi dokumentasi perawatan mempromosikan kesinambungan perawatan, keselamatan dan kesejahteraan pasien (Tuinman, Mathieu & Krijnen, 2017).

Dokumentasi merupakan bagian integral dari proses keperawatan, tidak berbeda dengan metode pemecahan masalah. Dokumentasi proses perawatan meliputi pengkajian, identifikasi masalah, perencanaan, pelaksanaan tindakan dan evaluasi klien (Olfah, 2016).

Dokumentasi adalah arsip yang memuat informasi detail, menyeluruh serta terekam tidak hanya mencakup mengenai status kesehatan pasien, tetapi juga tentang sifat dan mutu pelayanan kesehatan yang diberikan oleh *caregiver.* (Fishbach F, 2016)

Dokumentasi kerja keperawatan adalah catatan yang sistematis dan terstruktur dari jawaban/tanggapan klien terhadap aktivitas pelaksanaan keperawatan secara keseluruhan mengenai tanggung jawab perawat terhadap klien dalam penyajian kerja keperawatan sesuai dengan proses keperawatan (Prabowo, 2016).

5.3 Tujuan Pendokumentasian dalam Keperawatan

Pencatatan keperawatan yang akurat dan lengkap dalam pendokumentasian tidak hanya membawa manfaat bagi klien, tetapi juga untuk pelayanan dari sudut pandang anggota tim kesehatan yang melakukan (Muhlisin, 2016). Dokumentasi adalah bagian penting dari pekerjaan keperawatan, berbeda dengan metode pemecahan masalah. Dokumentasi proses pemeliharaan meliputi evaluasi, identifikasi masalah, perencanaan, implementasi dan evaluasi pelanggan (Olfah, 2016).

Tujuan pengarsipan dalam keperawatan adalah untuk membuat database atau catatan kesehatan dari pengalaman pasien dalam sistem pelayanan kesehatan. Dokumentasi keperawatan menunjukkan apa yang dilakukan perawat untuk klien dan merupakan bagian dari dokumentasi interprofessional yang lebih besar dan membentuk rekam medis klien (Skotlandia, 2017).

Tujuan dokumentasi sebagai media komunikasi bagi tim kesehatan untuk menjelaskan perawatan pasien, termasuk perawatan individual, pendidikan klien dan penggunaan rujukan dalam rencana pemulangan. (Potter & Perry, 2015) Arsip pasien dapat digunakan sebagai data penelitian, perawat dapat memanfaatkan catatan pasien selama penelitian untuk melengkapi informasi tentang faktor-faktor tertentu. Inspeksi dan perawatan tindak lanjut serta peninjauan rutin data dalam daftar klien menjadi dasar untuk menilai kualitas dan kesesuaian perawatan di fasilitas.

White Dulcan (2011) menyebutkan kegiatan pencatatan dokumentasi keperawatan yang meliputi:

1. Perubahan kondisi pasien
2. Prosedur pengkajian, pengobatan dan penatalaksanaan
3. Pendidikan kesehatan
4. Respon pasien terhadap pengobatan
5. Penilaian yang diharapkan
6. Keluhan dari pasien dan keluarganya dari latar belakang yang berbeda (yang berinteraksi dengan pasien pada waktu yang berbeda) membantu untuk berkomunikasi dengan orang lain.

5.4 Manfaat Dokumentasi

Keuntungan utama dokumentasi keperawatan adalah bentuk komunikasi yang memungkinkan para profesional kesehatan dari berbagai disiplin ilmu (yang berinteraksi dengan pasien pada waktu yang berbeda) untuk berkomunikasi satu sama lain (Taylor et al., 2011; Berman, Snyder & Frandsen, 2016).

Manfaat dan pentingnya dokumentasi keperawatan harus dilihat dari perspektif yang berbeda: Menurut Nursalam (2008), pendokumentasian keperawatan merupakan aspek legal di hadapan hukum. Dokumentasi sebagai bukti tindakan caregiver dan sebagai dasar perlindungan pasien, caregiver dan fasilitas.

Pendokumentasian pekerjaan keperawatan merupakan kebutuhan profesional yang harus diperhatikan baik secara etis maupun legal. Hal ini berhubungan dengan perspektif manajemen, dimana satu sisi melindungi klien sebagai penerima layanan dan perawat sebagai penyedia layanan (Delaune & Patricia K.Ladner, 2011). Menurut beberapa pendapat, yaitu (Olfah & Ghofur, 2016):

A. Nursalam (2009)

1. Hukum

   Data pelanggan adalah bersifat dokumen legal dan memiliki nilai hukum. Jika ada masalah (bug) terkait profesi keperawatan, dimana perawat adalah *provider* dan pasien adalah pemakai layanan, oleh karena itu data tersebut dapat digunakan sewaktu-waktu.

   Dokumen ini juga layak digunakan sebagai bukti saih di meja hijau. Untuk itu, informasi tersebut diwajibkan untuk dilengkapi secara menyeluruh, diberi penamaan dengan jelas dan obyektif, dibuat paraf dan diberi tanggal oleh tenaga kesehatan (carer) dan tidak mengandung ejaan yang dapat menimbulkan salah tafsir**.**

2. Kualitas Pelayanan

   Pencatatan informasi pelanggan yang lengkap dan akurat memudahkan perawat untuk menyelesaikan masalah pelanggan. Melalui pencatatan informasi, perawat dapat menemukan seberapa berat maupun ringan masalah pasien tersebut dapat diselesaikan dan sejauh mana permasalahan tersebut dapat diidentifikasi dan dipantau melalui dokumentasi yang akurat. Hal ini membantu meningkatkan mutu (kualitas) pelayanan perawatan.

   Pelaporan

   Pendokumentasian status pelanggan adalah "pencatat" untuk hal-hal yang berhubungan dengan pelanggan. Perawat atau tenaga kesehatan lainnya dapat berkonsultasi dengan pengarsipan yang ada dan menggunakannya sebagai sarana komunikasi sebagai panduan untuk menyelenggarakan asuhan keperawatan

Pendanaan

Dokumentasi dapat memiliki nilai finansial, beberapa layanan pemeliharaan yang tidak diberikan, disediakan dan diarsipkan secara menyeluruh dan lengkap sehingga dapat digunakan sebagai referensi atau pertimbangan saat menghitung biaya layanan pasien.

3. Pendidikan

   Pendokumentasian memiliki nilai edukasi karena pendokumentasian berkaitan dengan situasi kegiatan keperawatan yang dapat dijadikan sebagai bahan pembelajaran atau sumber rujukan bagi mahasiswa atau profesi di bidang keperawatan.

4. Penelitian

   Pendokumentasian pekerjaan keperawatan memiliki perhitungan kredit dalam penelitian. Informasi maupun data yang terkandung di dalamnya mengandung data yang patut dijadikan sebagai sumber atau topik dalam penelitian dan memajukan profesi keperawatan.

5. Akreditasi

   Melalui pengarsipan yang dilakukan oleh perawat, dapat dilihat sejauh mana fungsi dan tugas perawat dalam memberikan asuhan keperawatan terhadap pasien. Diharapkan melalui cara ini, kesimpulan dapat ditarik tentang keberhasilan pendidikan dan pelatihan lebih lanjut dalam perawatan medis.

   Pengarsipan tersebut diharapkan tidak hanya untuk meningkatkan kualitas layanan, tetapi juga bagi pemberi pelayanan kesehatan secara individu untuk mencapai tingkat yang lebih tinggi.

B. Serri (2010)

1. Memiliki nilai legal, dimana dokumen keperawatan layak digunakan sebagai keterangan dalam hal yang

berkaitan dengan pelayanan kesehatan yang diberikan kepada pasien

2. Mutu pelayanan, memberikan keringanan dalam pemecahan kasus yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan untuk mencapai pelayanan kesehatan yang bermutu.
3. Menjadi sarana pustaka, yaitu sebagai media mencatat untuk hal-hal yang berhubungan dengan pelanggan.
4. Mengenai pembiayaan yaitu sebagai dasar atau bahan pertimbangan dalam pemilihan pengobatan klien.
5. Dalam pendidikan, yaitu sebagai bahan pembelajaran atau acuan kerja.
6. Untuk pengkajian, sebagai bahan atau objek analisa dalam pengembangan profesi keperawatan.
7. Akreditasi sebagai acuan untuk menentukan peran dan tanggung jawab perawat dalam pengasuhan pasien.

5.5 Kegunaan Dokumentasi Keperawatan

Dokumentasi keperawatan memiliki banyak kegunaan bagi perawat dan klien Hidayat (2002) (Olfah & Ghofur, 2016) diantaranya:

1. Media komunikasi

   Pencatatan pekerjaan keperawatan yang terkoordinasi secara tepat dapat menghindari atau meminimalisir pemberian maupun pelaksanaan informasi yang berulang. Kecacatan informasi dikurangi untuk meningkatkan kualitas pekerjaan keperawatan. Selain itu, komunikasi dapat dilakukan secara efektif dan efisien.

2. Mekanisme pertanggungjawaban.

   Lazimnya dokumentasi berisikan tata tertib atau peraturan-peraturan untuk pelaksanaan dokumentasi. Standar kualitas daripada sebuah dokumen yang lengkap mudah untuk dipertimbangkan dan dapat digunakan sebagai pembelaan terhadap tuntutan hukum karena sudah memiliki standar hukum.
3. Akumulasi Data.

   Melalui bantuan dokumentasi, informasi pasien tentang perjalanan atau perkembangan pasien dapat dilihat secara objektif dan penyimpangan yang mungkin dapat diidentifikasi. Pencatatan juga dapat digunakan sebagai bahan penelitian karena informasinya otentik dan dapat diverifikasi. Selain itu, dokumentasi dapat digunakan sebagai informasi statistik.
4. Layanan pengobatan individu. Tujuannya adalah mengintegrasikan banyak komponen klien dengan kebutuhan pelayanan keperawatan, meliputi kebutuhan biologis, psikologis, sosial, dan spiritual, sehingga individu dapat merasakan manfaat pelayanan keperawatan.
5. Metode Penilaian.

   Hasil akhir dari pekerjaan keperawatan yang terdokumentasi adalah pengkajian masalah yang berhubungan dengan pekerjaan keperawatan dalam pekerjaan keperawatan.

   Cara meningkatkan kolaborasi antar tim kesehatan. Dengan bantuan dokumentasi, dokter, ahli gizi, fisioterapis, dan perawat berkolaborasi dalam aktivitas yang berhubungan dengan klien. Karena hanya perbuatan-perbuatan yang dilakukan atas dasar bukti-bukti nyatalah perbuatan-perbuatan itu profesional.

6. Kesempatan untuk melanjutkan pendidikan.

   Tampilan yang ada menuntut sistem pelatihan yang lebih baik dan tepat sasaran sesuai dengan program yang diinginkan klien. Khususnya bagi staf perawat, bukti ini dapat digunakan sebagai alat untuk meningkatkan pelatihan lebih lanjut dalam layanan keperawatan.
7. Digunakan saat memeriksa perawat.

   Dokumentasi tersebut berguna untuk mengontrol kualitas layanan perawatan yang diberikan terkait dengan kompetensi untuk melakukan aktivitas perawatan.

5.6 Prinsip Dokumentasi Keperawatan

Setiadi (2012) menjelaskan prinsip pencatatan menurut teknologi:

1. Mencatat yaitu: Tulis nama klien pada buku catatan masing-masing perawat.
2. Mudah dibaca, lebih disukai tinta biru atau hitam.
3. Hati-hati, menulis catatan selalu diawali dengan menulis tanggal dan waktudan benar-benar dapat diandalkan
4. Singkatan Singkat, Umum dan Dapat Diterima, Vol lusuh
5. Register berisi keadaan saat ini dan masa lalu.
6. Jika Anda mengalami kesalahan saat merekam, harap coret kemudian tulis kata "salah" di atasnya, serta paraf dengan jelas. Dilanjukan dengan informasi yang jelas "jangan hapus". Validitas pencatatan akan rusak saat dilepas.
7. Tulis dan tambahkan nama unik untuk setiap item yang diselesaikan dan bubuhi Tanda tangan.
8. Jika pencatatan bersambung pada halaman baru tanda tangani dan tulis kembali waktu dan tanggal pada bagian halaman tersebut.
9. Jelaskan temuan pengkajian fisik dengan cukup terperinci. Hindari penggunaan kata seperti “sedikit” dan “banyak”

yang mempunyai tafsiran dan harus dijelaskan agar bisa dimengerti.

10. Jelaskan apa yang terlihat, terdengar terasa dan tercium pada saat pengkajian.

5.7 Tahapan dokumentasi asuhan keperawatan

Pendokumentasian tindakan keperawatan dengan pendekatan proses keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnosis, perencanaan, implementasi dan evaluasi sebagai metode ilmiah untuk memecahkan masalah keperawatan.

1. Dokumentasi pengkajian keperawatan

   Informasi yang dikumpulkan berfokus pada identifikasi status kesehatan klien di masa lalu, status kesehatan klien saat ini, silsilah, kondisi logis-sosial-spiritual biologis-psikologis, interpretasi dan pengelompokan informasi, dan dokumentasi informasi (Potter, 2005).

2. Dokumentasi diagnosa medis

   Fase diagnostik ini merupakan fase yang menentukan dari proses perawatan, menentukan apakah masalah klien dapat dihilangkan, dikurangi atau diubah dengan bantuan pekerjaan keperawatan.

   Pendokumentasian tindakan keperawatan sangat penting dan harus diperhatikan karena yang dilakukan harus dicatat dan yang dicatat adalah yang dilakukan untuk menunjang pekerjaan keperawatan pasien. Dokumentasi adalah dokumen yang ditulis dan dicetak dan dapat dilihat sebagai bukti oleh individu yang berwenang dan tim pemeliharaan. Jika dokumen tidak diproses, ini dapat merusak ikhtisar. (Manorek, G.D. et al. 2021)

3. Dokumentasi implementasi

   Implementasi keperawatan merupakan inisiasi suatu rencana tindakan untuk mencapai tujuan tertentu. Fase

implementasi dimulai setelah pembuatan rencana tindakan dan bertujuan untuk membantu klien mencapai tujuan yang diharapkan. Faktor-faktor yang mempengaruhi masalah kesehatan klien diubah dengan rencana tindakan khusus.

4. Dokumentasi pengkajian keperawatan.

   Rencana evaluasi memuat kriteria keberhasilan proses dan keberhasilan kerja keperawatan. Keberhasilan proses dapat dilihat dengan membandingkan proses dengan instruksi/rencana proses.

DAFTAR PUSTAKA

Ali, Zaidin. (2010). Dasar-dasar dokumentasi keperawatan. Jakarta : EGC

Bismar, M. (2020, October 9). MANFAAT DOKUMENTASI KEPERAWATAN DALAM ASUHAN KEPERAWATAN. https://doi.org/10.31219/osf.io/3mys

Dalami, dkk. (2011). Dokumentasi keperawatan dengan kurikulum berbasis kompetensi. Jakarta: Trans Info Media.

Nursalam. (2011). Proses dan dokumentasi keperawatan, konsep dan praktek. Jakarta : Salemba Medika.

Potter & Perry.(2005). Buku ajar fundamental keperawatan konsep, proses, dan praktik. Jakarta : Erlangga

Rahmi, U., & Kep, M. (2022). *Dokumentasi keperawatan*. Bumi Medika.

Sabrina, A. (2020). Manfaat Dokumentasi Keperawatan.

Septiani, S. (2020). Manfaat Dokumentasi Keperawatan.

Sianipar, Y. (2020, November 18). BERBAGAI MANFAAT DOKUMENTASI KEPERAWATAN DALAM ASUHAN KEPERAWATAN DI RUMAH SAKIT. https://doi.org/10.31219/osf.io/hqwpg

Setiadi.(2012). Konsep & penulisan dokumentasi asuhan keperawatan. Yogyakarta : Graha Ilmu.

Yiyin Qamariah Takaredas1, Rr. Tutik Sri Hariyat. JCIJournal Cakrawala IlmiahVol.1, No.5, Januari 2022 . https://bajangjournal.com/index.php/JCI/article/view/1197/831

BAB 6
MODEL PENDOKUMENTASIAN ASUHAN KEPERAWATAN

Oleh Sumarmi

6.1 Pendahuluan

Pengumpulan data yang dilakukan setelah tindakan asuhan keperawatan disebut dengan dokumentasi, yang berisi bukti dari tindakan asuhan keperawatan baik yang sudah dilakukan maupun yang belum dilakukan (rencana keperawatan), dokumentasi wajib dibuat oleh perawat sebagai bukti catatan tindakan. Pentingnya dokumentasi ini sebagai alat komunikasi dari perawat untuk pasien maupun rekan sejawat lainnya, yang berisikan mulai dari pengkajian, penentuan masalah keperawatan, perencanaan, tindakan serta evaluasi tindakan dari respon pasien. Catatan perawat ini juga dapat dijadikan alat bukti pertanggungjawaban dan tanggung gugat apabila terjadi masalah atas ketidak puasan pasien.

Pendokumentasian asuhan keperawatan dilakukan setelah pelaksanaan setiap proses perawatan yang dilakukan dan disesuaikan dengan waktu pelaksanaannya. Dokumentasi keperawatan itu sendiri memiliki beberapa model diantara:

6.2 Model dokumentasi SOR (*source oriented record*)

SOR (*Source Oriented Record*) adalah catatan keperawatan yang berisikan kumpulan informasi medis dari berbagai sumber seperti catatan pasien, hasil lab, catatan dokter, dan lain-lain. Model ini menyediakan tampilan yang terintegrasi

dari semua data yang terkait dengan pasien, sehingga memudahkan dokter dalam melakukan diagnosis dan memberikan perawatan yang tepat. Dokumen SOR dapat mencakup informasi demografi pasien, riwayat kesehatan, hasil pemeriksaan fisik, hasil lab, catatan perawatan, dan lain-lain. Informasi ini dapat diakses oleh dokter dan perawat dari berbagai departemen dan dapat digunakan untuk meningkatkan kualitas perawatan pasien.

Namun, perlu diingat bahwa model dokumentasi ini membutuhkan kerja sama dari berbagai sumber untuk menjamin data yang diinputkan akurat dan up to date. Sistem yang digunakan juga harus memenuhi standar keamanan data kesehatan dan privasi pasien.

Pendokumentasian ini dilakukan oleh masing-masing anggota tim kesehatan dengan catatan masing-masing berdasarkan hasil pemeriksaan. Kemudian semua hasil pemeriksaan tersebut digabungkan menjadi satu dokumen, sehingga setiap anggota tim kesehatan mengetahui aktivitasnya secara mandiri. Misalnya kumpulan dokumen dari dokter, perawat, bidan, fisioterapis, ahli gizi dan lain-lain.

Dokter mencatat intruksi penyakit, riwayat medis dan perjalanan penyakit pasien di lembar sendiri. Perawat melakukan pencatatan keperawatan sendiri dan profesi lain juga memiliki catatan mereka sendiri. Model ini dapat diterapkan pada perawatan di rumah sakit, dimana terdapat catatan medis yang ditulis oleh dokter dan catatan medis yang ditulis oleh perawat. Oleh karena itu, catatan ini biasanya berbentuk pesan dokter.

Model dokumentasi SOR ini dapat dibuat dengan bagan, formulir pemberian obat, formulir catatan pasien termasuk riwayat pasien, perawatan pasien, hasil pemeriksaan laboratorium dan pemeriksaan diagnostik, formulir masuk rumah sakit dan formulir bedah yang ditandatangani oleh

pasien dan keluarganya. Model dokumen SOR terdiri dari lima bagian, yaitu:

1. Formulir penerimaan yang berisi informasi penting pasien
2. Formulir informasi tentang dokter (dokter)
3. Riwayat medis Arkie
4. Catatan Pemeliharaan
5. Pemberitahuan dan Laporan Khusus

Tabel 6.1. Contoh dokumentasi keperawatan dengan SOR

Sumber P : Perawat Tanda tangan dan tanggal
D : Dokter
F : Fisioterapis
G : Ahli Gizi

Tanggal	**Waktu**	**Sumber**	**Catatan Perkembangan**
Tanggal/ Bulan/ Tahun	Waktu intervensi	p	Catatan meliputi: pengkajian, identifikasi masalah, perlunya rencana intervensi, rencana segera, intervensi, penyelesaian masalah, evaluasi efektifitas intervensi, dah hasil. Tanda tangan Perawat
		D	Meliputi observasi keadaan klien, evaluasi kemajuan, identifikasi masalah baru, dan penyelesaian lainnya, rencana intervensi, dan pengobatan terbaru. Tanda tangan

Tanggal	Waktu	Sumber	Catatan Perkembangan
			Dokter
		F	Meliputi hal-hal yang perlu dilakukan fisioterapi, masalah klien, rencana, intervensi, dan hasil Tanda tangan Fisioterapis

Sumber: Nursalam, 2013

Kelebihan dari model dokumentasi SOR ini sebagai berikut:

1. Penyajian data secara berurutan dan mudah diidentifikasi
2. Lebih mudah bagi perawat dalam merekam dengan bebas,
3. Proses rekaman menjadi lebih mudah.

Sedangkan kekurangan dari model dokumentasi SOR ini adalah sebagai berikut:

1. Kemungkinan pengumpulan data yang terfragmentasi karena tidak berdasarkan kronologi waktu.
2. Terkadang sulit untuk menemukan data sebelumnya tanpa harus mengulang dari awal.

6.3 Model dokumentasi POR (*problem-oriented-record*)

Model dokumentasi POR (problem-oriented-record) adalah metode dokumentasi yang didasarkan pada pendekatan problem-solving dalam perawatan pasien. Metode ini mengutamakan identifikasi masalah kesehatan pasien sebagai

dasar untuk menentukan rencana perawatan dan evaluasi hasil perawatan. Catatan pendokumentasian ini awal diperkenalkan oleh dr. Lawrence Wade dari Amerika Serikat. Pendekatan berbasis masalah ini sebenarnya dibuat untuk memfasilitasi perawat atau tenaga medis lainnya dalam melakukan pendokumentasian berupa pencatatan kemajuan terintegrasi yang digunakan semua petugas layanan kesehatan untuk mencatat temuan mereka. Komponen model dokumen POR:

1. **Data dasar (database)** terdiri dari informasi yang berkaitan dengan pasein, yang mencakup:
    a. Identifikasi proses: Nama proses, tujuan proses, dan tanggung jawab yang terkait dengan proses.
    b. Deskripsi proses: Langkah-langkah yang dilakukan dalam proses, input yang diterima, output yang diharapkan, dan alat yang digunakan.
    c. Kinerja proses: Data kinerja proses seperti waktu yang digunakan, biaya yang dikeluarkan, tingkat kesalahan, dan tingkat kepuasan pelanggan.
    d. Masalah yang dihadapi: Identifikasi masalah yang dihadapi dalam proses, seperti kendala, hambatan, atau kegagalan.
    e. Perbaikan yang dilakukan: Identifikasi perbaikan yang dilakukan untuk mengatasi masalah yang dihadapi dalam proses.

    Data dasar ini harus dikumpulkan, dianalisis dan dikelola secara lengkap yang mengandung keluhan utama, riwayat penyakit, review sistem, riwayat penyakit masa lalu dan penyakit keluarga yang relevan, riwayat psikososial dan pengobatan, diskripsi hasil pemeriksaan fisik dan laboratorium rutin. Secara kronologis, basis data dikumpulkan sebelum daftar masalah dibuat. Basis data harus dibuat seobjektif mungkin.

2. **Daftar masalah** didapatkan dari analisis dan kelolaan data inti. Daftar tersebut menggambarkan keadaan atau kondisi yang tidak biasa dalam informasi yang diperoleh berdasarkan urutan prioritas yang tertulis dalam daftar masalah pada setiap pergantian shift. Daftar masalah yang dianalisis mencakup data bio-psiko-sosio, spiritual, perkembangan, dan ekonomi.

   Kriteria daftar masalah adalah: Informasi tersebut pertama kali diidentifikasi dari informasi dasar yang ditulis oleh perawat atau caregiver yang bertemu dengan klien untuk pertama kali, disusun berdasarkan tanggal identifikasi masalah. Orang yang bertanggung jawab untuk menulis. Permasalahan ini dimulai dari status pasien, dan setiap masalah dicantumkan tanggal, nomor, deskripsi masalah dan perawat yang bertanggungjawab terhadap masalah pasein tersebut.

3. **Daftar rencana perawatan awal** adalah rencana yang dapat disesuaikan dengan permasalah. Daftar perencanaan perawatan awal terdiri dari tiga bagian, yaitu: pemeriksaan diagnostik, manajemen kasus atau rekomendasi pengobatan, dan pendidikan kesehatan (tujuan jangka panjang).

4. **Catatan kemajuan/ perkembangan** adalah dokumentasi yang mencatat perubahan dalam status kesehatan pasien dan perkembangan dari rencana perawatan yang ditetapkan. Catatan ini mencakup informasi tentang perubahan dalam kondisi pasien, respon pasien terhadap perawatan, perubahan dalam rencana perawatan, dan tindakan yang diambil untuk mengatasi masalah atau perubahan yang terjadi. Catatan perkembangan ini digunakan untuk memantau kinerja perawatan dan membuat keputusan yang tepat untuk perawatan pasien.

Deskripsi kemajuan dapat menggunakan: SOAP, SOAPIER, dan PIE.

Tabel 6.2. Contoh model dokumentasi POR

Data Dasar	Daftar Masalah	Rencana Intervensi	Catatan perkembangan
Data Subyektif Data Obyektif	1	1. 2. 3. dst	S O A P I E R
Data Subyektif Data Obyektif	1	1. 2. 3. dst	S O A P I E R

Sumber: Nursalam, 2013

Kelebihan dan kekurangan penggunaan model POR

Kelebihan

1. Fokus pada masalah pasien: Dokumentasi POR fokus pada masalah pasien, yang memungkinkan perawat untuk memberikan perawatan yang lebih spesifik dan tepat sasaran.
2. Menyediakan data yang akurat: Dokumentasi POR mengumpulkan data yang akurat dari pasien dan hasil pemeriksaan yang dilakukan, sehingga dapat digunakan untuk menentukan diagnosis dan rencana perawatan yang tepat.

3. Memungkinkan evaluasi perawatan: Dokumentasi POR memungkinkan perawat untuk mengevaluasi perawatan yang telah diberikan dan membuat keputusan yang tepat untuk perawatan pasien.
4. Mengurangi kesalahan perawatan: Dokumentasi POR menyediakan informasi yang dibutuhkan untuk mengidentifikasi dan mengatasi masalah yang mungkin terjadi, sehingga mengurangi kesalahan perawatan.
5. Mempermudah komunikasi antar tim perawatan: Dokumentasi POR mempermudah komunikasi antar tim perawatan dan menyediakan informasi yang diperlukan untuk perawatan pasien yang efektif.
6. Dokter menangani masalah pasien berdasarkan masalah prioritas.
7. Memudahkan penelitian tentang isu-isu tertentu.
8. Data disusus sesuai dengan masalah yang ada.
9. Dokumentasi lengkap dapat memfasilitasi pendidikan kesehatan.

Kekurangan

1. Informasi yang tidak akurat dan ketidak kelitian yang merugikan pasien.
2. Diperlukan penyesuaian yang cukup lama jika menggunakan sistem untuk pertama kali.
3. Diperlukan pelatihan yang intensif dan komitmen dari seluruh staf untuk melaksanakan POMR secara terpadu.

6.4 Model Pendokumentasian Catatan Berorientasi Pada Perkembangan (*Progres Notes/ Progres-Oriented Record*)

Model dokumen POR (*Progress-Oriented-Record*) adalah catatan perubahan dalam kondisi pasien dan perkembangan

dari rencana perawatan yang ditetapkan. Jenis catatan perkembangan yang dapat digunakan adalah: Catatan keperawatan, diagram alir, pemberitahuan pemulangan, dan ringkasan rujukan biasanya ditulis setiap 24 jam. Catatan kemajuan terdiri dari:

1. Catatan perawat

   Perawat harus menulis setiap 24 jam, yang berisi berbagai informasi tentang:

   - Pengkajian
   - Tindakan keperawatan mandiri
   - Tindakan keperawatan kolaboratif / intruksi dokter
   - Mengevaluasi keberhasilan tiap tindakan keperawatan
   - Tindakan yang dilakukan oleh dokter akan mempengaruhi tindakan keperawatan
   - Kunjungan ke berbagai tim kesehatan misalnya: kunjungan dokter, tindakan fisioterapis, tindakan rohaniawan dan lain-lain.

2. Lembar Alur (*Flow sheet*)

   Lembar alur (*flow sheet*) memungkinkan perawat untuk mencatat hasil observasin atau pengukuran yang dilakukan berulang kali dan tidak perlu dicatat dalam bentuk naratif, termasuk data klinis pasien tentang TTV, BB, aliran masuk dan keluar cairan 24 jam, dan obat-obatan. Lembar Alur (*Flow Sheet*) adalah dokumentasi yang digunakan untuk mencatat data pasien secara sistematis dan teratur dalam bentuk tabel atau grafik. Lembar alur digunakan untuk mencatat data vital, hasil pemeriksaan, perawatan, dan intervensi yang diterima pasien.

   Lembar Alur sangat penting dalam dokumentasi karena mempermudah mengamati perkembangan pasien dalam satu waktu yang sama, mempermudah dalam identifikasi masalah, memudahkan dalam pembuatan

rencana perawatan dan evaluasi perawatan, serta dapat digunakan untuk mengevaluasi hasil perawatan yang diterima pasien. Oleh karena itu, lembar alur paling sering digunakan di unit kegawatdaruratan, terutama data fisiologis.

3. Catatan Pemulangan dan ringkasan Rujukan *(Discharge Notes*)

Catatan Pemulangan dan Ringkasan Rujukan (*Discharge Notes*) adalah dokumentasi yang digunakan untuk mencatat informasi mengenai kondisi pasien saat dipulangkan dari rumah sakit atau instalasi perawatan lainnya. Catatan ini juga mencakup ringkasan tentang perawatan yang diterima pasien selama masa rawat dan rencana perawatan yang akan dilakukan setelah pasien pulang. Pasien dan keluarga harus mendapatkan informasi dan sumber informasi yang diperlukan sebelum dipulangkan.

catatan pemulangan pasien berisi tentang diagnosis medis dan keperawatan yang diterima pasien selama masa rawat. Rencana perawatan yang akan dilakukan pasien setelah pulang, termasuk terapi, pengobatan, dan edukasi, instruksi yang diberikan kepada pasien mengenai perawatan di rumah, termasuk cara merawat luka, mengambil obat, dan menghindari komplikasi serta nama dokter dan perawat yang merawat pasien.

Catatan Pemulangan dan Ringkasan Rujukan (*Discharge Notes*) sangat penting karena menyediakan informasi yang dibutuhkan oleh dokter dan perawat di fasilitas kesehatan selanjutnya untuk melakukan perawatan yang tepat dan menghindari kesalahan dalam pengobatan. Catatan ini juga membantu dalam evaluasi hasil perawatan yang diterima pasien dan dalam

mengidentifikasi masalah yang mungkin muncul setelah pasien pulang.

6.5 Model Pendokumentasian CBE (*Charting By Exception*)

Model pendokumentasian CBE (*Charting By Exception*) adalah salah satu model dokumentasi keperawatan yang menitikberatkan pada perubahan kondisi pasien dari waktu ke waktu, dimana dokter atau perawat hanya mencatat perubahan atau kondisi abnormal dari pasien, sementara kondisi normal tidak perlu dicatat. Hal ini membuat dokumentasi lebih efisien dan fokus pada informasi penting yang memerlukan tindakan medis segera. Model ini sering digunakan dalam lingkungan perawatan yang berbasis komputer, di mana sistem otomatis mengidentifikasi kondisi abnormal dan memberi peringatan kepada perawat untuk melakukan dokumentasi. Ini juga dapat digunakan dalam perawatan rumah sakit, perawatan lansia, dan perawatan kesehatan lainnya.

Pendokumentasian CBE membuat dokumentasi lebih efisien dan fokus pada informasi penting yang memerlukan tindakan medis segera. Namun, penting untuk diingat bahwa pendokumentasian CBE harus digunakan dengan bijak dan harus diikuti dengan prosedur yang jelas dan standar.

Contoh :

1. Suatu pasien dengan diabetes yang dirawat di rumah sakit. Perawat mencatat gula darah pasien setiap hari. Namun, karena kondisi pasien stabil dan tidak ada perubahan, perawat hanya mencatat perubahan kondisi pasien jika gula darah pasien di luar batas normal.
2. seorang pasien yang dirawat di ruang penyakit dalam dengan infeksi saluran napas. Perawat mencatat perubahan dalam suhu tubuh, denyut jantung, dan pernapasan pasien setiap hari. Namun, karena kondisi pasien stabil dan tidak ada perubahan, perawat hanya

mencatat perubahan kondisi pasien jika suhu tubuh pasien di atas batas normal atau jikapasien mengalami sesak napas

Keuntungan dan kerugian model pendokumentasian CBE

Keuntungan model dokumen CBE (*charts by exception*) adalah:

1. Tersusunnya standar minimal untuk evaluasi dan investasi keperawatan.
2. Data abnormal terlihat jelas.
3. Data abnormal mudah diberi label dan dipahami.
4. Hemat waktu atau tabel dokumen.
5. Dapat mengurangi duplikasi dokumen atau dokumen ganda.

Kerugian model dokumentasi CBE adalah:

1. Dokumentasi sangat tergantung pada checklist yang dibuat.
2. Kemungkinan ada pendokumentasian yang tidak ada.
3. Dokumen-dokumen yang sifatnya rutin sering diabaikan
4. Tidak disesuaikan dengan dokumen-dokumen disiplin ilmu lain.
5. Pedoman penulisan pendokumentasian CBE meliputi beberapa hal sebagai berikut:
6. Informasi dasar: Nama pasien, umur, jenis kelamin dan informasi pasien.
7. Informasi dasar: setelah masuk rumah sakit atau pengobatan awal.
8. Perubahan data: Perubahan kondisi pasien dari waktu ke waktu.
9. Setiap diagnosa medis dituliskan saat pemulangan pasien.
10. Evaluasi: digunakan untuk mengevaluasi hasil perawatan yang diterima pasien. Ini memungkinkan dokter dan

perawat untuk mengevaluasi efektivitas perawatan yang diberikan dan membuat perubahan jika diperlukan.

6.6 Model Pendokumentasian PIE (*Problem-Intervention-Evaluation*)

PIE (*Problem-Intervention-Evaluation*) adalah sebuah model dokumentasi yang digunakan untuk menjelaskan suatu masalah, intervensi yang digunakan untuk mengatasi masalah tersebut, dan evaluasi dari intervensi tersebut. Model ini sangat berguna dalam menyajikan informasi yang jelas dan terstruktur. Pada bagian Problem, dijelaskan masalah yang dihadapi dengan jelas dan detail. Pada bagian Intervensi, dijelaskan intervensi yang digunakan untuk mengatasi masalah tersebut. Dan pada bagian Evaluasi, dijelaskan hasil dari intervensi tersebut dan apakah intervensi tersebut berhasil atau tidak dalam mengatasi masalah.

Penggunaan PIE

Format PIE cocok untuk sistem perawatan primer. Dalam situasi klien akut, perawat dapat melakukan dan mendokumentasikan penerimaan awal klien dan memeriksa sistem tubuh bertanda PIE setiap hari. Asisten Perawat (PA) kemudian mengintervensi sesuai rencana, karena PIE adalah keperawatan berbasis proses, ini sangat membantu menjembatani kesenjangan antara pembelajaran di kelas dan situasi kehidupan nyata dalam praktik terdokumentasi aktual di lapangan.

Dokumentasi PIE tidak termasuk pengendalian internal, tetapi kegiatan ini ditulis secara terpisah (diagram alir). Ini mencegah duplikasi informasi atau tindakan. Masalah pasien dalam dokumentasi PIE dapat diberi nomor sesuai dengan masalah pasien. Masalah pasien yang terselesaikan

dikecualikan dari dokumentasi harian dan masalah yang sedang berlangsung dicatat setiap hari.

P : Keluhan pasien berupa yang ditulis dalam bentuk diagnosia keperawatan (bersihan jalan nafas tidak efektif b/d penumpukan sekret).

I : Tindakan yang diambil oleh dokter dan perawat untuk mengatasi masalah kesehatan yang diidentifikasi pada pasien

- Atur posisi pasein setengah duduk/semi fowler.
- Berikan perawatan dengan drainase postural dan fisioterapi dada.
- Memberikan edukasi kesehatan: Misalnya, memberikan informasi tentang cara pencegahan penularan ispa.

E : Mengevaluasi efektivitas perawatan yang diberikan dan membuat perubahan jika diperlukan. Setelah diposisikan semi fowler pasien dapat bernapas normal, RR = 18x/m, bunyi paru vesikuler.

Karakteristik PIE

1. Terstruktur: Model PIE menyajikan informasi dengan struktur yang jelas dan teratur, sehingga mudah dipahami oleh audiens.
2. Menyoroti masalah: PIE menyoroti masalah yang dihadapi dan memberikan solusi yang sesuai untuk mengatasi masalah tersebut.
3. Fokus pada intervensi: Model ini menjelaskan intervensi yang digunakan untuk mengatasi masalah dan mengevaluasi hasil dari intervensi tersebut.
4. Membantu dalam pembuatan keputusan: Model PIE membantu dalam pembuatan keputusan yang tepat dan meningkatkan efektivitas dari intervensi yang digunakan.

5. Menyediakan data yang jelas: Model PIE menyediakan data yang jelas dan terukur untuk digunakan dalam evaluasi intervensi.
6. Fleksibel : PIE bisa digunakan dalam berbagai bidang seperti kesehatan, pendidikan, bisnis, dll.
7. Memperlihatkan hasil yang jelas: Model PIE menjelaskan hasil dari intervensi yang digunakan dan apakah intervensi tersebut berhasil atau tidak dalam mengatasi masalah.
8. Setiap masalah yang diidentifikasi harus di evaluasi setidaknya setiap 8 jam (di setiap shift).

Keuntungan dan kerugian Pendokumentasian PIE
Keutungan

1. Membantu dalam pembuatan keputusanyang tepat dan meningkatkan efektivitas dari intervensi yang digunakan.
2. Menyediakan data yang jelas data yang jelas dan terukur untuk digunakan dalam evaluasi intervensi.
3. Memperlihatkan hasil yang jelas: Model PIE menjelaskan hasil dari intervensi yang digunakan dan apakah intervensi tersebut berhasil atau tidak dalam mengatasi masalah.
4. Meningkatkan komunikasi: Model PIE membantu dalam komunikasi antar pihak dengan menyajikan informasi yang jelas dan terstruktur.
5. Memperbaiki kualitas dokumentasi: Model PIE menyajikan dokumentasi yang berkualitas tinggi dan bermanfaat bagi audiens.
6. Memudahkan monitoring dan evaluasi karena memberikan data yang jelas dan terukur.
7. Dapat dengan mudah menggambarkan proses pengembangan pasien mulai dari masuknya pasienhingga kembali ke rumah.
8. Dapat diadaptasi untuk dokumentasi otomatis.

Kerugian

1. Tidak dapat digunakan sebagai dokumen untuk semua disiplin ilmu.
2. Pembatasan rencana intervensi yang tidak aplikatif berlaku untuk beberapa situasi keperawatan tertentu.

Tabel. 6.5 Contoh Model Dokumentasi PIE

Nama :
Umur :
No REG :
Ruangan :
No kamar :

No	Tgl/ Jam	Problem	intervensi	Evaluasi			TTD
				P	S	M	
1	24/01/23 08.30	Bersihan jalan nafas tidak efektif b/d akumulasi sekret	Tujuan: bersihan jalan nafas efektif setelah diberikan asuhan keperawatan selama 2 x 24 jam Kriteria hasil Rencana tindakan keperawatan: Observasi TTV Posisikan pasien semi-fowler. Lakukan postural drainase dan fisioterapi dada. Kolaborasi pemberian terapi oksigen Kolaborasi	S: O: A: P: I: E:	S: O: A: P: I: E	S: O: A: P: I: E	

			pemberian nebilisasi				

Sumber: Eer Winda 2012

6.7 Model OASIS (*Outcome and Assessment Information Set*)

Model OASIS (*Outcome and Assessment Information Set*) adalah model pendokumentasian yang digunakan dalam perawatan kesehatan di rumah (*home care*) dan perawatan geriatri. Model ini terdiri dari beberapa item yang mencakup informasi tentang kondisi pasien, hasil perawatan, dan evaluasi pasien.

OASIS mencakup informasi tentang:

1. Kondisi pasien (nama, umur, jenis kelamin dll)
2. Kondisi medis (diagnosa, kondisi kesehatan saat ini dll)
3. Riwayat kesehatan (riwayat medis, riwayat perawatan dirumah, dll)
4. Fungsi pasien (kemampuan untuk melakukan aktifitassehari-hari)
5. Lingkungan pasien (lingkungan rumah, dukungan keluarga dll).
6. Hasil perawatan (perubahan dalam kondisi pasien, perubahan dalam fungsi pasien, perubahan peran pasien, dll).
7. Evaluasi pasien (hasil perawatan yang diharapkan, satisfaksi pasien, dll).

Contoh penggunaan model OASIS dapat dilihat dalam pendokumentasian perawatan seorang pasien di rumah sakit. Berikut ini adalah contoh penggunaan model OASIS untuk pasien dengan diagnosa stroke:

1. *Problem* (P): Pasien mengalami stroke dengan gejala kelemahan pada sisi kanan tubuh

2. *Etiology* (E): Pasien memiliki riwayat hipertensi dan merokok
3. *Symptom* (S): Pasien mengeluh sakit kepala dan pusing, serta mengalami kesulitan dalam berbicara
4. *Outcome* (O): Pasien diharapkan dapat meningkatkan fungsi fisik dan kognitif serta mengurangi risiko komplikasi.
5. *Assessment* (A): Pasien akan dilakukan terapi fisik dan terapi bicara, serta diberikan obat-obatan untuk menurunkan tekanan darah dan mencegah komplikasi.
6. *Intervention* (I): Pasien akan diberikan terapi fisik dan terapi bicara secara rutin, serta diawasi kondisi medisnya.
7. *Safety* (S): Pasien akan diberikan pengingat untuk mengontrol tekanan darah dan diawasi untuk menghindari komplikasi.

Seperti yang dijelaskan di atas OASIS mencakup beberapa item yang mencakup informasi tentang kondisi pasien, hasil perawatan, dan evaluasi pasien. Dari contoh di atas, dapat dilihat bahwa perawat mencatat informasi tentang masalah kesehatan pasien, faktor yang menyebabkan masalah kesehatan, gejala yang dialami pasien, hasil yang diharapkan, tindakan yang diambil, dan aspek keamanan yang diterapkan.

Model OASIS memiliki beberapa kelebihan dalam pendokumentasian perawatan kesehatan di rumah dan perawatan geriatri, diantaranya:

1. Menyediakan data yang konsisten dan terstandar: Model OASIS menyediakan item yang sama untuk setiap pasien yang dirawat, sehingga memungkinkan untuk perbandingan yang valid antar pasien dan antar perawat.
2. Memungkinkan evaluasi hasil perawatan: Model OASIS menyediakan item yang berkaitan dengan hasil perawatan, sehingga memungkinkan perawat dan tim

kesehatan lainnya untuk mengevaluasi hasil perawatan yang diberikan dan membuat perubahan yang diperlukan.

3. Memungkinkan pelacakan perkembangan pasien: Model OASIS menyediakan item yang berkaitan dengan kondisi pasien dan fungsi pasien, sehingga memungkinkan perawat dan tim kesehatan lainnya untuk melacak perkembangan pasien dari waktu ke waktu.
4. Memungkinkan monitoring kualitas perawatan: Model OASIS digunakan sebagai standar perawatan, sehingga memungkinkan perawat dan tim kesehatan lainnya untuk memantau kualitas perawatan yang diberikan dan mengejar kinerja yang lebih baik.
5. Memungkinkan perbandingan antara perawatan di rumah dan perawatan di fasilitas kesehatan: Model OASIS digunakan dalam perawatan di rumah dan perawatan geriatri, sehingga memungkinkan perbandingan antara perawatan di rumah dan perawatan di fasilitas kesehatan seperti rumah sakit atau pusat perawatan.

Model OASIS memiliki beberapa kekurangan dalam pendokumentasian perawatan kesehatan di rumah dan perawatan geriatri, diantaranya:

1. Memerlukan waktu yang cukup lama untuk mengisi formulir: Model OASIS memerlukan perawat untuk mengisi formulir yang cukup panjang dan detail, sehingga dapat mengambil waktu yang cukup lama dan menyebabkan keterlambatan dalam memberikan perawatan kepada pasien.
2. Memerlukan pengetahuan yang luas tentang diagnosa medis: Model OASIS mengharuskan perawat untuk memiliki pengetahuan yang luas tentang diagnosa medis dan kondisi pasien sebelum mengisi formulir, sehingga

dapat menyulitkan perawat yang tidak memiliki latar belakang pendidikan medis.

3. Dapat meningkatkan biaya perawatan: Model OASIS memerlukan perawat yang terlatih untuk mengisi formulir dan mengevaluasi data yang diperoleh, sehingga dapat meningkatkan biaya perawatan.
4. Kurang fleksibel : Model OASIS memiliki kriteria yang ketat untuk menentukan kondisi pasien dan hasil perawatan, sehingga dapat menyulitkan perawat dalam menentukan tindakan yang tepat untuk setiap pasien.
5. Kekurangan dalam hal pengukuran fungsi pasien: Model OASIS tidak memiliki item yang cukup untuk mengukur fungsi pasien secara komprehensif dan sistematis, sehingga menyulitkan perawat untuk mengetahui perkembangan pasien.

DAFTAR PUSTAKA

Adinda, D. (2015). Model Dan Teknik-Teknik Pendokumentasian Dalam Abstrak Latar Belakang Tujuan Metode." file:///C:/Users/hp/AppData/Local/Temp/Model Dan Teknik-Teknik Pendokumentasian Dalam Asuhan Keperawatan.pdf.

Ali, Z. (2010). *Dasar – dasar dokumentasi keperawatan* . Jakarta: EGC

Cabin, W. D. (2010). Lifting The Home Care Veil From Depression: Oasis-c And Evidence-Based Practice. *Home Health Care Management And Practice*, *22*(3), 171–177. https://doi.org/10.1177/1084822309348693

Dalami, dkk. (2011). *Dokumentasi keperawatan dengan kurikulum berbasis kompetensi*. Jakarta: Trans Info Media

Defni, Susriweti (2017) *Pengaruh Pendokumentasian Model Checklist Terhadap Kelengkapan Pendokumentasian Asuhan Keperawatan Di Rsud Arosuka Tahun 2017.*

Hirzal, H., Ardenny, A., & w, D. (2018). Efektivitas Format Pendokumentasian Keperawatan Model Problem Oriented Record (Por) Terhadap Kemudahan Penggunaannya Oleh Perawat Di Rawat Jalan Rsud Petala Bumi Pekanbaru Tahun 2013. *JPK : Jurnal Proteksi Kesehatan*, *3*(1). https://doi.org/10.36929/jpk.v3i1.22

Supratti, S., & Ashriady, A. (2018). Pendokumentasian Standar Asuhan Keperawatan Di Rumah Sakit Umum Daerah Mamuju. *Jurnal Kesehatan Manarang*, *2*(1), 44-51.

Winda, E. (2012). PIE (Peoblem, Intervensi, Evaluasi) Dokumentasi Keperawatan. Media keperawatan. http://eerwinda.blogspot.com/2012/01

BAB 7
KARAKTERISTIK DAN PRINSIP DOKUMENTASI KEPERAWATAN

Oleh Shieva Nur Azizah Ahmad

7.1 Pendahuluan

Keperawatan merupakan profesi yang tindakannya ditentukan oleh pengetahuan dan keterampilan yang terbukti dalam profesinya, oleh karena itu, sebagai profesi keperawatan, perawat mempunyai indepensi dan tunduk pada tanggung jawab atas kekuatan, tindakan, dan aktivitasnya serta etos kerjanya juga berorientasi pada pelayanan dengan memberikan kepedulian terhadap individu, kelompok atau komunitas masyarakat (Hidayat, 2011).

Menurut Nursalam (2013), dokumen keperawatan adalah dokumen tertulis yang memuat semua kegiatan perawatan yang bermanfaat bagi klien, perawat dan tim kelompok profesi lainnya serta dapat digunakan sebagai alat yang sah bilamana diperlukan. Pendokumentasian meliputi asesmen, diagnosis, intervensi, implementasi dan evaluasi. Dokumentasi dianggap lengkap apabila perawat mencatat semua proses keperawatan yang dilakukan dengan melengkapi keseluruhan formular secara tepat bilamana perawat selalu mencatat terlebih dahulu tanggal, waktu dan daftar kondisi pasien (Setiadi, 2012).

Dokumentasi diperlukan untuk merencanakan perawatan pasien, mengembangkan indikator perawatan, dan indikator praktik keperawatan yang berkualitas (Collins et al.,

2013). Asuhan keperawatan yang berkualitas harus konsisten dengan karakteristik proses keperawatan, dengan sistem terbuka, fleksibilitas untuk memenuhi kebutuhan dan dinamika pasien, berpusat pada pasien, terencana, terarah, dan umpan balik (Tuinman, 2017).

Perawat sebagai pemimpin dalam memberikan asuhan sangat mempengaruhi keberhasilan asuhan terdokumentasi (Potter & Perry, 2005). Dokumentasi keperawatan esensial dipandang oleh perspektif peraturan, mutu pelayanan, interaksi, finansial, edukasi, riset dan sertifikasi (Nursalam, 2011). Keutamaan catatan keperawatan menyiratkan bahwa asuhan keperawatan yang terorganisir dengan saluran yang lancer dari perawat dan tim kesehatan lainnya seperti kerabat klien (Wang, Hailey, & Yu, 2011).

Mutu pelayanan keperawatan tegantung pada pendokumentasian keperawatan apabila pendokumentasian lengkap maka mutu pelayanan juga meningkat hal ini dikarenakan mutu pelayanan dapat menentukan sejauh mana keberhasilan keperawatan telah dicapai dan merupakan aspek hukum keperawatan sebagai bukti tertulis jika suatu saat klien merasa tidak puas dengan pelayanan keperawatan yang telah diterima (Yanti, RI dan Warsito, 2013).

7.2 Etika Menulis

Elemen dasar prinsip dokumentasi Nursalam (2008) diantaranya yaitu:

1. Catatan keperawatan dipersiapkan segera setelah penilaian awal dan pada setiap tahapan keperawatan
2. Apabila memungkinkan, tuliskan reaksi untuk setiap pasien dan keluarga
3. Memastikan keakuratan semua informasi yang tercatat dalam dokumentasi

4. Semua informasi pasien bersifat objektif dan tidak boleh ditafsirkan oleh staf perawat. Oleh karena itu perawat menuliskan hal yang muncul serta reaksi pasien untuk memberikan asuhan bagi pasien dari satu asesmen ke asesmen berikutnya.
5. Melakukan pencatatan asuhan keperawatan secara lengkap, bila terjadi kejadian berikut: perubahan status menimbulkan polemik serta reaksi pasien terhadap nasehat perawat.
6. Hindari pencatatan kosakata yang ambigu di setiap catatan. Terminologi sebaiknya menyesuaikan dengan kearifan organisasi lokal
7. Dokumen standar harus dihindari, karena klien memiliki keunikan yang memiliki perlakuan tidak sama
8. Informasi yang dicatat dengan valid menggunakan pena agar tidak mudah terhapus.
9. Tidak ada alasan untuk memodifikasi teks untuk menyembunyikan kekeliruan. Jika ada kekeliruan klerikal, dapat dicoret dan segera diganti dengan kekeliruan yang benar dan ditandatangani.
10. Pencatatan harus dicantumkan durasi, paraf dan identitas lengkap pembuat berkas dengan jelas.
11. Sangat penting untuk membaca semua posting oleh anggota tim medis lainnya sebelum merekam data akhir.
12. Teks harus disajikan dengan jelas dan lengkap.

7.3 Dokumentasi Keperawatan

Menurut Setiadi (2012) dokumentasi keperawatan harus dilengkapi diantaranya sebagai berikut:

1. Adanya format untuk dilaksanakannya dokumentasi keperawatan.
2. Pencatatan dilaksanakan oleh pengamat secara langsung
3. Dokumen disusun sesegera paska tindakan dilakukan

4. Dokumen ditulis dalam urutan konsekutif
5. Akronim dilaksanakan bersamaan
6. Masukkan tanggal, jam, dan identitas penulis
7. Dokumen harus seksama, benar, lengkap, dapat dibaca serta ditulis menggunakan pena
8. Dilarang menghapus teks pada dokumen dengan penghapus atau bahan lainnya.

7.4 Tahapan Dokumentasi Keperawatan

Menurut Setiadi (2012), tahapan dokumentasi keperawatan diantaranya :

1. Prinsip penulisan dokumentasi pada fase pengkajian:
   a. Terorganisir : penilaian dari awal sampai akhir
   b. Dokumen terstruktur dan berkesinambungan.
   c. Sertakan akumulasi data catatan, agregasi dan analisis data dukungan pasien
   d. Tulis dengan transparan dan ringkas
   e. Catat durasi waktu, penanggalan, identitas dan *signature* orang yang melakukan penelitian.
   f. Mengikuti peraturan atau prosedur yang digunakan dan disepakati oleh instusi rumah sakit

2. Prinsip penulisan dokumentasi pada fase diagnose
   a. Memakai model PES untuk keseluruhan perkara praktis serta model PE untuk perkara risiko
   b. Masukkan diagnosis keperawatan yang berisiko dalam format keperawatan.
   c. Mulailah dengan idiom diagnose keperawatan mendefinisikan keterangan data untuk diagnose keperawatan yaitu menempatkan diagnosis keperawatan dalam tabel perkara
   d. Sertakan diagnose keperawatan pada daftar masalah

e. Mengkaitkan ke setiap diagnosis keperawatan saat menghadapi permasalahan keperawatan.
f. Memakai diagnosis keperawatan untuk memandu keputusan, intervensi, dan penilaian untuk setiap shift perawat
g. Mencatat identitas, durasi waktu, penanggalan dan signature perawat yang melakukan tindakan keperawatan.

3. Prinsip penulisan dokumentasi fase intervensi
   a. Dalam memulai menulis rencana tindakan, tinjau semua data yang tersedia
   b. Skema masalah nyata dan jenis risiko dan peluang. Prioritaskan masalah yang benar-benar mengancam kesehatan Anda
   c. Mengartikulasikan kriteria hasil yang spesifik, terukur, dan diharapkan yang membantu mendefinisikan masalah klien dan mengidentifikasi keterampilan kognitif, emosional, dan psikomotor utama.
   d. Alasan untuk prinsip spesifik dalam penulisan diagnosis
   e. Mengawali rencana tindakan dengan kata kerja tindakan. Tulis *vital sign* pada setiap shift kerja
   f. Tuliskan alasan rencana tindakan
   g. Catat penamaan, tanggal, waktu, dan *signature* pelaksana
   h. Rencana tindakan disimpan sebagai permanen
   i. Jika memungkinkan, libatkan klien dan keluarganya dalam perencanaan
   j. Rencana tindakan harus tepat pada waktunya serta berusaha untuk selalu up to date.
   k. Pasien dan keluarga mereka jika memungkinkan dimasukkan dalam rencana.

l. Rencana aksi memiliki tenggat waktu dan berusaha untuk tetap up to date

4. Prinsip penulisan dokumentasi fase implementasi
   a. Dokumentasi pelaksanaan intervensi
   b. Gunakan bolpoin yang tulisannya jelas, dan jika tulisannya kurang jelas, tulis dengan huruf kapital. Jika salah, jangan dihapus. Coret dan tulis ulang di atas atau di sampingnya
   c. Selalu ingat untuk menuliskan waktu penampil, waktu pelaksanaan, dan tanda tangan
   d. Tidak meninggalkan baris kosong dan ketik menyamping untuk mengisi ruang yang tidak terpakai
   e. Ingatlah untuk mendokumentasikan tindakan Anda sesegera mungkin setelah mengambilnya.
   f. Menerapkan kata kerja aktif untuk menggambarkan apa yang terjadi
   g. Catat reaksi klien pada prosedur yang dilakukan
   h. Mendokumentasikan prinsip aman nyaman dan pencegahan penyakit pelanggan serta pengendalian wilayah.

5. Prinsip dokumentasi fase evaluasi
   a. Memulai atau mengikuti penilaian dengan data penunjang
   b. Rekam jejak intervensi keperawatan melalui asesmen formatif
   c. Memakai penilaian sumatif pada saat pasien pemulangan atau pemindahan pasien
   d. Mendapatkan data asesmen dan intervensi untuk memperoleh asesmen sumatif. Perhatikan juga reaksi pasien.
   e. Laporan penilaian formatif dan sumatif dimasukkan ke dalam catatan kesehatan.

f. Hubungkan informasi spesifik disajikan dengan hasil yang dicapai oleh perawat
g. Informasi evaluasi perkiraan yang diinginkan akan dipakai untuk mengukur kemajuan klien.

Karakteristik dan prinsip dokumentasi keperawatan harus memenuhi (Carpenito, 2008) yaitu :

1. Aspek-aspek keakuratan data
   Accuracy adalah data menyesuaikan keadaan klien. Perawat memasukan data yang terdapat dalam catatan keperawatan harus akurat serta konsisten dengan data identifikasi, laboratorium, dan radiografi yang benar dari klien. Aspek penting dan tidak membingungkan dengan pelanggan lain. Misalnya saat memasukkan informasi penggunaan obat, perawat dengan teliti memberikan obat yang diresepkan kepada Ny. X tidak boleh diberikan kepada Ny. Z.
2. *Brevity* (ringkas)
   Dalam hal pendokumentasian, semua petugas harus ringkas, sehingga dalam memahami isi dokumen perawatan harus ringkas dan menghindari kata atau kalimat yang tidak penting atau tidak tepat maknanya tidak boleh dicantumkan. Dalam hal pendokumentasian, semua petugas/perawat harus dapat memahami dengan cepat dan mudah tanpa memasukkan kata atau frasa yang tidak relevan dengan makna yang tidak tepat.
3. *Readability* (keterbacaan)
   Persiapan catatan dokumentasi dapat dibaca dan dimengerti oleh perawat lain dan profesilain yang terlibat dalam dokumentasi.

Prinsip-prinsip dokumentasi menurut Carpenito (2008) adalah sebagai berikut :

a. Pendokumentasian harus dilakukan segera setelah pengkajian awal, serta pada setiap tahap aktivitas keperawatan
b. Jika memungkinkan, dokumentasikan respon setiap pasien/keluarga terhadap informasi/data esensial terkait kondisinya
c. Menjamin keakuratan informasi yang akan direkam
d. Informasi klien bersifat objektif, tidak interpretasi dari perawat, perawat menuliskan apa yang muncul dari reaksi pasien terhadap pengobatan klien dari satu pengkajian ke pengkajian berikutnya
e. Dokumentasikan secara lengkap jika terjadi hal berikut: pergantian situasi perkara baru serta reaksi pasien terhadap nasehat yang diberikan oleh perawat
f. Dokumentasi standar sebaiknya disingkirkan karena karakteristik keadaan klien berbeda
g. Hindari penggunaan akronim tertulis yang ambigu untuk setiap catatan yang direkam, sebagaimana disetujui atas kebijakan lembaga setempat
h. Informasi tersebut ditulis secara sah dengan pena dan agar tidak mudah terhapus
i. Dalam memperbaiki atau menyembunyikan kekeliruan jika terjadi ketikan yang salah, mencoret serta mengganti dengan kesalahan yang sama persis, lalu tandatangani
j. Untuk setiap aktivitas dokumen, tentukan waktu penandatanganan dan nama lengkap penulis
k. Sangat penting untuk membaca semua tulisan tenaga medis lainnya sebelum merekam data akhir.
l. Dokumen harus akurat, jelas dan lengkap

Potter & Perry (2005) menjelaskan secara rinci prinsip-prinsip dokumentasi keperawatan diantaranya sebagai berikut:

a. Tidak mencoret dengan tanda x atau keliru ejaan, saat menulis yang benar, gunakan baris untuk ejaan yang keliru, kosakata yang keliru, inisial dan tuliskan secara benar
b. Jangan menulis komentar kritis tentang klien ataupun tenaga kesehatan lain. Karena hal itu bisa menunjukkan perilaku yang tidak profesional atau pemeliharaan yang buruk
c. Perbaiki kekeliruan segera karena kesalahan penulisan mengikuti kesalahan operasional
d. Tulisan pastikan akurat, teliti serta dapat diandalkan, memastikan bahwa yang tertulis adalah faktual bukan kekeliruan tertulis
e. Tidak tinggalkan bagian kosong diakhir dokumentasi, karena dapat menambah informasi yang keliru pada bagian yang kosong tadi, untuk itu buat garis horizontal sepanjang area yang kosong dan berikan signature
f. Semua catatan wajib dapat dibaca dan ditulis dengan pena dan menggunakan bahasa yang jelas.
g. Saat perawat menerima perintah, menuliskan kembali untuk kejelasan
h. Catatan untuk anda yang bertanggung jawab dan bertanggung gugat atas informasi yang telah dituliskan dalam dokumentasi
i. Tinggalkan penulisan yang bersifat umum (kurang spesifik), karena informasi khusus tentang kondisi klien secara tidak sengaja terhapus jika informasi terlalu umum. Oleh karena itu penulisan harus lengkap,,singakat padat dan objektif.
j. Memastikan sistematika kejadian dicatat dan diberikan *signature* setelah menulis dokumentasi. Oleh karena itu dokumentasi keperawatan bersifat objektif, komprehensif,

valid dan menggambarkan kondisi pasien serta apa yang terjadi pada dirinya.

7.5 Metode Dokumentasi

Metode dokumentasi keperawatan meliputi metode naratif metode masalah POMR (berorentasi medical record), metode SOAP/IER dan metode *focus charting*. Setiap metode dokumentasi dijelaskan sebagai berikut :

1. Metode naratif
   Metode naratif merupakan dokumentasi masa lampau. Kerangka dokumen informasi sesuai dengan situasi pelanhhan Informasi dicatat dalam laporan peningkatan tanpa format kerja organisasi. Untuk menemukan informasi yang diperlukan, informasi tersebut harus disortir.

2. Masalah Berorientasi Medical Record (POMR)
   Metode ini didasarkan pada daftar masalah klien yang disiapkan oleh anggota tim kesehatan Proses pengobatan dasar metode POMR dalam membuat laporan masalah klien Potter et al (2006) menyatakan bahwa keuntungan dari metode ini adalah dapat menyoroti persepsi pasien tentang masalah mereka, membutuhkan penilaian serta peninjauan intervensi perawatan yang berkelanjutan, menjamin kesinambungan perawatan antara anggota tim kesehatan, dan meningkatkan komunikasi yang efektif antar anggota. Tim perawatan kesehatan meningkatkan pengumpulan data, memberikan informasi dalam urutan kronologis dan memperkuat proses perawatan.

3. SOAP/IER
   Metode berbasis dokumentasi merupakan cara terorganisir untuk mengembangkan catatan perkembangan naratif yang ditulis oleh semua anggota tim kesehatan menggunakan SOAP (subjektif, objektif, analisis dan perencanaan). IER (Intervensi, Evaluasi dan Review). Tujuan rencana tindakan, intervensi yang diusulkan sebagai intervensi diidentifikasi dan dimodifikasi untuk memenuhi kebutuhan klien Mengevaluasi bagaimana hasil pengobatan dievaluasi.
4. *Focus Charting*
   Dalam metode dokumentasi ini, perawat menetapkan "prioritas" berdasarkan masalah atau perilaku klien yang diamati selama pengkajian. Misalnya, focus dokumentasi mungkin mencerminkan perhatian atau perilaku pasien, seperti penurunan keluaran urin. Perubahan kondisi atau perilaku pelanggan, misalnya kebingungan tentang waktu, tempat, dan orang. Dalam pemetaan fokus, penilaian kondisi klien dalam hubungannya dengan intervensi yang dilakukan dan efek intervensi pada hasil klien diatur di bawah judul data, tindakan, dan respon. Penargetan yang mendukung penyebutan data secara subyektif atau menggambarkan keadaan klien selama acara atau operasi penting. Perawatan yang diberikan atau direncanakan berdasarkan penilaian klien dan status perawatan, tanggapan yang lebih jelas terhadap intervensi yang memengaruhi hasil klien. Lembar dan daftar periksa sering digunakan untuk mendokumentasikan rutinitas, penilaian dan pengamatan yang sedang berlangsung seperti kebersihan pribadi, *vital sign*, rekaman dan hasil. Informasi atau daftar yang disimpan dalam buku harian tidak perlu diulangi dalam protocol pengobatan.

Perawatan yang diimplementasikan atau direncanakan berdasarkan pengkajian keperawatan dan status klien. Tanggapan terhadap intervensi yang terkait dengan hasilklien lebih jelas. Lembar dan daftar periksa sering digunakan untuk mendokumentasikan rutinitas, penilaian dan pengamatan berkelanjutan seperti kebersihan pribadi, tanda-tanda vital, asupan dan keluaran. Informasi yang dicatat dalam jurnal atau daftar tidak perlu diulangi dalam catatan Riwayat perawatan.

DAFTAR PUSTAKA

Carpenito. 2008. *Buku Saku Diagnosa Keperawatan*. Jakarta : EGC

Collins , S., Cato, K., Albers, D., Scott, K., Stetson, P., Bakken, S. et al.

2013. *Relationship between nursing documentation and patients mortality*. Am J Crit Care.

Hidayat, A. A. 2011. *Pengantar Konsep Dasar Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.

Nursalam. 2008. *Proses dan Dokumentasi Keperawatan*: *Konsep dan Praktik*. Jakarta: Salemba Medika

Nursalam. 2011. *Manajemen Keperawatan.edisi 3*. Jakarta : Salemba Medika.

Nursalam. 2013. *Proses dan Dokumentasi Keperawatan, Konsep dan Praktik*. Jakarta: Salemba Medika.

Potter, P., & Perry, A., G., P. 2005. *Buku Ajar fundamental Keperawatan Konsep, proses dan praktik, Edisi 4. Volume 1*. Jakarta: EGC

Setiadi. 2012. *Konsep dan Penulisan Dokumentasi Asuhan Keperawatan.* Yogyakarta: Graha Ilmu.

Tuinman, A., De Greef, M., Krijnen, W., Paans, W., Roodbol, P. 2017. *Accuracy of documentation in the nursing care plan in long-term institutional care. Geriatr Nurs* (Minneap).

Wang, N., Hailey, D., Yu, P. 2011. *Quality of nursing documentation and approaches to its evaluation: a mixed-method systematic review.* Journal of Advanced Nursing, 67 (9), 1858–1875. doi: 10.1111/j.13652648.2011.05634.x

Yanti, RI dan Warsito, B. 2013. Hubungan Karakteristik Perawat, Motivasi dan Supervisi dengan Kualitas Dokumentasi Proses Asuhan Keperawatan. Jurnal Manajemen Keperawatan, 1. No. 2, 17–114.

BAB 8
TEKNIK DOKUMENTASI DAN PELAPORAN DALAM TATARAN KLINIK

Oleh Erida Fadila

Bagian ini akan membahas inti utama dari dokumetasi keperawatan. Pada bagian ini dibahas lebih spesifik tentang teknik dokumentasi dan pembuatan laporan untuk diterapkan oleh para perawat yang bekerja dipelayanan kesehatan.

Pada prinsipnya proses dokumentasi keperawatan adalah sebuah proses yang saling bersinergi. Sesuai dengan teori Kozier adalah laporan baik komunikasi secara lisan, tulisa maupun melalui komputer untuk menyampaikan informasi kepada orang lain(Eriyani 2020) .

Merupakan informasi tertulis tentang status dan perkembangan kondisi klien serta semua kegiatan asuhan keperawatan yang dilakukan oleh perawat. Dalam penulisan asuhan keperawatan, diperlukan teknik dokumentasi dan pelaporan keperawatan. Adapun proses dokumentasi keperawatan mencakup pengkajian, identifikasi masalah, perencanaan tindakan dan evaluasi.

8.1 Pengertian

8.1.1 Teknik Dokumentasi

Teknik dokumentasi keperawatan adalah proses pengumpulan, penyimpanan, dan penyebarluasan informasi yang akurat dan terkini tentang kondisi pasien dalam konteks

perawatan keperawatan. Ini termasuk catatan perawatan yang detil tentang asesmen pasien, intervensi yang dilakukan, respons pasien, dan perubahan kondisi pasien. Dokumentasi ini digunakan untuk perencanaan perawatan pasien, evaluasi hasil perawatan, dan pengambilan keputusan klinis. Standar dokumentasi yang digunakan harus sesuai dengan peraturan yang berlaku dan harus diikuti oleh semua perawat yang terlibat dalam perawatan pasien(Oktavianti 2019).

Beberapa teori yang digunakan dalam teknik dokumentasi keperawatan meliputi:

a. Teori Sistem Orem: yang menekankan bahwa perawat harus mengumpulkan data yang cukup untuk mengevaluasi kondisi pasien dan merencanakan perawatan yang sesuai
b. Teori Roy Adaptation: yang menyarankan bahwa dokumentasi harus mencakup aspek fisiologis, psikologis, sosial, dan spiritual dari pasien
c. Teori Benner Novice to Expert: yang menyatakan bahwa perawat harus meningkatkan keterampilan dokumentasi mereka seiring dengan peningkatan keterampilan klinis.
d. Teori Nursing Process: yang menyatakan bahwa dokumentasi harus mencakup asesmen, diagnosis, rencana, implementasi, dan evaluasi perawatan pasien.
e. Teori Nursing Informatics: yang menekankan pentingnya teknologi dalam pengumpulan, penyimpanan, dan penyebarluasan data kesehatan yang akurat dan terkini untuk pengambilan keputusan klinis yang efektif.

Semua teori ini memiliki kesamaan dalam menekankan pentingnya pengumpulan data yang akurat dan terkini, yang digunakan untuk perencanaan perawatan pasien dan pengambilan keputusan klinis yang efektif.

Dalam penerapan teknik dokumentasi keperawatan dapat diterapkan dalam tatanan klinik secara bekerja sama, dengan tujuan untuk menjamin dokumentasi yang akurat, lengkap, dan

sesuai standar yang ditetapkan untuk memastikan kualitas perawatan pasien. Berikut beberapa teori yang digunakan dalam teknik dokumentasi keperawatan:

a. Teori Proses Keperawatan: yang menekankan bahwa dokumentasi harus mencerminkan proses asesmen, diagnosis, perencanaan, implementasi, dan evaluasi perawatan pasien.
b. Teori Kualitas Dokumentasi: yang menekankan bahwa dokumentasi harus akurat, lengkap, terkini, dan sesuai standar yang ditetapkan untuk memastikan kualitas perawatan pasien.
c. Teori Kepemimpinan Keperawatan: yang menekankan bahwa dokumentasi harus digunakan sebagai dasar untuk pengambilan keputusan klinis dan perencanaan perawatan pasien.
d. Teori Komunikasi: yang menekankan bahwa dokumentasi harus digunakan sebagai sarana untuk komunikasi efektif antara perawat, dokter, dan tim perawatan lainnya.
e. Teori Legal: yang menekankan bahwa dokumentasi harus sesuai dengan peraturan yang berlaku dan digunakan sebagai bukti dalam kasus hukum.

8.1.2 Pelaporan Dokumentasi

Pelaporan dokumentasi keperawatan adalah proses mencatat dan menyimpan informasi yang berkaitan dengan perawatan pasien yang diberikan oleh perawat. Dokumentasi ini digunakan untuk mengkomunikasikan informasi tentang kondisi pasien, tindakan perawatan yang diberikan, dan hasil perawatan kepada tim kesehatan lainnya. Dokumentasi ini juga digunakan sebagai bukti dari perawatan yang diberikan dan dapat digunakan untuk mengevaluasi kualitas perawatan yang diberikan(Atmanto et al. 2020).

Pelaporan dokumentasi keperawatan adalah proses mencatat informasi tentang perawatan pasien yang diberikan oleh perawat. Dokumentasi ini digunakan untuk mengevaluasi kondisi pasien, menentukan tindakan perawatan, dan mengevaluasi hasil perawatan. Dokumentasi ini juga digunakan untuk tujuan medis, hukum, dan administratif. Dokumentasi ini harus akurat, lengkap, dan tepat waktu agar dapat digunakan untuk menjamin kualitas perawatan pasien

Pelaporan dokumentasi keperawatan adalah proses mencatat dan menyimpan rekaman tentang perawatan pasien yang diberikan oleh perawat. Dokumentasi ini mencakup informasi seperti diagnosa, rencana perawatan, intervensi yang dilakukan, hasil perawatan, dan observasi pasien. Dokumentasi ini digunakan untuk mengevaluasi kualitas perawatan yang diberikan, mengevaluasi hasil perawatan, dan menyediakan informasi yang diperlukan untuk perencanaan perawatan selanjutnya.

8.2 Teknik Dokumentasi

Tahapan teknik dokumentasi keperawatan dalam tataran klinik meliputi beberapa langkah, yaitu:

a. Identifikasi data pasien: mengumpulkan informasi dasar pasien seperti nama, usia, diagnosis medis, dan lain-lain.
b. Perencanaan keperawatan: menentukan tujuan dan intervensi keperawatan yang akan dilakukan.
c. Implementasi: melakukan intervensi keperawatan yang telah direncanakan.
d. Evaluasi: mengevaluasi hasil dari intervensi keperawatan yang dilakukan.
e. Dokumentasi: mencatat semua informasi yang relevan dalam rekam medis pasien.

Dalam penulisan data asuhan keperawatan ada teknik yang harus diikuti dan diterapkan agar pendokumentasian dalam tindakan perawat sesuai dengan sistem penulisan yang sudah ditentukan. Terdapat dua bagian cara penulisan yang dipakai dalam pendokumentasian perawat.

8.2.1 Teknik Pencatatan Secara Naratif

Ini adalah teknik pencatatan yang ditulis dalam bentuk cerita atau narasi. Pencatatannya terdiri dari kalimat-kalimat yang tersusun secara logis dan kronologis. Teknik pencatatan secara naratif dalam dokumentasi keperawatan adalah metode mencatat informasi tentang perawatan pasien dengan menggunakan kalimat dan paragraf yang ditulis dalam bentuk naratif. Dalam teknik ini, catatan ditulis dengan menggambarkan peristiwa atau interaksi yang terjadi antara perawat dan pasien, seperti percakapan, observasi, dan tindakan yang dilakukan. Teknik ini digunakan untuk memberikan gambaran yang jelas dan detail tentang perawatan pasien dan membantu perawat dalam mengevaluasi perkembangan pasien. Namun, teknik ini juga memerlukan perawat yang memiliki kemampuan menulis yang baik dan memenuhi standar etika profesi keperawatan(Elvira 2019).

Dalam keperawatan, teknik pencatatan secara naratif digunakan untuk mencatat perawatan yang diberikan kepada pasien. Catatan naratif ditulis dalam bentuk kalimat yang menceritakan peristiwa, perawatan yang diberikan, dan respons pasien terhadap perawatan tersebut. Catatan ini ditulis dalam bentuk yang mudah dipahami dan diingat, sehingga memudahkan perawat untuk mengevaluasi perawatan yang diberikan dan membuat rencana perawatan selanjutnya.

Catatan naratif juga memungkinkan perawat untuk menyampaikan informasi yang komprehensif mengenai kondisi pasien, termasuk perasaan, emosi, dan masalah sosial yang

mungkin mempengaruhi kondisi pasien. Ini memungkinkan tim kesehatan lain untuk memahami situasi pasien secara keseluruhan dan membuat keputusan yang tepat. Namun, sebagian orang menganggap teknik ini tidak sesuai dengan standar kualitatif penelitian dikarenakan tidak memenuhi kriteria objektifitas.

Dalam dunia keperawatan, teknik pencatatan secara naratif digunakan untuk dokumentasi perawatan pasien. Dalam hal ini, perawat mencatat peristiwa-peristiwa yang terjadi selama perawatan pasien, termasuk observasi kondisi pasien, tindakan yang dilakukan, dan hasil yang didapat.

Pencatatan naratif ini sangat penting karena dapat memberikan gambaran yang jelas dan detail tentang kondisi pasien selama perawatan, termasuk perkembangan yang terjadi. Hal ini memudahkan perawat dalam mengevaluasi perawatan yang telah dilakukan dan membuat keputusan perawatan selanjutnya.

Selain itu, dokumentasi naratif juga dapat digunakan sebagai bukti perawatan yang telah dilakukan dalam kasus medis yang mungkin diperlukan dalam klaim asuransi atau tuntutan hukum.

Namun, perawat harus memastikan bahwa catatan yang ditulis sesuai dengan standar profesi dan etika, dan tidak mengandung informasi yang tidak perlu atau tidak sesuai dengan konteks.

Ada beberapa keuntungan dari pendokumentasian keperawatan secara naratif, diantaranya:

1. Memberikan gambaran yang jelas dan detail tentang kondisi pasien selama perawatan, termasuk perkembangan yang terjadi. Hal ini memudahkan perawat dalam mengevaluasi perawatan yang telah dilakukan dan membuat keputusan perawatan selanjutnya.
2. Dokumentasi naratif dapat digunakan sebagai bukti perawatan yang telah dilakukan dalam kasus medis yang

mungkin diperlukan dalam klaim asuransi atau tuntutan hukum.

3. Dokumentasi naratif dapat digunakan sebagai alat untuk mengevaluasi kualitas perawatan yang diberikan dan mengidentifikasi area yang perlu ditingkatkan.
4. Dokumentasi naratif dapat digunakan sebagai alat untuk mengkomunikasikan perawatan yang telah diberikan kepada rekan perawat, dokter, atau anggota tim perawatan lainnya.
5. Dokumentasi naratif dapat digunakan sebagai alat pendidikan untuk perawat yang baru atau yang ingin meningkatkan kompetensi mereka.
6. Pencatatan bentuk naratif memiliki format yang simple. Dalam format ini ada catatan tentang masalah kejadian, berbagai perubahan, berbagai intervensi, serta berbagao respon dari pasien ataupun tujuan dari pasien dalam seluruh proses keperawatan

Secara umum, pendokumentasian naratif dapat membantu perawat dalam memberikan perawatan yang berkualitas dan bertanggung jawab serta dapat dijadikan sebagai bukti yang sah dalam kegiatan medis.

Meskipun pendokumentasian keperawatan secara naratif memiliki banyak keuntungan, ada juga beberapa kerugian yang perlu dipertimbangkan. Di antaranya:

1. Dokumentasi naratif dapat menjadi lebih lama dan lebih rumit dibandingkan dengan dokumentasi yang lebih singkat dan terstruktur.
2. Berbagai data dalam bentuk pencatatan naratif ini sangat mungkin ditiru.
3. Dokumentasi naratif dapat mengandung subjektivitas dan bias, sehingga dapat menyulitkan dalam mengevaluasi kualitas perawatan yang diberikan.

4. Dokumentasi naratif dapat menyimpan informasi yang tidak perlu atau tidak sesuai dengan konteks, yang dapat menyulitkan dalam mencari informasi yang diperlukan.
5. Dokumentasi naratif dapat memerlukan kemampuan menulis yang baik dan keterampilan dalam menyusun kalimat yang efektif, yang dapat menjadi kendala bagi beberapa perawat.
6. Dokumentasi naratif dapat memerlukan waktu dan usaha yang lebih besar untuk dibaca dan dianalisis, yang dapat menyulitkan bagi beberapa pihak yang tidak familiar dengan dokumen tersebut.
7. Dokumentasi naratif dapat memerlukan lebih banyak waktu dan sumber daya untuk memastikan bahwa catatan yang ditulis sesuai dengan standar profesi dan etika.

8.2.2 Teknik pencacatan dokumentasi keperawatan dengan *flow sheet* dan *check list*

Teknik pencatatan dokumentasi keperawatan dengan flow sheet dan check list adalah metode mencatat informasi perawatan pasien dengan menggunakan formulir yang telah disediakan.

Flow sheet adalah formulir yang digunakan untuk mencatat informasi perawatan pasien secara sistematis dan berurutan, seperti suhu tubuh, tekanan darah, dan pernapasan. Flow sheet ini dapat digunakan untuk mencatat informasi yang sama setiap hari selama perawatan pasien (Murzella 2020).

Sedangkan check list adalah formulir yang digunakan untuk mencatat informasi perawatan pasien secara spesifik, seperti tindakan yang dilakukan, obat yang diberikan, dan hasil yang didapat. Check list ini dapat digunakan untuk mencatat informasi yang berbeda setiap hari selama perawatan pasien.

Teknik ini memiliki keuntungan dalam hal efisiensi waktu dan memudahkan perawat dalam mengevaluasi perawatan

yang telah dilakukan. Selain itu, teknik ini juga memudahkan dalam mengidentifikasi perkembangan kondisi pasien dan mengevaluasi hasil perawatan. Namun, teknik ini tidak memberikan gambaran yang jelas dan detail tentang kondisi pasien seperti teknik pencatatan naratif.

Format flow sheet dalam pencatatan dokumentasi keperawatan dapat berbeda tergantung pada institusi atau rumah sakit yang digunakan, namun umumnya terdiri dari beberapa bagian, seperti:

1. Identitas pasien: termasuk nama pasien, nomor rekam medis, tanggal masuk, dan tanggal perawatan.
2. Kondisi vital: termasuk suhu tubuh, tekanan darah, denyut nadi, dan pernapasan.
3. Observasi kondisi pasien: termasuk tingkat kesadaran, perubahan warna kulit, tanda-tanda infeksi, dan tingkat nyeri.
4. Tindakan perawatan: termasuk jenis tindakan yang dilakukan, obat yang diberikan, dan hasil yang didapat.
5. Catatan tambahan: termasuk catatan khusus dari perawat, dokter, atau keluarga pasien.

Tabel 8.1. Contoh format *flow sheet* dalam pencatatan dokumentasi keperawatan

Nama Pasien	**No. RM**	**Tanggal Masuk**	**Tanggal Perawatan**
John Doe	12345	01/01/2021	01/03/2021
Suhu Tubuh	**Tekanan Darah**	**Nadi**	**Pernapasan**
37,5 C	120/80 mmHg	80 x/menit	20 x/menit
Tingkat Kesadaran	**Perubahan Warna Kulit**	**Tanda-tanda Infeksi**	**Tingkat Nyeri**
Compos mentis	Tidak ada	Tidak ada	2/10
Tindakan Perawatan	**Obat yang diberikan**	**Hasil yang didapat**	
Pemasangan IV	Paracetamol 500 mg	Demam turun	
Catatan Tambahan			
Dokter akan datang pada pukul 14.00			

(Sianturi 2020)

***Note :** format yang saya berikan hanyalah contoh saja dan tidak mengikat dan dapat berbeda dari rumah sakit yang lain

Contoh lain format flow sheet dalam pencatatan dokumentasi keperawatan adalah sebagai berikut:
Nama Pasien:
Tanggal Masuk:
Diagnosis Medis:
Tgl & Jam Tindakan Keperawatan Hasil & Catatan

- Tanggal dan jam dari setiap tindakan keperawatan yang dilakukan
- Deskripsi dari setiap tindakan keperawatan yang dilakukan
- Hasil dari setiap tindakan keperawatan yang dilakukan dan catatan yang relevan

Contoh:
Nama Pasien: John Doe
Tanggal Masuk: 01/01/2023
Diagnosis Medis: Infeksi saluran kemih
Tgl & Jam Tindakan Keperawatan Hasil & Catatan
01/01/2023 8:00 Pemeriksaan vital sign: TD: 120/80 mmHg, N: 80x/menit, S: 36,8C
01/01/2023 8:30 Memberikan antibiotik sesuai resep dokter
01/01/2023 9:00 Melakukan pengkajian ulang kondisi pasien, tidak ada gejala-gejala tambahan
01/01/2023 10:00 Memberikan perawatan perineum, tidak ada tanda-tanda infeksi.
Flow sheet ini digunakan untuk mencatat informasi yang penting dari tindakan keperawatan yang dilakukan selama perawatan pasien dan memudahkan untuk mengevaluasi hasil dari tindakan yang dilakukan.

Sedangkan contoh format check list dalam pencatatan dokumentasi keperawatan adalah sebagai berikut:
Nama Pasien:
Tanggal:
Tindakan Keperawatan
[ ] Pemeriksaan vital sign
[ ] Memberikan obat sesuai resep dokter
[ ] Melakukan pengkajian ulang kondisi pasien
[ ] Memberikan perawatan perineum
[ ] Monitoring kondisi pasien

- Setiap tindakan keperawatan yang dilakukan akan ditandai dengan centang (check)
- Check list ini digunakan untuk memastikan bahwa semua tindakan keperawatan yang diperlukan telah dilakukan dan untuk mengevaluasi hasil dari tindakan yang dilakukan.

Kedua format ini digunakan untuk mencatat informasi yang penting dari tindakan keperawatan yang dilakukan selama perawatan pasien dan memudahkan untuk mengevaluasi hasil dari tindakan yang dilakukan. Namun flow sheet lebih detail dari pada check list.

DAFTAR PUSTAKA

Atmanto, A.P., Aggorowati, A. & Rofii, M., 2020. Efektifitas Pedoman Pendokumentasian Diagnosa Dan Intervensi Keperawatan Berbasis Android Terhadap Peningkatan Mutu Dokumentasi Keperawatan Di Ruang Rawat Inap. *Jurnal Keperawatan dan Kesehatan Masyarakat Cendekia Utama*, 9(1), p.83.

Elvira, M., 2019. INCREASE THE COMPLETENESS OF THE NURSING DOCUMENTATION THROUGH THE IMPLEMENTATION OF THE NURSING INITIAL ASSESSMENT FORMS. *Jurnal Kesehatan Medika Saintika*.

Eriyani, 2020. *Buku Ajar: Dokumentasi Keperawatan*, Available at: http://bppsdmk.kemkes.go.id/pusdiksdmk/wp-content/uploads/2017/11/PRAKTIKA-DOKUMEN-KEPERAWATAN-DAFIS.pdf.

Murzella, 2020. Pengkajian keperawatan untuk menentukan asuhan keperawatan pada pasien. *Journal Keperawatan*.

Oktavianti, L., 2019. "Konsep Dokumentasi Keperawatan." , pp.1–8.

Prabowo. 2021. Dokumentasi Keperawatan. Pustaka Baru Press: Yogyakarta

Sianturi, W.A., 2020. Model Dokumentasi dalam Keperawatan. , pp.1–6. Available at: file:///C:/Users/OWNER/Downloads/FlorenceA N. (164) Model Dokumentasi kep-dikonversi (1).pdf.

BAB 9
SISTEM INFORMASI KESEHATAN

Oleh Ardianto

9.1 Konsep Dasar Sistem Informasi Kesehatan

Keberhasilan manajemen kesehatan sangat ditentukan antara lain oleh tersedianya data dan informasi kesehatan. Data dan informasi ini sebagai dasar dalam pengambilan keputusan di bidang kesehatan.

Untuk mendapatkan data dan informasi kesehatan yang berkualitas diperlukan suatu sistem informasi kesehatan yang adekuat. Pembangunan sistem informasi kesehatan yang adekuat dalam menghasilkan informasi yang berkualitas dalam pengambilan keputusan di bidang kesehatan membutuhkaan pengetahuan konsep dasar sistem informasi kesehatan itu sendiri dan dasar-dasar pengembangannya.

9.2 Pengertian Sistem Informasi

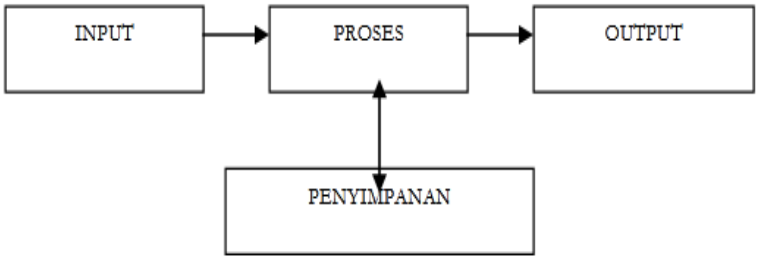
Sistem informasi kesehatan adalah sistem informasi yang dapat secara langsung selektif menjaring data dari tingkat paling bawah dan mengelolanya untuk mendukung pengambilan keputusan di tingkat atas pada bidang kesehatan (Depkes RI, 2001).

Selain itu menurut Hartono pada tahun (2002) Sistem Informasi Kesehatan atau yang disebut juga dengan Sistem Informasi Manajemen Kesehatan adalah suatu sistem yang menyediakan dukungan informasi bagi proses pengembilan keputusan di setiap jenjang administrasi kesehatan, baik di

tingkat unit pelaksanaan upaya kesehatan, di tingkat kabupaten/kota, di tingkat propinsi, maupun di tingkat pusat.

Model dasar sistem adalah masukaan, pengelolahan dan keluaran. Fungsi pengolahan informasi sering membutuhkan data yang telah dikumpulkan dan diolah dalam waktu periode sebelumnya. Oleh karena itu pada model sistem pengolahan informasi bukan lagi mengubaah data menjadi informasi tetapi juga menyiapkan data untuk penggunaan lanjut.

Skema dasar sistem informasi tersebut dapat dilihat pada gambar 9.1 dengan sumber (Davis, 1999).



Gambar 9.1. Skema dasar sistem informasi

Model dasar ini berguna dalam memahami bukan saja keseluruhan sistem pegolahan informasi, tetapi juga untuk penerapan pengolahan informasi secara tersendiri. Setiap penerapan dapat dianalisis menjadi masukan penyimpanan, pengolahan dan keluaran.

Keberhasilan suatu sistem sangat bergantung pada sistem basis data. Semakin lengkaap, akurat dan mudah dalam menampilkan kembali data yang ada dalam sistem basis data maka akan semakin tinggi kualitas sistem informasi tersebut. Basis data (database) merupakan kumpulan dari data yang saling berhubungan satu dengan laianya, tersimpan di perangkat keras komputer daan basis data

untuk keperluan penyediaan informasi lebih lanjut (Jogiyanto, 1999).

9.3 Komponen Sistem Informasi

Komponen sistem informasi berdasarkan Burch dan Grudnisky (1989), seperti dikutip oleh Jogianto (1999) disebut dengan istilah blok bangunan yang terdiri dari :

a. Blok masukan
   Merupakan input data yang masuk ke dalam sistem informasi, termasuk didalamnya adalah metode metode dan media yang digunakan, biasanya berupa dokumen-dokumen dasar.
b. Blok model
   Terdiri dari kombinasi prosedur, logika dan model matematik yang akan memanipulasi data masukan dan data yang tersimpan di basis data dengan cara yang sudah ditentukan untuk menghasilkan keluaran yang diinginkan.
c. Blok keluaran
   Merupakan produk sistem informasi berupa informasi yang berkualitas dan dokumentasi yang berguna untuk semua tingkatan manajemen serta semua pemakai sistem.
d. Blok teknologi
   Merupakan perangkat kerja untuk menerima masukan, menjalankan model, menyimpan dan mengakses data, menghasilkan dan mengirimkan keluaran dan membantu pengendalian sistem secara keseluruhan. Teknologi terdiri dari 3 bagian utama, yaitu teknisi, perangkat lunak, dan perangkat keras.
e. Blok basis data
   Merupakan kumpulan data yang saling berhubungan satu dengan lainnya, tersimpan di perangkat keras computer dan digunakan perangkat lunak untuk mengubahnya. Data

di dalam basis data perlu diorganisasikan sedemikian rupa, sehingga informasi yang dihasilkan berkualitas.

f. Blok kendali
   Merupakan mekanisme yang dirancang dan diterapkan untuk meyakinkan bahwa hal-hal yang dapat merusak sistem dapat dicegah ataupun bila terlanjur terjadi kesalahan-kesalahan dapat cepat diatasi.

9.4 Jenis Sistem Informasi Kesehatan

Sistem informasi dikembangkan untuk berbagai tujuan, sehingga terdapat beberapa jenis sistem informasi, diantaranya adalah sebagai berikut:

a. Sistem pengolahan transaksi, adalah sistem informasi yang terkomputerisasi yang dikembangkan untuk memproses data dalam jumlah besar untuk transaksi bisnis rutin dan inventarisasi. Sistem ini merupakan sistem tanpa batas yang memungkinkan organisasi bisa berinteraksi dengan lingkungan eksternal.
b. Sistem otomasi perkantoran, sistem yang dipakai untuk menganalisis informasi sedemikian rupa untuk mengubah data atau menggantikannya dengan cara-cara tertentu sebelum membaginya atau menyebarkannya secara keseluruhan, kepada organisasi dan kadang-kadang di luar itu.
c. Sistem kerja pengetahuan, adalah sistem yang mendukung para pekerja profesional seperti ilmuwan, insinyur dan doktor untuk membantu mereka menciptakan pengetahuan baru dan memungkinkan mereka menerapkannya pada organisasi atau masyarakat.
d. Sistem informasi manajemen, merupakan sistem yang menghasilkan informasi untuk kepentingan manajerial atau proses-proses manajemen (perencanaan, pelaksanaan, pemantauan dan penilaian) kegiatan organisasi.

e. Sistem pendukung keputusan, merupakan sistem informasi terkomputerisasi di atas sistem informasi manajemen yang lebih menekankan pada fungsi mendukung pengambilan keputusan di seluruh tahapnya, walaupun keputusan akhir masih tetap wewenang khusus pembuat keputusan.
f. Sistem ahli dan kecerdasan buatan, merupakan sistem yang menggunakan pendekatan kecerdasan buatan untuk menyelesaikan masalah melalui pengguna bisnis dan secara efektif menggunakan pengetahuan seorang ahli untuk menyelesaikan masalah yang ada dalam suatu organisasi.

9.5 Sistem Informasi Kesehatan

Sistem informasi kesehatan adalah mekanisme pengumpulan, pengelolaan, analisis dan pengiriman informasi yang dibutuhkan untuk menggorganisasikan dan mengoperasikan pelayanan dan juga untuk penelitian dan pelatihan. Sistem informasi kesehatan adalah sejumlah komponen dan prosedur yang terorganisir dengan tujuaan untuk menghasilkan informasi untuk meningkatkan keputusan manajemen pelayanan pada setiap sistem kesehatan.

9.6 Komponen Sistem Informasi Kesehatan

Seperti sistem lainya, sistem informasi kesehatan terdiri dari komponen yang saling berhubungan yang dapat dikelompokan dalam dua bagian yaitu :

a. Proses informasi
    1. Pengumpulan data
    2. Pengiriman data
    3. Pengolahan data
    4. Analisa data
    5. Penyajian informasi

Pemantauaan dan penilaian proses tersebut memungkinkan gabungan masukan yaang benar menghasilkan tipe keluaran yang benar pada waktu yang tepat.

Sistem informasi dapat menyediakan informasi yang tepat dan relevan hanya jika benar menghasilkan tipe keluaran yang benar pada waktu yang tepat.

b. Manajemen sistem informasi
   1. Sumber daya sistem informasi kesehatan meliputi orang-orang (perencanaan, manjer, ahli statistik, ahli epidemiologi, pengumpulan data), perangkat keras (registrasi, telepon, komputer), perangkat lunak (kertas karbon, format laporan, program pengolahan data) dan sumber dana.
   2. Aturan-aturan organisasi, misalnya penggunaan standar diagnosa dan penanganan, uraian tugas petugas, prosedur manajemen distribusi, prosedur pemeliharaan komputer yang memungkinakan efisiensi penggunaan sumber daya sistem informasi kesehatan.

Oleh karena itu dalam merancang kembali sistem informasi kesehatan dibutuhkan penekanan pada pengaturan yang sistematis setiap komponen baik proses informasi maupun manajemen sistem informasi tersebut.

9.7 Masalah-Masalah Sistem Informasi Kesehatan

Pada banyak negara sistem informasi kesehatan tidak adekuat dalam menyediakan dukungan dalam manajemen program. Lippeveld (2000) menyimpulkan alasanya dalam lima hal yaitu :

a. Irelevansi informasi yang didapatkan dengan kebutuhan
b. Kualitas data yang kurang

c. Duplikasi data dan tidak efisiennya informasi
d. Tidak tepat waktu dalam melaporkan dan menindaklanjuti
e. Informasinya kurang berguna

Menurut Bambang dkk, (1991) terdapat bebebrapa masalah pada sistem informasi kesehatan di Indonesia diataranya :

a. Data yang harus dicatat dan dilaporkan di unit-unit operasional sangat banyak, sehingga beban para petugas menjadi berat.
b. Proses pengelolaan data menjadi lama, sehingga hasil pengolahan sangat banyak, sehingga hasil penolahan dataa menjadi lama, menyebabkan hasilnya menjadi tidak tepat waktu ketika disajikan dan diumpanbalikan.
c. Data yang dikumpulkan terlalu banyak dibandingkan kebutuhaannya, maka banyak data yang akhirnyaa tidak dimanfaatkan.

Keney (1999) menyimpulakn bahwa terdapat beberapa masalah dalam pengumpulan data kesehatan maternal diantaranya kualitas, kelengkapan dan ketersediaan informasi yang tidak adekuat yang menyebabkan keterbatasan dalam penggunaanya untuk menetapkan kebijakan.

9.8 Peran Sistem Informasi Kesehatan dalam Manajemen Kesehatan

Pembangunan kesehatan pada hakikatnya adalah upaya yang dilaksanakan oleh semua komponen bangsa yang bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyaraakat yanag setinggi-tingginya dapat terwujud, sebagai investasi bagi pembangunan ssumber dayaa manusia yang produktif secara sosial ekonomis.

Penyelenggaraan pembangunan kesehatan dilaksanakan melalui pengelolaan pembangunan kesehatan yang disusun dalam sistem kesehatan nasional. Komponen pengembangan kesehatan tersebut dikelompokan dalam tujuh subsistem yaitu:

a. Upaya kesehatan
b. Penelitian dan pengembangan kesehatan
c. Pembiayaan kesehatan
d. Sumber daya manusia kesehatan
e. Sediaan farmasi, alat kesehatan dan makanan
f. Manajemen, informasi dan regulasi kesehatan
g. Pemberdayaan masyarakat

Tantangan pembangunan kesehatan menuntut adanya dukungan sumber daya yang cukup serta arah kebijakan dan strategi pembangunan kesehatan yang tepat. Namun seringkali para pembuat kebijakan di bidang kesehatan mengalami kesulitan dalam hal pengambilan keputusan yang tepat karena keterbatasan atau ketidaktersediaan data dan informasi yang akurat, tepat dan cepat. Data informasi merupakaan sumber daya yang sangat strategis dalam pengelolaan pembangunan kesehatan yaitu pada proses manajemen, pengambilan keputusan, kepemerintahan dan peneraapan akuntabiltas.

9.9 Manajemen Kesehatan

Dari sisi manajemen berdasarkan sasaran, terdapat tiga jenis manajemen kesehatan yang diperlukan dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan, yaitu manajemen pasien/klien, manajemen unit kesehatan dan manajemen sistem kesehatan.

a. Manajemen pasien/klien
   Fungsi utama dari manajemen pasien/klien adalah memberikan pelayanan kesehatan kuratif, preventif dan promotif yang bermutu kepada pasien dan klien, baik di

tingkat pelayanan kesehatan dasar maupun di tingkat pelayanan kesehatan dasar maupun di tingkat pelayanan kesehatan rujukan.

b. Manajemen unit kesehatan
   Tujuan manajemen umum dari suatu unit kesehatan adalah untuk meberikan pelayanan kesehatan terhadap suatu penduduk tertentu di dalam wilayah kerja pelayanan dengan sumber daya yang ada.
c. Manajemen sistem kesehatan
   Tujuan dari manajemen sistem kesehatan adalah untuk mengkoordinasikan dan memberikan dukungan perencanaan dan manajemen kepada tingkat penyedia pelayanan kesehatan. Beberapa contoh dari fungsi manajemen sistem kesehatan adalah sebagai berikut:
   1. Penetapan kebijakan-kebijakan dan peraturan-peraturan kesehatan
   2. Koordinasi lintas sektor
   3. Perencanaan strategis dan penyususnan program kesehatan
   4. Penganggaran dan alokasi sumber daya finansial
   5. Pengorganisasian sistem, termasuk mekanisme rujukan
   6. Pengembangan tenaga kesehatan, termasuk pendidikan berkelanjutan
   7. Manajemen sumber daya, mencakup keuangan, tenaga kesehatan, dan informasi kesehatan
   8. Manajemen dan distribusi peralatan, bahan dan obat
   9. Surveilens penyakit
   10. Penyehatan lingkungan
   11. Pengawasan terhadap pelayanan-pelayanan kesehatan.

9.10 Peran Sistem Informasi Kesehatan

Pada hakikatnya suatu sistem informasi kesehatan tidak dapat berjalan sendiri, sistem informasi kesehatan merupakan bagian fungsional dari sistem kesehatan yang komprehensif, yang memberikan pelayanan kesehatan secara terpadu, meliputi baik pelayanan kuratif, pelayanan rehabilitatif maupun pecegahan penyakit, dan peningkatan kesehatan.

Sistem informasi kesehatan harus dapat mengupayakan dihasilkanya informasi yang diperlukan untuk pengambilan keputusan di berbagai tingkat sistem kesehatan. Sistem kesehatan memang terdiri atas berbagai tingkat sejak dari tingkat paling bawah, tingkat mengengah, sampai ke tingkat pusat. Dengan berlakunya konsep desentralisasi dan otonomi daerah, sistem kesehatan di setiap tingkat harus dapat mandiri (*selfpropeled*) walaupun berkaitan satu sama lain.

Fungsi khusus yang dimilki setia tingat mengakibatkan perbedaan dalam pengambilan keputusan. Dari sisi manajemen, fungsi-fungsi dalam sistem kesehatan dapat dikelompokan kedalam tiga jenis yaitu :

a. Manajemen pasien/klien
b. Manajemen unit kesehatan
c. Manajemen sistem kesehatan

DAFTAR PUSTAKA

Alamsyah D. 2011. Manajemen Pelayanan Kesehatan. Yogyakarta: Nuha Medika.

Al Fatta H. 2007. Analisis dan Perancangan Sistem Informasi. Yogyakarta: Andi Offset.

Depkes RI. 2006. Pedoman Penyelenggaraan dan Prosedur Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia (Edisi Revisi II). Jakarta: Depkes RI.

Hatta GR.2008. Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan. Jakarta: Universitas Indonesia.

Herlambang S dan Murwani A. 2012. Manajemen Kesehatan dan Rumah Sakit. Yogyakarta: Gosyen Publishing.

Kusumadewi S, dkk. 2009. Informatika Kesehatan. Yogyakarta: Graha Ilmu.

Mulyanto A. 2009. Sistem Informasi, Konsep dan Aplikasi. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.

Rustiyanto E.2011. Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit yang Terintegrasi. Jogjakarta: Gosyen Publishing.

Taufiq R. 2013. Sistem Informasi Manajemen. Konsep Dasar, Analisis dan Metode Pengembangan. Yogyakarta : Graha Ilmu.

BAB 10
CARA PENDOKUMENTASIAN ASUHAN KEPERAWATAN

Oleh Ixora

10.1 Pendahuluan

Perawat membuat rencana tindakan keperawatan untuk mengatasi masalah dan meningkatkan kesehatan pasien, Dokumentasi asuhan keperawatan merupakan persyaratan legal dalam setiap lingkungan pelayanan kesehatan, dimana dengan banyaknya gugatan dan sorotan malpraktik agresif dalam masyarakat, semua aspek rekam medis penting untuk pencatatan legal (Zaidin Ali, 2009 dalam Olfah, Y. dan Ghofur, A., 2016). Kelengkapan pengisian berkas rekam medis oleh tenaga kesehatan akan memudahkan tenaga kesehatan lain dalam memberikan tindakan atau terapi kepada pasien. Selain itu juga sebagai sumber data pada bagian rekam medis dalam pengolahan data yang kemudian akan menjadi informasi yang berguna bagi pihak manajemen dalam menentukan langkah-langkah strategis untuk pengembangan pelayanan kesehatanyang efekyif dan efisien.Standar praktek keperawatan adalah pernyataan tentang apa yang dibutuhkan oleh registered nurse untuk dijalankan sebagai professional keperawatan. Secara umum, standar ini mencerminkan nilai profesi keperawatan dan memperjelas apa yang diharapkan profesi keperawatan.

10.2 Konsep Pendokumentasian Asuhan Keperawatan

10.2.1. Pengertian

Pendokumentasian yaitu sebuah cara yang dilakukan untuk menyediakan dokumen dengan menggunakan bukti yang akurat dari pencatatan sumber-sumber informasi khusus dari karangan/tulisan (Azwar, A.2008). Pengertian diatas, dapat diambil kesimpulan bahwa pendokumentasi keperawatan adalah kegiatan pencatatan dan pelaporan yang dilakukan semua perawat terhadap pelayanan keperawatan yang telah diberikan kepada klien, berguna untuk klien, perawat dan tim kesehatan lain sebagai tanggung jawab perawat dan sebagai bukti dalam persoalan hukum. **10.2.2 Tujuan** Pendokumentasian Asuhan Keperawatan Dalam menegakkan dan pendokumentasian asuhan keperawatan supaya mencapai apa yang di kehendaki maka pendokumentasian asuhan keperawatan mempunyai tujuan tertentu yaitu (Azwar,2010) :

1) Sebagai media untuk mendefinisikan keperawatan bagi klien dan kelompok.
2) Untuk membedakan tanggung gugat perawat dengan anggota tim kesehatan lainnya.
3) Sebagai sarana untuk melakukan evaluasi terhadap tindakan yang telah di berikan kepada klien.
4) Sebagai data yang dibutuhkan secara administrasi dan legal formal.
5) Memenuhi persyaratan hukum,akreditasi dan professional.

10.2.3 Manfaat Pendokumentasian Asuhan Keperawatan

Ada beberapa manfaat proses Pendokumentasian keperawatan menurut (Azwar 2009), Proses keperawatan bermanfaat bagi Pasien, perawat, institusi pelayanan, dan masyarakat (lingkungan).

1. Manfaat bagi Pasien

   Pasien 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, rencana yang terarah, tindakan yang sesuai dengan rencana, dan penilian yang terus-menerus.
2. Manfaat bagi Tenaga Keperawatan

   Proses keperawatan akan meningkatkan kemandirian tenaga keperawatan dan pelaksanaan asuhan keperawatan dan tidak bergantung pada profesi lain. Proses ini juga memberi kepuasan yang optimal bagi tenaga keperawatan yang berhasil dalam pelaksanaan asuhan keperawatannya.
3. Manfaat bagi Institusi

   Institusi pelayanan akan merasakan manfaat, antara lain Pasien 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.

10.2.4 Model Pendokumentasian Asuhan Keperawatan

Berdasarkan penjelasan (Azwar 2019), Pendokumentasian keperawatan merupakan dokumentasi yang legal bagi profesi keperawatan. Oleh karena itu, pendokumentasian keperawatan harus memenuhi standar yang telah ditentukan. Komisi Gabungan Akreditasi Organisasi Pelayanan Kesehatan (JCAHO) merekomendasikan standar pendokumentasian keperawatan yang meliputi :

1. Pengkajian awal dan pengkajian ulang.Supaya pasien sesuai dalam pemberian diagnosa dan terapi

2. 2. Diagnosis keperawatan dan kebutuhan asuhan keperawatan Pasien.
3. Rencana tindakan asuhan keperawatan.
4. Tindakan asuhan keperawatan yang diberikan atas respon Pasien
5. Hasil dari asuhan keperawatan dan kemampuan untuk tindak lanjut asuhan keperawatan setelah Pasien dipulangkan.

10.2.5 Standar Pendokumentasian Asuhan Keperawatan

(Azwar 2009) mengatakan bahwa standar asuhan keperawatan adalah pedoman terperinci yang menunjukan perawatan bisa diprediksi dan diidentifikasi dalam situasi yang sangat spesifik. Standar asuhan keperawatan harus menunjukan asuhan yang menjadi tanggung jawab perawat dalam pemberiannya, dan tingkat ideal asuhan. Standar asuhan keperawatan mengacu kepada tahapan proses keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi, dan evaluasi. Azwar (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 atau puskesmas, 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, serta pemeriksaan penunjang dan kemudian didokumentasikan.
2. Standar II : Diagnosis Keperawatan Tahapan ini perawat menganalisa data pengkajian untuk merumuskan diagnosa keperawatan, adapun kriteria proses yaitu :

a. Proses diagnosa terdiri dari analisis, interpretasi data, identifikasi masalah, perumusan diagnosa keperawatan.
b. Diagosa keperawatan terdiri dari masalah (p), penyebab (E),dan tanda/gejala (S), atau terdiri dari masalah dan penyebab (P, E).
c. Bekerjasama dengan pasien, keluarga dan petugas kesehatan lainnya untuk memvalidasi diagnosa keperawatan.
d. Melakukan pengkajian ulang dan merevisi diagnosa berdasarkan data terbaru yang di dapat.

3. Standar III : Perencanaan keperawatan Tahapan ini perawat merencanakan suatu tindakan keperawatan agar dalam melakukan perawatan terhadap pasien efektif dan efisien.
4. Standar IV : Implementasi Tahapan ini perawat mencari inisiatif atau ide dari rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tahap pelaksanaan dimulai setelah rencana tindakan disusun dan ditunjukan 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.

10.2.6 Indikator Pendokumentasian asuhan keperawatan

(Nursalam, 2016)

A. Pengkajian
   1. Melakukan pengkajian data pasien pada saat masuk puskesmas.
   2. Setiap melakukan pengkajian data, dilakukan dengan wawancara, pemeriksaan fisik, dan pengamatan serta pemeriksaan penunjang (misal : laboratorium, foto rongen, dan lain-lain).
   3. Data yang diperoleh melalui pengkajian dikelompokkan menjadi data bio-psiko-sosial-spiritual.
   4. Mengkaji data subyektif dan obyektif berdasarkan keluhan pasien dan pemeriksaan fisik serta pemeriksaan penunjang.
   5. Mencatat data yang dikaji sesuai dengan format dan pedoman pengkajian yang baku.

B. Diagnosa keperawatan
   1. Merumuskan diagnosa/masalah keperawatan pasien berdasarkan kesenjangan antara status kesehatan dengan pola fungsi kehidupan (kondisi normal).
   2. Rumusan diagnosa keperawatan dilakukan berdasarkan masalah keperwatan yang telah ditetapkan.
   3. Rumusan diagnosa keperawatan dapat juga mencerminkan problem etiologi (PE).
   4. Rumusan diagnosa keperawatan bisa dalam bentuk aktual dan resiko.
   5. Menyusun prioritas diagnosa keperawatan lengkap peoblen etiologi (PE).

C. Intervensi / perencanaan
   1. Rencana keperawatan dibuat berdasarkan diagnosa keperawatan dan disusun menurut urutan prioritas.

2. Rumusan tujuan keperawatan yang dibuat mengandung komponen tujuan dan kriteria hasil.
3. Rencana tindakan yang dibuat mengacu pada tujuan dengan 15 kalimat perintah, terperinci, dan jelas.
4. Rencana tindakan keperawatan yang dibuat menggambarkan keterlibatan pasien dan keluarga di dalamnya.
5. Rencana tindakan keperawatan yang dibuat menggambarkan kerjasama dengan tim kesehatan lainnya.

D. Implementasi
1. Implementasi tindakan keperawatan menggambarkan tindakan mandiri, kolaborasi dan ketergantungan sesuai dengan rencana keperawatan.
2. Observasi terhadap setiap respon pasien setelah dilakukan tindakan keperawatan.
3. Implementasi tindakan keperawatan bertujuan untuk promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan mekanisme koping.
4. Implementasi tindakan keperawatan bersifat holistik dan menghargai hak-hak pasien.
5. Implementasi tindakan keperawatan melibatkan partisipasi aktif pasien.

E. Evaluasi
1. Komponen yang di evaluasi mengenai status kesehatan pasien meliputi aspek kognitif, afektif, psikomotor pasien melakukan tindakan, perubahan fungsi tubuh, tanda dan gejala.
2. Evaluasi dilakukan dengan menggunakan pendekatan SOAP
3. Evaluasi terhadap tindakan keperawatan yang diberikan mengacu kepada tujuan dan kriteria hasil.

4. Evaluasi terhadap pengetahuan pasien tentang penyakitnya, pengobatan dan resiko komplikasi setelah diberikan promosi kesehatan.
5. Evaluasi terhadap perubahan fungsi tubuh dan kesehatan pasien setelah dilakukan tindakan.

F. Dokumentasi keperawatan
1. Pendokumentasian setiap tahap proses keperawatan ditulis dengan jelas, ringkas, dapat dibaca, serta memakai istilahyang baku dan dan benar dengan menggunakan tinta.
2. Setiap melakukan tindakan keperawatan, perawat mencantumkan paraf, nama jelas, tanggal dan jam dilakukan tindakan
3. Dokumentasi proses keperawatan di ruangan ditulis menggunakan format yang baku sesuai pedoman di puskesmas.
4. Prinsip dalam pendokumentasian asuhan keperawatan adalah tulis apa yang telah dilakukan dan jangan lakukan apa yang tidak ditulis.
5. Setiap melakukan pencatatan yang bersambung pada halaman baru, tanda tangani dan tulis kembali waktu dan tanggal serta identitas pasien pada bagian halamantersebut.

10.2.7 Tahapan-Tahapan Dalam Dokumentasi Keperawatan

A. Dokumentasi pengkajian keperawatan

Dokumentasi pengkajian keperawatan merupakan catatan tentang hasil pengkajian yang dilaksanakan untuk mengumpulkan informasi dari pasien, membuat data dasar tentang pasien, dan membuat catatan tentang respons kesehatan pasien. Pengkajian yang komprehensif atau menyeluruh, sistematis yang logis akan mengarah dan

mendukung pada identifikasi masalah-masalah pasien. Masalah-masalah ini dengan menggunakan data pengkajian sebagai dasar formulasi yang dinyatakan sebagai diagnosa keperawatan.

Tujuan Metode dokumentasi dalam pengkajian keperawatan bertujuan untuk:

1. Mengumpulkan, mengorganisir, dan mencatat data yang menjelaskan respon manusia yang mempengaruhi pola-pola kesehatan pasien
2. Hasil dokumentsi pengkajian akan menjadi dasar penulisan rencana asuhan keperawatan
3. Memberikan keyakinan tentang informasi dasar tentang kesehatan pasien untuk dijadikan referensi status kesehatannya saat ini atau yang lalu
4. Memberikan data yang cukup untuk menentukan strategi perawatan yang sesuai dengan kebutuhan pasien.

Jenis Dokumentasi Pengkajian Dalam melaksanakan dokumentasi pada tahap pengkajian perlu diketahui bahwa jenis dokumentasi keperawatan meliputi:

1) Dokumentasi pada saat pengkajian awal (Initial Assessment) Dokumentasi yang dibuat ketika pasien pertama kali masuk rumah sakit. Data yang dikaji pada pasien berupa data awal yang digunakan sebagai dasar dalam pemberian asuhan keperawatan.
2) Dokumentasi pengkajian lanjutan (Ongoing Assessment) Data pada dokumentasi ini merupaka pengembangan dasar yang dilakukan untuk melengkapi pengkajian awal dengan tujuan semua data menjadi lengkapsehingga mendukung infromasi tentang permasalahan kesehatan pasien. Hasil pengkajian ini dimasukkan dalam catatan

perkembangan terintegrasi pasien atau pada lembar data penunjang.

3) Dokumentasi pengkajian ulang (Reassessment) Dokumentasi ini merupakan pencatatan terhadap hasil pengkajian yang didapat dari informasi selama evluasi. Perawat mengevauasi kemajuan dta terhadap pasien yang sudah ditentukan.
4) Jenis Data Pada Pengkajian Dalam pengkajian keperawatan terdapat jenis data yang dapat diperoleh, yaitu:
   a) Data Subjektif Data subjektif diperoleh dari hasil pengkajian terhadap pasien dengan teknik wawancara, keluarga, konsultan, dan tenaga kesehatan lainnya serta riwayat keperawatan. Data ini berupa keluhan atau persepsi subjektif pasien terhadap status kesehatannya.
   b) Data Objektif Informasi data objektif diperoleh dari hasil observasi, pemeriksaan fisik, hasil pemeriksaan penunjang dan hasil laboratorium. Fokus dari pengkajian data objektif berupa status kesehatan, pola koping, fungsi status respons pasien terhadap terapi, risiko untuk masalah potensial, dukungan terhadap pasien. Karakteristik data yang diperoleh dari hasil pengkajian seharusnya memiliki karakteristik yang lengkap, akurat, nyata dan relevan. Data yang lengkap mampu mengidentifikasi semua masalah keperawatan pada pasien.
   c) Metode Memperoleh Data

      Untuk memperoleh data pada tahap pengkajian metode yang dapat digunakan perawat adalah:

      1. Komunikasi Efektif Komunikasi dalam pengkajian keperawatan lebih dikenal dengan

komunikasi terapeutik yang merupakan upaya mengajak pasien dan keluarga untuk bertukar pikiran dan perasaan. Untuk dapat memperoleh data yang akurat perawat perlu menjadi pendengaraktif terhadap keluhan pasien, adapun unsur yang menjadi pendengar yang aktif adalahdengan mengurangi hambatan dalam berkomunikasi, memperhatikan keluhan yangdisampaikan oleh pasien dan menghubungkannya dengan keluhan yang dialami olehpasien, mendengarkan dengan penuh perhatian apa yang dikeluhkan pasien,memberikan kesempatan pasien untuk menyelesaikan pembicaraannya, bersikap empati dan hindari untuk interupsi, berikan perhatian penuh pada saat berbicaradengan pasien.

Data yang lengkap memerlukan upaya pengkajian yang fokus dan lebih komprehensif.Beberapa persyaratan yang harus dipenuhi agar data yang diperoleh menjadi data yangbaik adalah menjaga kerahasiaan pasien, memperkenalkan diri, menjelaskan tujuanwawancara, pertahankan kontak mata serta mengusahakan agar saat pengkajian tidaktergesa-gesa.

2. Observasi

Observasi merupakan tahap kedua dari pengumpulan data. Pada pengumpulan data iniperawat mengamati perilaku dan melakukan observasi perkembangan kondisikesehatan pasien. Kegiatan observasi meliputi sight, smell, hearing, feeling, dan

taste.Kegiatan tersebut mencakup aspek fisik, mental, sosial dan spiritual.

3. Pemeriksaan Fisik
   Pemeriksaan fisik dilakukan bersamaan dengan wawancara, yang menjadi fokus perawatpada pemeriksaan ini adalah kemampuan fungsional pasien. Tujuan dari pemeriksaan fisik ini adalah untuk menentukan status kesehatan pasien, mengidentifikasi masalah kesehatan dan mengambil data dasar untuk menentukan rencana tindakan perawatan.

B. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah keputusan klinis mengenai seseorang,keluarga,atau masyarakat sebagai akibat dari masalah kesehatan atau proses kehidupan yang actual atau potensial. Diagnosa keperawatan merupakan dasar dalam penyususnan rencana tindakan asuhan keperawatan. Diagnosa keperawatan sejalan dengan diagnosis medis sebab dalam mengumpulkan data-data saat melakukan pengkajian keperawatan yang dibutuhkan untuk menegakkan diagnosa keperawatan ditinjau dari keadaan penyakit dalam diagnosa medis. Apabila perawat menegakkan diagnosa keperawatan maka dokter menegakkan diagnosa medik,

Tujuan Dokumentasi Diagnosa Keperawatan adalah :

1. Menyampaikan masalah klien dalam istilah yang dapat dimengerti semua perawat
2. Mengenali masalah-masalah utama klien pada pengkajian
3. Mengetahui perkembangan keperawatan
4. Masalah dimana adanya respons klien terhadap statuas kesehatan atau penyakit

5. Faktor-faktor yang menunjang atau menyebabkan suatu masalah (etiologi)
6. Kemampuan klien untuk mencegah atau menyelesaikan masalah.

C. Metode Dokumentasi Diagnosa Keperawatan Dokumentasi diagnosa keperawatan meliputi :
   1. Tuliskan masalah/problem pasien atau perubahan status kesehatan pasien
   2. Masalah yang dialami pasien didahului adanya penyebab dan keduannya dihubungkan dengan kata "sehubungan dengan atau berhubungan dengan"
   3. Setelah masalah (*problem*) dan penyebab (etiologi), kemudian diikuti dengan tanda dan gejala (symptom) yang dihubungkan dengan kata "ditandai dengan"
   4. Tulis istilah atau kata-kata yang umum digunakan
   5. Gunakan bahasa yang tidak memvonis.

D. Langkah-langkah Penulisan Diagnosa Keperawatan Langkah dalam penulisan diagnosa keperawatan terdiri dari :
   1. Pengelompokan Data dan Analisa Data
      a. Data Subjektif Contoh : "Pasien mengeluh nyeri saat menelan karena ada tumor di leher, akibat BB turun dari 10 kg dalam 12 bulan terakhir,karena nyeri menelan"
      b. Data Objektif Contoh : TB= 165 Cm, BB = 45 Kg 2. Interpretasi Data Contoh : Gangguan pemenuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh
   2. Validasi Data Validasi ini dilakukan untuk memastikan ke akuratan diagnosa dimana perawat Bersama pasien memvalidasi diagnosa sehingga diketahui bahwa pasien setuju dengan masalah yang sudah dibuat dan

faktor-faktor yang mendukungnya. Contoh : Perawata mengukur BB pasien akibat tumor yang diderita nya

3. Penyusunan Diagnosa Keperawatan (dengan rumusan P+E+S) P = Problem E = Etiologi S = Symptom Contoh : Gangguan pemenuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake yang tidak adekuat ditandai dengan klien mengatakan BB turun lebih dari 10 Kg dalam 12 bulan terakhir, TB – 170 Cm , BB = 50 kg Tanggal Ditemukan Symptom (S) Etiologi (E) Problem (P) E.

   Kategori Diagnosa Keperawatan, Diagnosa keperawatan dapat dibedakan menjadi 5 kategori : (1) Aktual, (2) Resiko, (3) Kemungkinan, (4) Keperawaatan wellness, (5) Keperawatan Sindrom

   1. Aktual Diagnosa keperawatan actual menjelaskan masalah nyata saat ini dengan data klinik yang ditemukan. Syarat menegakkan diagnosa keperawatan actual harus ada unsur PES Symptom (S) harus memenuhi kriteria mayor dan sebagian kriteria minor dari pedoman diagnosa NANDA. Misalnya : Hasil pengkajian diperoleh data klien mual, muntah, diare dan turgor jelek selama 3 hari. Diagnosa : Kekurangan volume cairan tubuh berhubungan dengan kehilangan cairan secara abnormal.
   2. Resiko Diagnosa keperawatan resiko menjelaskan masalah kesehatan yang nyata akan terjadi jika tidak dilakukan intervensi. Syarat menegakkan resiko diagnosa keperawatan adanya unsur PE (problem dan etiologi). Penggunaan istilah “resiko dan resiko tinggi” tergantung dari tingkat keparahan/kerentanan terhadap masalah. Diagnosa : “Resiko gangguan integritas kulit berhunungan dengan diare yang terus menerus”

3. Kemungkinan Diagnosa keperawatan kemungkinan menjelaskan bahwa perlu adanya data tambahan untuk memastikan masalah keperawatan kemungkinan. Pada keadaan ini masalah dan faktor pendukung belum ada tapi sudah ada faktor yang dapat menimbulkan masalah. Syarat menegakkan kemungkinan diagnosa keperawatan adanya unsur respons (problem) dan faktor yang mungkin dapat menimbulkan masalah tetapi belum ada. Contoh : Diagnosa : Kemungkinan gangguan konsep diri : rendah diri/terisolasi berhubungan dnegan diare. Perawat dituntut untuk berpikir lebih kritis dan mengumpulkan data tambahan yang berhubungan dengan konsep diri.

E. Intervensi Keperawatan

Pengertian Pada tahap ini perawat membuat rencana tindakan keperawatan untuk mengatasi masalah dan meningkatkan kesehatan pasien. Perencanaan keperawatan adalah suatu rangkaian kegiatan penentuan langkah-langkah pemecahan masalah dan prioritasnya, perumusan masalah, rencana tindakan dan penilaian asuhan keperawatan pada pasien/klien berdasarkan analisis data dan diagnosa keperawatan .

Tujuan dokumentasi perencanaan keperawatan adalah :

1. Untuk mengidentifikasi focus keperawatan kepada klien atau kelompok
2. Untuk membedakan tanggungjawab perawat dengan profesi kesehatan lainnya
3. Untuk menyediakan kriteria klasifikasi klien
4. Menyediakan suatu pedoman dalam penulisan.

F. Tahap-tahap Perencanaan Keperawatan

Dalam membuat rencana keperawatan, ada beberapa hal yang perlu diperhatikan sebagai berikut :

1. Menentukan Prioritas Masalah, Prioritas masalah merupakan upaya perawat untuk mengidentifikasi respons pasien terhadap masalah kesehatannya, baik aktual maupun potensial. Untuk menetapkan prioritas masalah seringkali digunakan hierarki kebutuhan dasar manusia. Pada kenyataannya perawat tidak mampu menyelesaikan permasalahan pasien secara bersamaan, oleh karena itu diperlukan upaya untuk memprioritaskan masalah. Prioritas diagnosa dibedakan dengan diagnosa yang penting sebagai berikut :
   - Prioritas diagnosa merupakan diagnosa keperawatan, jika tidak diatasi saat ini akan berdampak buruk terhadap kondisi status fungsi kesehatan pasien
   - Diagnosa penting adalah diagnosa atau masalah kolaboratif dimana intervensi dapat ditunda tanpa mempengaruhi status fungsi kesehatan pasien
   - Hierarki yang biasa dijadikan dasar untuk menetapkan prioritas masalah adalah hirarki maslow; kegawatan masalah kesehatan berupa ancamana kesehatan maupun ancaman kehidupan; tingkat masalah berdasarkan aktual, resiko, potensial dan sejahtera sampai sindrom; keinginan pasien.
2. Menentukan Tujuan dan Kriteria Hasil Membuat tujuan berarti membuat standar atau ukuran yang digunakan untuk melakukan evaluasi terhadap perkembangan pasien dan keterampilan dalam merawat pasien.

Tujuan keperawatan yang baik adalah pernyataan yang menjelaskan suatu tindakan yang dapat diukur berdasarkan kemampuan dan kewenangan perawat.Karena kriteria hasil diagnosa keperawatan mewakili status kesehatan pasien yang dapat dicapai atau dipertahankan melalui rencana tindakan keperawatan yang mandiri, sehingga dapat membedakan antara diagnosa keperawatan dan masalah kolaboratif. Hasil dari diagnosa keperawatan tidak dapat membantu mengevaluasi efektivitas intervensi keperawatan jika tindakan medis juga diperlukan.

a. Tujuan Perawatan berdasarkan SMART yaitu :
    1. S = Spesific (Tidak memberikan makna ganda)
    2. M = *Measurable* (Dapat diukur, dilihatn, didengar, diraba, dirasakan ataupun dibantu)
    3. A = *Achievable* (Secara realistis dapat dicapai)
    4. R = *Reasonale* (Dapat dipertanggung-jawabkan secara ilmiah)
    5. T = *Time* (Batasan waktu yang sesuai dengan kondisi pasien) Contoh : Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1 x 24 jam, masalah gangguan rasa nyman : nyeri dapat teratasi.
b. Kriteria Hasil Karakteristik, kriteria hasil yang perlu mendapatkan perhatian adalah :
    1. Berhubungan dengan tujuan perawatan yang telah ditetapkan
    2. Dapat dicapai
    3. Spesifik, nyata dan dapat diukur
    4. Menuliskan kata posotif

5. Menentukan waktu
6. Menggunakan kata kerja
7. Hindari penggunaan kata-kata “normal”, “baik”, tetapi dituliskan hasil batas ukuran yang ditetapkan atau sesuai Contoh : Capillary refill kurang dari 2 detik . Menentukan Rencana Tindakan Rencana tindakan tindakan yang akan diberikan pada pasien ditulis secara spesifik, jelas dan dapat di ukur. Rencana perawatan dibuat selaras dengan rencana medis, sehingga saling melengkapi dalam meningkatkan status kesehatan pasien.

b. Dalam merumuskan rencana tindakan yang perlu diperhatikan adalah:
   1. Rencana tindakan keperawatan merupakan desain spesifik intervensi yang membantu klien mencapai kriteria hasil.
   2. Dokumentasi rencana tindakan yang telah diimplementasikan harus ditulis dalam sebuah format agar dapat membantu perawat untuk memproses informasi yang didapatkan selama tahap pengkaian dan diagnosa keperawatan.
   3. Perencanaan bersifat indivisual sesuai dengan kondisi dan kebutuhan pasien
   4. Bekerjasama dengan pasien dalam merencanakan intervensi.

G. Implementasi Keperawatan

Pengertian Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi kestatus kesehatan yang baik yang

menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Proses pelaksanaan implementasi harus berpusat kepada kebutuhan klien, faktor-faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan keperawatan, strategi implementasi keperawatan, dan kegiatan komunikasi.

Jenis Implementasi Keperawatan Dalam pelaksanaannya terdapat tiga jenis implementasi keperawatan, yaitu :

1. *Independent Implementations* `Adalah implementasi yang diprakarsai sendiri oleh perawat untuk membantu pasien dalam mengatasi masalahnya sesuai dengan kebutuhan, misalnya: membantu dalam memenuhi activity daily living (ADL), memberikan perawatan diri, mengatur posisi tidur, menciptakan lingkungan yang terapeutik, memberikan dorongan motivasi, pemenuhan kebutuhan psiko-sosio-kultural, dan lain-lain.
2. Interdependen/*Collaborative Implementations* Adalah tindakan keperawatan atas dasar kerjasama sesama tim keperawatan atau dengan tim kesehatan lainnya, seperti dokter. Contohnya dalam hal pemberian obat oral, obat injeksi, infus, kateter urin, *naso gastric tube* (NGT), dan lain-lain.
3. Dependent Implementations Adalah tindakan keperawatan atas dasar rujukan dari profesi lain, seperti ahli gizi, physiotherapies, psikolog dan sebagainya, misalnya dalam hal: pemberian nutrisi pada pasien sesuai dengan diit yang telah dibuat oleh ahli gizi, latihan fisik (mobilisasi fisik) sesuai dengan anjuran dari bagian fisioterapi.

H. Prinsip Implementasi Keperawatan Beberapa pedoman atau prinsip dalam pelaksanaan implementasi keperawatan adalah sebagi berikut :

1. Berdasarkan respons pasien
2. Berdasarkan ilmu pengetahuan, hasil penelitian keperawatan, standar pelayanan profesional, hukum dan kode etik keperawatan
3. Berdasarkan penggunaan sumber-sumber yang tersedia
4. Sesuai dengan tanggung jawab dan tanggung gugat profesi keperawatan
5. Mengerti dengan jelas pesanan-pesanan yang ada dalam rencana intervensi keperawatan
6. Harus dapat menciptakan adaptasi dengan pasien sebagai individu dalam upaya meningkatkan peran serta untuk merawat diri sendiri (self care)
7. Menekankan pada aspek pencegahan dan upaya peningkatan status kesehatan.
8. Menjaga rasa aman, harga diri dan melindungi pasien
9. Memberikan pendidikan, dukungan dan bantuan
10. Bersifat holistic
11. Kerjasama dengan profesi lain
12. Melakukan dokumentasi.

I. Dokumentasi Evaluasi Keperawatan

Dokumentasi pada tahap evaluasi adalah membandingkan secara sistematik dan terencana tentang kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan dengan kenyataan yang ada pada klien, dilakukan dengan cara bersinambungan dengan melibatkan klien dan tenaga kesehatan lainnya. Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari rangkaian proses keperawatan yang berguna apakah tujuan dari tindakan keperawatan yang telah dilakukan tercapai atau perlu pendekatan lain, Metode Evaluasi Metode yang digunakan dalam evaluasi antara lain:

1. Observasi langsung adalah mengamati secara langsung perubahan yang terjadi dalam keluarga
2. Wawancara keluarga yang brkaitan dengan perubahan sikap, apakah telah menjalankan anjuran yang diberikan perawat
3. Memeriksa laporan, dapat dilihatn dari rencana asuhan keperawatan yang dibuat dan tindakan yang dilaksanakan sesuai dengan rencana
4. Latihan stimulasi, berguna dalam menentukan perkembangan kesanggupan melaksanakan asuhan keperawatan

10.2.8 Prinsip pendokumentasian

Prinsip dokumentasi keperawatan yang perlu diperhatikan oleh seorang perawat profesional.

1. Akurat, singkat, lengkap, dapat dibaca, tidak bertele-tele, dan tidak membuat malah interpretasi
2. Objektif dari klien, berupa yang kita lihat, dengar, bau, dan rasakan, bukan kesimpulan dari perawat.
3. Mencatat waktu kejadian, kejadian dibuat secara kronologis, dan mencantumkan nama jelas serta tanda tangan yang membuatnya.
4. Menggunakan singkatan baku sesuai kebijakan rumah sakit
5. Menggunakan istilah medis yang baku dan dimengerti oleh semua perawat yaitu :
    - Menggunakan tinta hitam (bukan pensil).
    - Jika ada kesalahan dalam menulis tidak boleh dihapus tapi dicoret dan diberi paraf.
    - Kolom tidak dibiarkan kosong
    - Menggunakan Bahasa Indonesia yang baik.
    - Menempelkan stiker identitas disetiap lembaran dokumentasi

Meskipun demikian, beberapa hal yang perlu diperhatikan dalam menulis atau mendokumentasikan setiap tindakan keperawatan harus menggunakan standar terminologi yang terdiri dari pengkajian, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan/implementasi dan terakhir evaluasi dari proses perawatan yang diberikan. Menegakkan diagnosa keperawatan berdasarkan data yang telah dianalisis dengan cermat dan akurat serta mendokumentasikan hasil observasi secara akurat, lengkap sesuai dengan urutan waktu kejadiannya. selain itu, jangan lupa merevisi rencana asuhan keperawatan berdasarkan hasil yang diharapkan dan yang ditemukan terhadap pasien. Demikian juga dengan pengembangan dokumentasi Asuhan Keperawatan, yang telah diuji coba dan dikembangkan, dari evaluasi yang telah dilakukan terhadap pengguna didapatkan respon yang baik, perawat menjadi terbiasa dan merasa lebih nyaman bekerja dengan menggunakan komputer (Ammenwerth et al., 2003) Perawat meyakini bahwa dengan elektronik dokumentasi keperawatan akan dapat meningkatkan pelayanan dan respon yang positif diberikan terhadap penggunaan dokumentasi elektronik tersebut (De Veer and Francke, 2010).

Cara Penulisan SOAP atau SOAPIER untuk perawat

Biasanya SOAP/SOAPIER berada pada formulir Catatan Perkembangan Pasien Terintegras (CPPT). ***Subjective*** yaitu Pernyataan atau keluhan dari pasen ***Objective*** yaitu Data yang diobservasi oleh perawat atau keluarga. ***Analisys*** yaitu Kesimpulan dari objektif dan subjektif ***Planning*** yaitu Rencana tindakan yang akan dilakuakan berdasarkan analisis

Contoh:

S : pasien mengeluh rasa nyeri sekitar luka ketika dipalpasi
O :pada balutan luka terlihat warna jambu dan tidak berbau

A : luka memperlihatkan tanda awal dari penyembuhan
P : teruskan perawatan luka.

Pada prinsipnya SOAP digunakan untuk pengkajian awal pasien. Sedangkan SOAPIER, SOAP-nya sama dengan di atas dan IER yaitu:

Subjective **:** Pernyataan atau keluhan dari pasien
Objective : Data yang diobservasi oleh perawat atau keluarga.
Analisys **:** Kesimpulan dari objektif dan subjektif
Planning **:** Rencana tindakan yang akan dilakuakan berdasarkan analisis
Implementation : Bagaimana dilakukan
Evaluation **:** Respon pasen terhadap tindakan Keperawatan
Revised **:** Apakah rencana keperawatan akan diubah.

Contoh:

S : Pasien mengeluh nyeri sekitar luka ketika dipalpasi
O : Pada balutan luka terlihat ada nanah dan berbau
A : Terjadi infeksi pada luka
P : Teruskan perawatan luka
I : Basahi luka dengan NaCl 0,9% sesuai instruksi
E : Luka masih bernanah
R : Ganti balutan menjadi 2 kali/hari

Standar asuhan keperawatan diberlakukan di seluruh rumah sakit melalui Surat keputusan direktur jenderal pelayanan medik nomor: YM.00.03.2.6.7637 tahun 1993 tentang berlakunya standar asuhan keperawatan di rumah sakit. Standart Operating Procedure (SOP) merupakan aktivitas dari NIC (*Nursing Intervention Classification*). NIC (*Nursing Intervention Classification*) adalah sistem klasifikasi perawatan yang menggambarkan kegiatan yang dilakukan oleh perawat

sebagian bagian dari proses keperawatan yang berasosiasi dengan pembuatan rencana asuhan keperawatan. Prosedur operasional standar adalah proses standar langkah - langkah sejumlah instruksi logis yang harus dilakukan berupa aktivitas, aliran data, dan aliran kerja. Dilihat dari fungsinya, SOP berfungsi membentuk sistem kerja & aliran kerja yang teratur, sistematis, dan dapat dipertanggung jawab kan, menggambarkan bagaimana tujuan pekerjaan dilaksanakan sesuai dengan kebijakan dan peraturan yang berlaku, menjelaskan bagaimana proses pelaksanaan kegiatan berlangsung; sebagai sarana tata urutan dari pelaksanaan dan pengadministrasian pekerjaan harian sebagaimana metode yang ditetapkan, menjamin konsistensi dan proses kerja yang sistematik, dan menetapkan hubungan timbal balik antar satuan kerja.

Prinsip-Prinsip Dokumentasi Keperawatan Dalam membuat dokumentasi dalam keperawatan harus memperhatikan aspek-aspek keakuratan data, breafity (ringkas), dan legality (mudah dibaca). Adapun prinsip-prinsip dalam melakukan dokumentasi yaitu:

a. Dokumen merupakan suatu bagian integral dari pemberian asuhan keperawatan
b. Praktik dokumentasi bersifat konsisten
c. Tersedianya format dalam praktik dokumentasi
d. Dokumentasi hanya dibuat oleh orang yang melakukan tindakan atau mengobservasi langsung klien
e. Dokumentasi harus dibuat sesegera mungkin
f. Catatan harus dibuat secara kronologis
g. Penulisan singkatan harus menggunakan istilah yang sudah berlaku umum dan seragam
h. Tuliskan tanggal, jam, tanda tangan, dan inisial penulis
i. Catatan harus akurat, benar, komplit, jelas, ringkas, dapat dibaca, dan ditulis dengan tinta

j. Dokumentasi adalah rahasia dan harus disimpan dengan benar Potter dan Perry (1994) memberikan panduan sebagai petunjuk cara mendokumentasikan yang benar, sebagai berikut:
   1) Jangan menghapus dengan menggunakan cairan penghapus atau mencoret-coret tulisan yang salah ketika mencatat, karena akan tampak perawat seakan akan menyembunyikan informasi atau merusak catatan. Adapun cara yang benar adalah dengan membuat garis lurus pada tulisan yang salah (usahakan tulisan yang salah masih bisa dibaca), lalu diparaf pada bagian terakhir kalimat yang salah kemudian diikuti dengan tulisan kata yang benar.
   2) Jangan menulis komentar yang bersifat mengkritik pasien atau tenaga kesehatan lainnya, karena pernyataan tersebut dapat dinilai sebagai perilaku tidak professional atau asuhan keperawatan yang tidak bermutu.
   3) Koreksi semua kesalahan sesegera mungkin.
   4) Bila kesalahan tidak segera diperbaiki maka dapat menyebabkan kesalahan tindakan pula.
   5) Catatan harus akurat, valid dan reliabel. Pastikan yang ditulis adalah fakta, jangan berspekulasi atau menuliskan pikiran sendiri.
   6) Jangan biarkan bagian kosong pada catatan perawat, karena orang lain dapat menambah informasi yang tidak benar pada bagian yang kosong tersebut.
   7) Semua catatan harus dapat dibaca dan ditulis dengan tinta.
   8) Menulis hanya untuk diri sendiri karena perawat bertanggung gugat atas informasi yang telah ditulisnya. Jangan menulis untuk orang lain.
   9) Hindari penggunaan istilah yang bersifat tidak umum.

10) Memulai dokumentasi dengan waktu dan akhiri dengan tanda tangan dan nama.

DAFTAR PUSTAKA

Buku Standar Keperawatan Direktorat Bina Pelayanan Keperawatan dan Keteknisian Medik Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan Kementerian Kesehatan RI 2012.

Persatuan Perawat Nasional Indonesia (2016). Standar Diagnosisi keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik.Edisi 1.

UU Keperawatan no.38 RI,tahun 2014. Treas L.S & Wilkinson J.M (2014). *Basic nursing: Concepts, skills & reasoning*, Vol.1. F.A. Davis Company. Philadelphia

Dinarti., Mulyanti Y. 2017. Dokumentasi Keperawatan. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

Efendy, M.A., Purwanto, R. (2012). Perbedaan Tingkat Dokumentasi Proses Keperawatan Sebelum Dan Sesudah Penerapan NANDA-I, NIC, dan NOC. Jurnal Keperawatan

Soedirman (The Soedirman Journal of Nursing). 7 (2) : 67-77

Koerniawan, D., Daeli, N. E. (2020). Aplikasi Standar Proses Keperawatan: Diagnosis,

Outcome, Dan Intervensi Pada Asuhan Keperawatan. Jurnal Keperawatan Silampari. 3 (2) :739-751.

Khoirunisa, Vivin. Fafilah, Ana. (2017). Hubungan Antara Tingkat Pengtahuan Perawat Tentang Dokumentasi Keperawatan Dengan Sikap Perawat Dalam Pendokumentasian Asuhan Keperawatan Di Ruangan Inap RSUD dr.Loekmono Hadi Kudus. Publikasi RisetKesehatan untuk Daya Saing Bangsa. ISSN: 2581-2270.

Kundre, R., Kallo, Vandry. (2018). Hubungan Kepuasan Kerja Perawat Dengan Pelaksanaan Pendokumentasian Keperawatan Di Rumah Sakit GMIM Pancaran Kasih Manado. e-Jurnal Keperawatan. 6 (1) : 1-7

Noorkasiani, Gustina, R., Maryam, S. (2015). Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kelengkapan Dokumentasi Keperawatan. Jurnal Keperawatan Indonesia. 18 (1) : 1-8

Nuryani, N., Susanti, D. D., (2014). Hubungan Pengetahuan Perawat Dengan Kelengkapan Dokumentasi Asuhan Keperawatan Di RSUD dr.Soekardjo Kota Tasikmalaya. Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia. 3 (1) : 5-9.

Olfah, Y. 2016. Dokumentasi Keperawatan. Kementerian Republik Indonesia.

Simamora, R. (2009). Dokumentasi Proses Keperawatan.

Simamora, R. H., Purba, J. M., Bukit, E. K., & Nurbaiti, N. (2019). Penguatan Peran Perawat Dalam Pelaksanaan Asuhan Keperawatan Melalui Pelatihan Layanan Prima. JPPM (Jurnal Pengabdian Dan Pemberdayaan Masyarakat), 3(1), 25-31.

Siswanto, L. M. H., Hariyari, R. T. S., Sukihananto. (2013). Faktor- Faktor Yang Berhubungan Dengan Kelengkapan Pendokumentasian Asuhan Keperawatan. Jurnal Keperawatan Indonesia. 16 (2) : 77-74.

Sugiyati, S. (2014). Hubungan Pengetahuan Perawat Dalam Dokumentasi Keperawatan Dengan Pelaksanaan Di Rawat Inap RSI Kendal. Prosiding Konferensi Nasional II PPNI Jawa Tengah. 298-307.

Yanti, R. I., Warsito, B. E. (2013). Hubungan Karakteriatik Perawat, Motivasi, Dan Supervisi Dengan Kualitas Dokumentasi Proses Asuhan Keperawatan. Jurnal Manajemen Keperawatan. 1 (2) : 107-114.

BAB 11
ASPEK LEGAL DOKUMENTASI KEPERAWATAN

Oleh Rida' Millati

11.1 Pendahuluan

Perawat harus hati-hati dalam melakukan pendokumentasian semua kegiatan asuhan keperawatan yang telah dilakukan. Hal ini dikarenakan kelengkapan dokumentasi keperawatan menjadi salah satu indicator mutu pelayanan. Mutu pelayanan rendah diakibatkan oleh belum lengkap dan tidak terpenuhinya standar asuhan keperawatan pada Departemen Kesehatan(Manuhutu et al., 2020).

Proses pencatatan dalam sebuah rekam medis merupakan sebuah tindakan legal. Sebagaimana telah diuraikan dalam Permenkes No 26 Tahun 2019, perawat mempunyai kewajiban mendokumentasikan Asuhan keperawatan sesuai dengan Standar dalam melaksanakan Praktik Keperawatan.

Dokumentasi pasien yang berkualitas tinggi pada perawatan primer adalah hal yang krusial untuk memastikan kualitas pelayanan, keberlanjutan perawatan dan keselamatan pasien (Bjerkan et al., 2021). Pencapaian kriteria dokumen yang berkualitas harus dapat dijadikan bahan bukti jika suatu saat ada tuntutan pengadilan.

Dokumentasi merupakan alat bukti tanggung jawab serta tangung gugat dari perawat dalam melaksanakan tugasnya (Rasmiati et al., 2019). Sehingga perawat harus mengetahui

dan memperhatikan aspek atau pedoman legal pendokumentasian yakni bagaimana cara menulis, apa saja yang ditulis serta dimana dokumentasi itu disimpan.

Tidak hanya bagi perawat, ketepatan dalam pendokumentasian asuhan keperawatan yang kurang benar dan tidak dengan standar dapat memberikan makna yang besar bagi rumah sakit serta dampak dalam aspek hukum hingga proses akreditasi (Nursalam dalam Rasmiati et al., 2019).

11.2 Aspek Legal

Kriteria dokumentasi keperawatan yang berkualitas dijelaskan oleh (ANA, 2010) harus memenuhi karakteristik berikut:

a. Mudah diakses
b. Akurat, relevan dan konsisten
c. Dapat diaudit
d. Jelas, ringkas dan lengkap
e. Mudah dibaca
f. Penuh pertimbangan
g. Tepat waktu, update dan berkisanambungan
h. Menggambarkan proses keperawatan
i. Data keperawatan dapat diperoleh kembali.

Berdasarkan kriteria diatas, laporan asuhan keperawatan yang bagus ialah laporan yang menggambarkan secara keseluruhan kegiatan dan berisi informasi yang lengkap tentang perawatan pasien. Sebagai alat komunikasi, maka ada beberapa kriteria yang harus dipenuhi agar informasi tersampaikan secara lengkap terutama untuk masalah kesehatan dan tindakan keperawatan tertentu. Berikut ada beberapa pedoman legal yang harus dipegang oleh perawat pada saat mendokumentasikan asuhan keperawatan (Potter & Perry, 2005).

Aspek 1 Jangan menghapus menggunakan cairan penghapus atau mencoret kesalahan yang dibuat

Rasional**:** Catatan menjadi tidak bisa dibaca jika ada upaya untuk menutupi informasi atau memalsukan tulisan yang sudah dimasukkan dalam rekam medis.

Tindakan yang tepat:

Jika membuat kesalahan penulisan dalam rekam medis, buat garis tunggal sepanjang tulisan yang salah. Tulis kata salah diatas garis. Kemudian tulis informasi yang benar setelah garis tersebut.

Aspek 2 Jangan menuliskan komentar buruk tentang pasien atau perawatan yang dilakukan oleh tim kesehatan yang lain.

Rasional: Pernyataan pribadi dapat dijadikan sebagai bukti bahwa anda telah melakukan perbuatan yang tidak profesional dan menujukkan kualitas diri yang tidak baik.

Tindakan yang Tepat

Tulis hanya gambaran objektif saja tentang perilaku atau gejala yang muncul pada pasien. Ungkapan atau ucapan pasien bisa ditulis dengan menggunakan kalimat kutipan dengan tanda kutip "‥"

Aspek 3 Perbaiki kesalahan dengan segera

Rasional: Ketidaktepatan dalam penulisan dalam pelaporan dapat mengakibatkan kesalahan pemberian obat.

Tindakan yang tepat:

Hindari melengkapi catatan dengan terburu-buru. Harus diperiksa kembali bahwa informasi yang dimasukkan adalah data yang akurat.

Aspek 4 Catat semua fakta

Rasional: Ketidaktepatan dalam penulisan dalam pelaporan dapat mengakibatkan kesalahan pemberian obat.

Tindakan yang tepat:

Hindari melengkapi catatan dengan terburu-buru. Harus diperiksa kembali bahwa informasi yang dimasukkan adalah data yang akurat.

Aspek 5 Jangan meninggalkan tempat kosong dalam dokumentasi keperawatan

Rasional**:** Orang lain dapat menambahkan informasi yang tidak tepat pada tempat yang kosong

Tindakan yang tepat**:**

Catat secara berurutan garis demi garis jika masih terdapat ruang buat garis horizontal pada ruang tersebut dan tulis nama anda pada ujungnya.

Aspek 6 Catat semua entri dengan jelas dapat terbaca dan menggunakan tinta

Rasional **:** Entri yang tidak jelas terbaca dapat menimbulkan kesalahan interpretasi, sehingga menyebabkan kesalahan dan tuntutan hokum; penulisa dengan menggunakan tinta yang tidak dapat dihapus; catatan yang dibuat salinanya dan disimpan dalam bentuk rekaman mikrofilm

Tindakan yang tepat:

Jangan pernah menghapus entri atau menggunakan cairan penghapus dan jangan pernah menggunakan pensil.

Aspek 7 Jika pesanan atau order tidak meyakinkan, tetap tulis bahwa sudah dilakukan verifikasi atau klarifikasi

Rasional: Jika perawat melakukan order yang telah diketahui akan tidak tepat, maka begitu juga yang akan dihadapi oleh dokter yang akan dapat dituntut

Tindakan yang tepat:

Janganlah memasukkan tulisan "Dokter membuat kesalahan". Sebaiknya tulis hal berikut " Dr.S sudah dihubungi untuk mengklarifikasi tentang order …. adalah benar".

Aspek 8 Catat hanya untuk diri anda sendiri

Rasional: Anda Bertanggung jawab dan bertanggung gugat atas apapun informasi dan catatan yang anda masukkan pada laporan.

Tindakan yang tepat:

Jangan sampai anda melakukan pencatatan untuk perawat yang lain kecuali jika pemberi perawatan tidak datang ke ruangan selama seharian dan menghubungi anda tentang catatan yang tertinggal.

Aspek 9 Hindari penggunaan bahasa secara umum, frase tidak bermakna seperti kalimat berikut "Status tidak berubah" atau "Mengalami hari baik"

Rasional**:** informasi yang detail tentang kondisi pasien atau kasus pasienbisa secara tidak sengaja terhapus jika informasinya terlalu luas dan umum

Tindakan yang tepat:

Gunakan deskripsi tentang perawatan pasien dengan jelas dan lengkap.

Aspek 10 Setiap catatan atau dokumentasi di dalam dokumentasi harus dimulai waktu tindakan dan diakhiri tanda tangan perawat

Rasional: Pedoman ini dibuat untuk memastikan bahwa kronologis dicatat dengan tepat dari sebuah kejadian telah dilakukan pada pelaporan. Tanda tangan pada laporan menunjukkan siapa yang telah bertanggung jawab dan bertanggung gugat terhadap asuhan perawatan yang diberikan kepada pasien.

Tindakan yang tepat:

Jangan menunggu hingga dinas berakhir untuk menuliskan perubahan yang penting pada sebuah kejadian bahkan beberapa jam terlewat. Pastikan untuk selalu membubuhkan tanda tangan setiap menuliskan laporan perkembangan penting pasien pada laporan.

11.3 Aspek Legal dalam pelaporan Digital/ Eletronik

Dokumentasi asuhan keperawatan dapat dibuat secara manual *(paper based)* atau juga terkomputerisasi (*komputer-based)*. Sistem komputerisasi dapat membantu melengkapi dokumentasi yang umum, hal itu terlihat pada sebuah penggunaan system keperawatan terintegrasi telah meningkatkan kualitas dokumentasi keperawatan dalam hal kelengkapan, relevansi, fungsi pengambilan keputusan dan aspek-aspek legal (Hariyati et al., 2019)

Sistem informasi keperawatan (*Nursing Information System*-NIS) merupakan salah satu dari banyaknya system informasi medis. Beberapa rumah sakit negeri maupun swasta, serta klinik perawatan mulai beralih dari pendokumentasian berbasis kerta menuju e-rekam medis atau pelaporan elektronik. (Potter et al., 2011). Ada yang dikembang sendiri dan ada yang menggunakan milik pemerintah.

Tujuan utama pada sebuah system informasi ialah peningkatan kesehatan komunitas, keluarga dan individu melalui optimatisasi manajemen infomasi dan komunikasi. Penggunaan teknologi dan system informasi telah diharapkan membantu semua aktivitas perawat tidak hanya perawatan langsung namun juga termasuk pengembangan efektivitas system administrasi dan pengembangan system pengambilan keputusan (Hariyati et al., 2019)

Alasan dari peralihan basis data ialah pengamanan data yang telah didokumentasikan selain dari sebab biaya (Hariyati et al., 2019) serta efisiensi waktu penulisan asuhan keperawatan (Potter et al., 2011).

11.4 Manfaat menggunakan NIS ini diantaranya sebagai berikut:

a. Peningkatan kualitas data (kemanfaatan dan penggunaan data yang relevan).
b. Dokumentasi menjadi lebih akurat, lebih lengkap, mengakomodir aspek legal dan up to date.
c. Mengurangi data yang berulang (Oroviogoichea dalam (Potter et al., 2011)

Manfaat lain dari penggunaan dokumentasi pada system informasi keperawatan menurut Hebda (2009) dalam (Potter et al., 2011) ialah:

a. Peningkatan waktu perawatan kepada pasien
b. Berkurangnya kelalaian eror
c. Kemudahan akses informasi yang lebih baik
d. Peningkatan kepuasan kerja
e. Berkurangnya biaya perawatan di rumah sakit
f. Patuh pada mandate akreditasi rumah sakit, dan
g. Pengembangan database umum klien

Seperti halnya dokumentasi manual, pendokumentasian asuhan keperawatan harus memenuhi aspek kerahasiaan data pasien, menjaga privasi pasien dan mekanisme keamanan data. Regulasi dari HIPPA telah dibuat untuk memastikan keamanan data dan mekanisme. Isu utama dalam pemanfaatan system informasi keperawatan ialah kerahasiaan. Untuk mencapai itu sebuah password digunakan oleh user dengan masing masing role. Pada paragraf berikut akan diuraikan penerapan untuk memnuhi isu tersebut.

Poin-poin aspek legal dalam pendokumentasian juga harus diperhatikan pada penggunaan system informasi keperawatan berdasarkan Guideline yang telah dirancang oleh Amercia Nurses Association, The American Medical Record Association dan Canadian Nurses Association dihimpun oleh Moody et all pada Potter et al., (2011):

a. Jangan membagikan *password* yang digunakan untuk masuk dan menutup atau menunci file-file di komputer pada pemberia asuhan yang lain. Pada system yang baik meminta untuk sering merubah kunci password sebagai pencegahan gangguan dan akses rekam medis dari orang yang tidak berwenang.
b. Pada saat masuk ke sistem, hindari meninggalkan komputer tanpa kendali.
c. Selalu ikuti protocol atau prosedur yang tepat untuk memperbaiki beberapa kerusakan/error yang berkaitan dengan kebijakan institusi
d. Pastikan bahwa system perangkat lunak memiliki sebuah system penyimpanan file-file cadangan. Jika anda secara tidak sengaja menghapus sebagaian catatan permanen, ikuti kebijakan agensi/ penting untuk mengetikkan penjelasan ke dalam file komputer dengan tanggal waktu dan inisal anda dan untuk mengirimkan penjelasan secara jelas kepada manajer atau kepala ruangan anda (Thede dalam (Potter et al., 2011)

e. Hindari meninggalkan informasi tentang pasien yang ditampilkan di monitor di mana orang lain dapat melihatnya. Simpan log yang telah dicatat setiap Salinan file terkomputerisasi yang telah anda buat di system.
f. Ikuti prosedur kerahasiaan badan untuk mendokumentasikan materi sensitive seperti diagnosis HIV AIDS.
g. Perlindungan cetakan dari catatan terkomputerisasi adalah penting, penghancuran cetakan dan pencatatan jumlah Salinan yang dihasilkan oleh setiap pemberi asuhan adalah cara untuk meminimalkan duplikasi catatan dan melindungi kerahasiaan infomasi pasien.

Setiap institusi pelayanan kesehatan yang menggunakan system informasi kesehatan termasuk didalam system informasi keperawatan harus membuat kebijakan mengenai bagaimana aturan berkaitan siapa yang boleh dan bagaimana jika terjadi beberapa kesalahan penghapusan data.

11.5 Kesimpulan

Pendokumentasi asuhan keperawatan baik secara manual atau mengunakan *paper based* maupun *computer based* menggunkan system informasi di institusi harus mengikuti pedoman aspek legal agar tercapai kualitas pendokumentasian yang baik.

Perlindungan data dan keamanaan data bagi insitusi pelayanan kesehatan yang menggunakan system informasi atau model dokumentasi digital harus menjadi hal yang prioritas. Proses keluar-masuk sistem, kebijakan penggunaan data dan penghapusan data semua ditujukan untuk menjaga dan melindungi data pasien.

Keakuratan data dan *update* data demi mendukung kesinambungan asuhan keperawatan kepada pasien. Selalu perhatikan aturan yang berlaku tentang prosedur dan tata cara pendokumentasi di institusi tempat anda praktik. Sehingga dokumentasi bisa dijadikan alat bukti bahwa kita ebrtanggung jawab danbertanggung gugat atas segala pencatatan yang telah kita masukan dalam laporan asuhan keperawatan.

DAFTAR PUSTAKA

ANA. (2010). *ANA's Principles for Nursing Documentation; Guidance for Registrated Nurses*.

Bjerkan, J., Valderaune, V., & Olsen, R. M. (2021). Patient Safety Through Nursing Documentation: Barriers Identified by Healthcare Professionals and Students. *Frontiers in Computer Science*, *3*, 51. https://doi.org/10.3389/FCOMP.2021.624555/BIBTEX

Hariyati, R. T. S., Malawat, K. Y., Purwandari, R., & Afifah, E. (2019). Improvement Legal Aspects and Completeness of Documentation using Electronic Nursing Record: A Report Study. *International Journal of Nursing and Health Services (IJNHS)*, *1*(2), 32–39. https://doi.org/10.35654/ijnhs.v1i2.46

Manuhutu, F., Novita, R. V. T., Supardi, S., Litbangkes, B., & Ri, K. (2020). DOCUMENTATION OF NURSING CARE BY NURSES AFTER SUPERVISION TRAINING FOR HEAD NURSES ET X HOSPITAL AMBON CITY. *JUIPERDO Jurnal Ilmiah Perawat Manado*, *08*(01), 171–191.

Potter, P. A., & Perry, A. G. (2005). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan Konsep, Proses dan Praktikum* (4th ed.).

Potter, P. A., Perry, A. G., Stockert, P. A., & Hall, A. (2011). *Basic Nursing* (T. Myers (ed.); Seventh Ed). Elsevier.

Rasmiati, K., Author, C., Keperawatan, A., & Jawab, T. (2019). *Gambaran pendokumentasian asuhan keperawatan di ruang rawat inap rsud buton utara*. *02*, 27–36.

BAB 12
PRAKTIK PENDOKUMENTASIAN KEPERAWATAN

Oleh Yunike

12.1 Pendahuluan

Dokumentasi keperawatan adalah catatan asuhan keperawatan yang direncanakan dan disampaikan kepada pasien individu oleh perawat yang berkualifikasi atau pengasuh lain di bawah arahan perawat yang berkualifikasi (Urquhart et al., 2018). Dokumentasi keperawatan adalah sumber utama informasi klinis untuk memenuhi persyaratan hukum dan professional (Daskein et al., 2009). Dokumentasi keperawatan memberikan komunikasi yang efektif, memastikan deteksi dini masalah, kualitas, kontinuitas, individualitas serta perawatan klien yang lengkap dan keselamatan pasien yang pada akhirnya meningkatkan kualitas hidup yang menentukan standar perawatan yang diberikan oleh perawat (Hussainat Taiye, 2015; Kebede et al., 2017). Dokumentasi keperawatan juga meningkatkan otonomi profesional, keterampilan berpikir kritis perawat, pengembangan pengetahuan profesional, dan pendidikan keperawatan (Ghaleb Jebur, 2019).

Pendokumentasian asuhan keperawatan selalu dikaitkan dengan nilai-nilai yang diinternalisasi perawat, yaitu persepsi perawat tentang manusia dan status kemanusiaannya. Inilah sebabnya mengapa dokumentasi perawatan, sesuai dengan prinsip etika, harus didasarkan pada martabat manusia pasien

yang tidak dapat diganggu gugat dan pelestariannya. Menghormati pasien dan pendapatnya menyiratkan bahwa perawat juga mencatat hal-hal yang dianggap penting oleh pasien. Dokumentasi tidak boleh mengungkapkan sudut pandang perawat sendiri, tetapi harus mencerminkan harapan dan kebutuhan pasien sehubungan dengan cara perawatan yang mereka inginkan. Dokumentasi asuhan keperawatan harus terdiri dari informasi tentang pasien saat masuk, evaluasi akhir, rencana pemulangan dan rujukan keperawatan berdasarkan evaluasi (Erickson and Karkkainen, 2003 dalam Stellenberg & Uk, 2009).

Dokumentasi keperawatan memiliki peran yang sangat penting terhadap anggota tim perawatan, kesinambungan perawatan, mengingatkan perawatan, keterlibatan perawat dalam tugas dan tanggung jawab profesional, evaluasi intervensi terapeutik, menentukan biaya perawatan kesehatan, mendukung dan melindungi hak hukum pasien dan perawat (Ghaleb Jebur, 2019). Perawat memainkan peran penting, dalam perawatan pasien dan apa yang mereka tulis menentukan standar serta kualitas perawatan yang diberikan kepada pasien (Hussainat Taiye, 2015).

12.2 Dokumentasi Keperawatan

Dokumentasi adalah informasi tertulis atau yang dihasilkan secara elektronik tentang klien yang menggambarkan perawatan, termasuk observasi, penilaian, perencanaan, intervensi dan evaluasi atau layanan yang diberikan kepada klien tersebut. Dokumentasi merupakan bagian integral dari keperawatan profesional dan praktik yang aman (Nursing, 2022).

Dokumen keperawatan merupakan informasi yang terekam mengenai masalah pasien dan intervensi yang dilakukan untuk mengatasi masalah tersebut. Dokumen-

dokumen ini dianggap sebagai perangkat komunikasi tertulis yang sesuai. Peran dokumentasi keperawatan tidak hanya untuk meningkatkan dan melanjutkan intervensi keperawatan serta medis yang disediakan untuk pasien, mentransfer informasi pasien ke anggota tim kesehatan lainnya, meningkatkan otonomi profesional, keterampilan berpikir kritis perawat, pengembangan pengetahuan profesional dan pendidikan keperawatan, tetapi yang paling penting Perannya adalah aspek hukum, karena saksi terbaik untuk menunjukkan intervensi kesehatan yang diberikan kepada pasien adalah dokumen yang sesuai dan benar (Daskein et al., 2009).

Tujuan paling penting dari pendokumentasian adalah untuk mengkomunikasikan kepada anggota lain dari tim multidisiplin perkembangan pasien dan kondisi umum. Menurut Jual dan Moyet (2004:9) dalam (Stellenberg & Uk, 2009), ada alasan penting lainnya untuk melakukan dokumentasi keperawatan :

- Membedakan akuntabilitas perawat dari anggota tim perawatan kesehatan lainnya.
- Memberikan kriteria untuk meninjau dan mengevaluasi perawatan (peningkatan kualitas).
- Menentukan fokus keperawatan untuk klien atau kelompok.
- Memberikan kriteria untuk klasifikasi klien.
- Memberikan justifikasi untuk penggantian.
- Menyediakan data untuk tinjauan administrasi dan hokum.
- Mematuhi persyaratan hukum, akreditasi dan standar professional
- Menyediakan data untuk tujuan penelitian dan pendidikan.

12.3 Tujuan Dokumentasi Keperawatan

Tujuan dasar dari dokumentasi keperawatan adalah pembuatan catatan keperawatan yang berisi perawatan kesehatan pasien yang memberikan bukti perawatan, pengobatan atau layanan yang diterima pasien. Berkas atau dokumen keperawatan disimpang untuk berbagai alasan. Berikut alasan pentingnya dokumentasi keperawatan (American Nurses Association, 2010)Ioanna et al., 2017; Nursing, 2022) :

1) Komunikasi Antar Tim Kesehatan

   Dokumentasi keperawatan yang berkualitas mendukung pertukaran informasi klien terkait di antara tim perawatan interprofessional. Informasi dikomunikasikan secara lisan dan dalam format tertulis dan elektronik di semua pengaturan. Dokumentasi tertulis dan elektronik adalah format yang menyediakan catatan yang tahan lama dan dapat diambil kembali. Yang terpenting dari dokumentasi elektronik adalah *electronic health record* (EHR), yang menyediakan metode respon secara langsung untuk menginformasikan tim perawatan kesehatan tentang status pasien. Pendokumentasian yang tepat waktu dari jenis informasi berikut harus dibuat dan dilindungi dalam EHR pasien untuk mendukung kemampuan tim perawatan kesehatan untuk memastikan keputusan yang tepat dan perawatan berkualitas tinggi dalam kesinambungan perawatan pasien yaitu (American Nurses Association, 2010) :

   - Penilaian
   - Masalah klinis
   - Komunikasi dengan profesional perawatan kesehatan lainnya mengenai pasien.
   - Komunikasi kepada pasien, keluarga, serta kerabat tentang edukasi kesehatan.

- Catatan pengobatan (MAR)
- Parameter klinis pasien
- Tanggapan dan hasil pasien, termasuk perubahan status pasien.
- Rencana perawatan yang mencerminkan kerangka sosial dan budaya pasien.

2) Kesinambungan Perawatan

Semua anggota tim perawatan kesehatan memerlukan informasi yang akurat tentang klien untuk memastikan pengembangan rencana perawatan komprehensif yang terorganisir. Dokumentasi yang tidak akurat atau tidak lengkap dapat menyebabkan perawatan yang terfragmentasi, pengulangan tugas, dan penundaan atau penghilangan terapi.

3) Akuntabilitas Profesional

Dokumentasi adalah salah satu cara keperawatan menunjukkan pengetahuan, penilaian dan keterampilan. Perawat diharapkan untuk mengikuti standar profesional dan Kode Etik.

4) Hukum

Catatan klien adalah dokumen hukum dan dapat digunakan sebagai bukti di pengadilan atau proses perilaku profesional. Dokumentasi yang tidak lengkap, tidak akurat, tidak tepat waktu, tidak terbaca atau tidak dapat diakses, atau salah dan menyesatkan dapat menyebabkan sejumlah hasil yang tidak diinginkan, termasuk :

- Menghambat pencarian fakta hokum.
- Membahayakan hak hukum, klaim, dan pembelaan baik pasien maupun penyedia layanan kesehatan.
- Menempatkan organisasi dan penyedia layanan kesehatan dalam risiko tanggung jawab.

5) Regulasi dan legislasi

Audit laporan dan dokumentasi klinis memberikan metode untuk mengevaluasi dan meningkatkan kualitas perawatan pasien, mempertahankan standar perawatan saat ini, atau memberikan bukti evaluatif ketika standar memerlukan modifikasi untuk mencapai tujuan, mandat legislatif, atau menangani inisiatif kualitas.

6) Pendanaan dan Manajemen Sumber Daya

Analisis dokumentasi kualitas mendukung alokasi sumber daya, pengukuran beban kerja, dan pemanfaatan fiskal.

7) Riset

Data yang diperoleh dari catatan kesehatan digunakan dalam penelitian kesehatan untuk menilai intervensi keperawatan, untuk mengevaluasi hasil klien dan untuk menentukan efisiensi dan efektivitas asuhan.

8) Proses kualitas dan peningkatan kinerja

Dokumentasi adalah sumber utama bukti yang digunakan untuk terus mengukur hasil kinerja terhadap standar yang telah ditentukan, dari perawat individu, anggota tim perawatan kesehatan, kelompok penyedia layanan kesehatan (seperti unit atau tim kode), dan organisasi. Informasi ini dapat digunakan untuk menganalisis varians dari pedoman yang ditetapkan dan mengukur serta meningkatkan proses dan kinerja yang terkait dengan perawatan pasien.

12.4 Prinsip Dokumentasi Keperawatan

Menurut American Nurses Association (ANA) dokumentasi keperawatan memiliki beberapa prinsip, sebagai berikut (American Nurses Association, 2010) :

1) Karakteristik Dokumentasi

Dokumentasi keperawatan yang berkualitas tinggi adalah:

- Dapat diakses
- Akurat, relevan, dan konsisten
- Bisa diaudit
- Jelas, ringkas, dan lengkap
- Terbaca/dapat dibaca (khususnya dalam hal resolusi dan kualitas terkait konten HER (*Electronic Health Record*) seperti yang ditampilkan di layar berbagai perangkat).
- Penuh pertimbangan.
- Tepat waktu dan berurutan.
- Reflektif dari proses keperawatan
- Dapat diambil kembali secara permanen dalam keperawatan.

2) Pendidikan dan Pelatihan

Perawat, di semua tatanan dan di semua tingkat layanan, harus diberikan pendidikan dan pelatihan komprehensif dalam elemen teknis dokumentasi dan kebijakan serta prosedur rumah sakit yang terkait dengan dokumentasi. Pendidikan dan pelatihan ini harus mencakup masalah kepegawaian yang memperhitungkan waktu yang diperlukan untuk pekerjaan dokumentasi untuk memastikan bahwa setiap perawat mampu melakukan hal berikut :

- Penggunaan sistem dokumentasi global secara fungsional dan terampil.
- Kompetensi dalam penggunaan komputer dan hardware pendukungnya.
- Keahlian dalam menggunakan sistem perangkat lunak di mana dokumentasi atau laporan pasien, keperawatan dan perawatan kesehatan lainnya, dokumen, dan data yang relevan dikumpulkan.

3) Kebijakan dan prosedur

Perawat harus terbiasa dengan semua kebijakan dan prosedur organisasi yang berkaitan dengan dokumentasi dan menerapkannya sebagai bagian dari praktik keperawatan. Yang terpenting adalah kebijakan atau prosedur untuk menjaga efisiensi dalam penggunaan sistem "downtime" untuk dokumentasi ketika sistem elektronik yang tersedia tidak berfungsi.

4) Sistem Perlindungan

Sistem proteksi harus dirancang dan dibuat ke dalam sistem dokumentasi, berbasis kertas atau elektronik, untuk menyediakan hal-hal berikut seperti yang ditentukan oleh kebijakan dan prosedur organisasi, yaitu :

- Keamanan data
- Perlindungan identifikasi pasien,
- Kerahasiaan informasi pasien
- Kerahasiaan informasi profesional klinis
- Kerahasiaan informasi organisasi.

5) Entri Dokumentasi

Entri ke dalam dokumen organisasi atau catatan kesehatan harus :

- Akurat, valid, dan lengkap;
- Diotentikasi yaitu informasinya benar, penulisnya teridentifikasi, dan tidak ada yang ditambahkan atau disisipkan;
- Tanggal dan stempel waktu oleh orang yang membuat entri;
- Terbaca/dapat dibaca; dan
- Dibuat menggunakan terminologi standar, termasuk akronim dan simbol.

6) Terminologi Standar

Karena terminologi standar memungkinkan data dikumpulkan dan dianalisis, terminologi ini harus mencakup istilah yang digunakan untuk menggambarkan perencanaan, pemberian, dan evaluasi asuhan keperawatan pasien atau klien dalam pengaturan yang berbeda.

12.5 Sistem Dokumentasi Keperawatan

Terdapat beberapa sistem dokumentasi saat ini, sebagai berikut (Ioanna et al., 2017) :

1) Pencatatan Berdasarkan Sumber

Dalam jenis pencatatan ini, informasi tentang masalah tertentu didistribusikan ke seluruh file. Diagram deskriptif merupakan departemen umum pencatatan berdasarkan sumbernya. Ini terdiri dari catatan tertulis yang meliputi perawatan rutin, hasil yang biasa dan masalah pasien. Pencatan berdasarkan sumber berguna bagi dokter atau perawa untuk menemukan formulir dan menemukan beberapa informasi yang didaftarkan secara khusus. Kerugiannya adalah informasi yang berkaitan dengan suatu masalah tersebar di seluruh diagram, dan akibatnya sulit untuk menemukan informasi kronologis atas masalah dan perkembangan pasien (Wang & Grossman, 2006).

2) Pencatatan Berdasarkan Masalah

Pada pencatatan terfokus pada masalah, data dicatat sesuai dengan masalah pasien dan bukan sumber informasi. Semua anggota kelompok terapi melengkapi daftar masalah, rencana perawatan dan catatan kemajuan (Wang & Grossman, 2006).. Keuntungan dari metode pencatatan ini adalah :

- mendorong kolaborasi antar tenaga kesehatan
- Daftar masalah pada bagian pertama diagram mengatur siapa yang memberikan perawatan untuk kebutuhan pasien dan dengan demikian lebih mudah untuk mengamati situasi pasien setiap masalah.

Kerugiannya adalah :

- Orang yang memberikan perawatan bervariasi dalam kemampuan untuk menggunakan jenis pendaftaran ini
- Banyak waktu yang dibutuhkan untuk menyelesaikan daftar masalah setiap hari
- Kurang memadai karena evaluasi dan intervensi, yang dibuat untuk lebih dari satu soal, harus diulang.

Pencatatan yang difokuskan pada masalah memiliki empat komponen dasar yaitu pengkajian, daftar masalah, rencana perawatan, dan catatan perkembangan :

- Pengkajian

  Pengakajian terdiri dari semua informasi yang tersedia tentang pasien ketika dia memasuki rumah sakit, termasuk evaluasi keperawatan, riwayat medis, elemen sosial dan keluarga, dan hasil pemeriksaan klinis dan kontrol diagnostik dasar. Data selalu diinformasikan sesuai dengan perubahan situasi kesehatan pasien (Pollard et al., 2018).

- Daftar Masalah

  Daftar masalah berasal dari pengkajian. Biasanya digunakan di depan diagram dan digunakan sebagai indikator, sehingga catatan perkembangan pasien terpantau. Masalah dicatat dalam daftar, sehingga dapat dikenali, dan daftar tersebut selalu diinformasikan sejauh menyangkut masalah baru dan sejauh yang telah dipecahkan juga (Ioanna et al., 2017).

- Rencana Perawatan

  Dalam rencana perawatan masalah aktif dicatat. Rencana perawatan dibuat ketika mendapat masalah dalam kehatannya. Dokter mencatat instruksi medis atau rencana perawatan medis dan perawat mencatat instruksi keperawatan atau rencana asuhan keperawatan (Ioanna et al., 2017).
- Catatan Perkembangan

  Selama pencatatan di mana masalah difokuskan, catatan perkembangan ditulis oleh semua profesional tenaga kesehatan yang terlibat dalam perawatan pasien (Ioanna et al., 2017).

3) Model Pencatatan – Intervensi – Evaluasi (PIE)

   Dalam model pendaftaran PIE informasi dibagi menjadi tiga kategori. PIE menentukan untuk masalah, intervensi dan evaluasi asuhan keperawatan. Model ini terdiri dari diagram evaluasi pada perawatan pasien dan catatan kemajuan. Diagram tersebut menggunakan kriteria evaluasi tertentu dengan struktur tertentu.
4) Diagram Fokus

   Dalam diagram fokus, pasien, kekhawatirannya, dan kemampuannya merupakan pusat perawatan. Diagram fokus memberikan representasi total dari pasien dan kebutuhannya. Ketiga komponen PIE tidak perlu dicatat dalam urutan tertentu dan setiap catatan tidak perlu memiliki ketiga kategori tersebut. Diagram dan daftar kontrol sering digunakan dalam diagram fokus, sehingga tugas rutin keperawatan dan data evaluasi dicatat.
5) Pencatatan Melalui Komputer

   Sistem pencatatan melalui PC dikembangkan sebagai metode penyelesaian dan pengelolaan informasi yang sangat besar yang dibutuhkan dalam perawatan kesehatan

modern. Perawat menggunakan komputer untuk menyimpan data pasien, menambahkan data baru, membuat dan mengulang rencana perawatan dan mencatat kemajuan pasien. Beberapa lembaga keperawatan kontemporer memiliki terminal kecil yang dioperasikan secara manual di samping tempat tidur pasien, yang membantu pencatatan langsung perawatan perawat, yang baru saja diberikan kepada pasien.

6) Manajemen Kasus

Model dokumentasi ini menekankan pada kualitas dan biaya efektivitas perawatan, yang diberikan selama pasien tinggal di institusi keperawatan. Model ini menggunakan pendekatan multidisiplin dalam merancang dan mencatat perawatan pasien, juga menggunakan pemikiran kritis. Pada saat yang sama, ini berguna untuk menentukan hasil perawatan harian, yang diharapkan dari kelompok pasien tertentu, setelah intervensi spesifik yang dilakukan setiap hari.

12.6 Rekomendasi Untuk Dokumentasi Keperawatan

Perawat harus bertujuan untuk memastikan bahwa data dan informasi penting dan perlu menghindari duplikasi dokumentasi. Untuk melakukannya, perawat perlu memahami kekuatan dan faktor lain yang membentuk persyaratan dokumentasi khusus praktik. Berikut rekomendasi untuk dokumentasi (American Nurses Association, 2010) :

1) Praktek Perawat Terdaftar

Perawat di semua pengaturan dan di semua tingkatan harus berpartisipasi dalam pengambilan keputusan untuk mendapatkan kebijakan, sumber daya, proses, dan sistem yang disesuaikan dengan kebutuhan serta populasi organisasi mereka untuk mendukung kegiatan dokumentasi dan sistem yang memfasilitasi :

- Pembuatan EHR dan uji coba paket perangkat lunak yang dibuat khusus dengan format yang kompatibel di seluruh platform.
- Desain proses dokumentasi yang fungsional dan mudah digunakan yang memungkinkan dan meningkatkan:
  - Akses ke dokumentasi
  - Analisis komparatif
  - Efisiensi
  - Evaluasi hasil
  - Revisi dan penyempurnaan proses dokumentasi dan sistem informasi.
  - Komunikasi mulus antara penyedia di seluruh rangkaian perawatan.
  - Transferabilitas dan portabilitas
  - Keterkaitan akses titik perawatan dengan pedoman praktik berbasis bukti.

2) Pengusaha dan Lembaga Perawatan Kesehatan

Pengusaha dan lembaga perawatan kesehatan harus secara aktif melibatkan perawat dalam pengambilan keputusan terkait dokumentasi. Perawat, karyawan, dan manajer risiko dari semua pengaturan dan tingkatan yang membuat dokumentasi, menggunakan sistem dokumentasi atau bertanggung jawab atas dokumentasi, kerahasiaan atau keamanan data harus dilibatkan dalam pengambilan keputusan, pembuatan, desain, dan pemilihan serta penerapan sistem dokumentasi. Proses ini menciptakan peluang bagi perawat dan semua orang lain yang berkepentingan dalam dokumentasi yang berkualitas dan aman untuk mendapatkan pengalaman langsung dengan kebijakan, proses, dan sistem.

3) Pasien dan Konsumen

Pasien berhak untuk memiliki akses ke catatan kesehatan mereka sendiri. Dalam beberapa kasus, keluarga pasien atau perwakilan lainnya mungkin berhak memiliki akses yang wajar ke catatan pasien. Persyaratan dokumentasi, kebijakan, prosedur, dan sistem harus mempertimbangkan kebutuhan pasien untuk mengakses catatan mereka sendiri dan harus meningkatkan akses pasien. Pasien dan konsumen yang diberi wewenang untuk mengakses informasi pasien harus diberi tahu tentang hak dan tanggung jawab mereka di bawah undang-undang.

4) Sistem Perawatan Kesehatan

Sistem dokumentasi harus dirancang untuk memiliki interoperabilitas di seluruh sistem perawatan kesehatan sehingga dokumentasi dapat dikirim dan diterima oleh sistem lain dalam format yang dapat digunakan. Untuk memfasilitasi interoperabilitas dan transferabilitas, terminologi standar harus digunakan untuk :

- Menjelaskan semua aspek asuhan keperawatan, termasuk pengkajian, identifikasi masalah, diagnosa keperawatan dan intervensi, hasil yang sensitif terhadap keperawatan, evaluasi, dan rekomendasi.
- Menyediakan metode untuk mendokumentasikan kesalahan secara akurat yang memenuhi standar nasional.
- Memastikan perawat di tingkat sistem perawatan kesehatan, bekerja sama dengan badan pengatur, berkontribusi pada desain dan pengembangan sistem penyimpanan dan pengambilan data yang berfungsi tepat waktu dan efisien.

12.7 Rangkuman

Dokumentasi keperawatan merupakan proses pencatatan baik secara tertulis ataupun elektronik yang berisi perawatan kesehatan pasien selama di rumah sakit. Dokumentasi keperawatan menjadi hal penting dalam berbagai alasan yaitu : sebagai antar komunikasi dengan tim kesehatan yang lain, hukum, akuntabilitas professional, regulasi, pembiayaan, riset, untuk peningkatan kualitas perawatan. Dokumentasi keperawatan membuat perawat menjadi lebih terampil baik dalam tindakan ataupun pengetahuan tentang perawaatan pasien.

Prinsip dokumentasi keperawatan yaitu sebagai pendidikan dan pelatihan, perlindungan, dan lain – lain. Dalam pencatatan dokumentasi terdapat beberapa sistem: dokumentasi berdasarkan sumber, masalah, manajemen kasus, PIE. Perawat harus dapat melakukan dokumentasi keperawatan yang dimana harus dapat mengambil keputusan terhadap kebijakan. Pihak rumah sakit perlu memfasilitasi perawat terhadap penggunaan dokumentasi keperawatan yang dimana keamanan data pasien serta membuat peluang bagi perawat dan tenaga kesehatan lainnya. Pasien dan konsumen harus mendapatlan informasi kesehatan. System perawatan kesehatan mencakup semua aspek yang terdapat pada asuhan keperawatan, dan semua system penyimpanan dan pengambilan data dapat berfungsi secara efesien.

DAFTAR PUSTAKA

American Nurses Association. (2010). ANA's Principles for Nursing Documentation. In *Nursing*. https://www.nursingworld.org/~4af4f2/globalassets/docs/ana/ethics/principles-of-nursing-documentation.pdf

Daskein, R., Moyle, W., & Creedy, D. (2009). Aged-care nurses' knowledge of nursing documentation: An Australian perspective. *Journal of Clinical Nursing*, *18*(14), 2087–2095. https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02670.x

Ghaleb Jebur, H. (2019). Evaluation of Nursing Staffs' Documentation Standard Related to Nursing Procedures at Medical Wards in Al-Najaf Al-Ashraf Governorate. *Kufa Journal for Nursing Sciences*, *6*(May), 22–31.

Hussainat Taiye, B. (2015). Knowledge and Practice of Documentation among Nurses in. *IOSR Journal of Nursing and Health Science Ver. I*, *4*(6), 2320–1940. https://doi.org/10.9790/1959-04610106

Ioanna, P., Stiliani, K., & Vasiliki, B. (2017). Nursing documentation and recording systems of nursing care. *Health Science Journal*, *9*(4), 71–79. http://search.ebscohost.com.proxy.cc.uic.edu/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=105872158&site=ehost-live

Kebede, M., Endris, Y., & Zegeye, D. T. (2017). Nursing care documentation practice: The unfinished task of nursing care in the University of Gondar Hospital. *Informatics for Health and Social Care*, *42*(3), 290–302. https://doi.org/10.1080/17538157.2016.1252766

Nursing, N. S. C. of. (2022). *DOCUMENTATION FOR NURSES*. Halifax NS.

Pollard, T. J., Johnson, A. E. W., Raffa, J. D., Celi, L. A., Mark, R. G., & Badawi, O. (2018). The eICU collaborative research database, a freely available multi-center database for critical care research. *Scientific Data*, *5*, 1–13. https://doi.org/10.1038/sdata.2018.178

Stellenberg, E. L., & Uk, A. (2009). *DOCUMENTATION OF NURSING CARE CURRENT PRACTICES AND PERCEPTIONS OF NURSES IN A TEACHING HOSPITAL IN SAUDI ARABIA Aaron Mtsha Assignment presented in partial fulfilment of the requirements for the degree of Master of Nursing at Stellenbosch University CORE View metadata, citation and similar papers at core*. *March*.

Urquhart, C., Currell, R., Grant, M. J., & Hardiker, N. R. (2018). Nursing record systems: Effects on nursing practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *2018*(5). https://doi.org/10.1002/14651858.CD002099.pub3

Wang, J., & Grossman, H. T. (2006). *Jags october 2006–vol. 54, no. 10 homocysteine in the oldest old 1625*. *54*(10), 1625–1626.

BIODATA PENULIS

Dr. Ns. Ady Purwoto,S.Kep.,M.Kep.,S.H.,M.H.
Dosen Tetap Akademi Keperawatan Berkala Widya Husada Jakarta dan Dosen Hukum Universitas Ibn Khaldun bogor

Ady Purwoto Lahir di Tegal pada tanggal 10 Desember. Ia Menempuh pendidikan tinggi di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mahardika Cirebon untuk jenjang S1 Keperawatan dan Profesi Ners Tahun 2015, Institut Ilmu Kesehatan STRADA INDONESIA Kediri untuk jenjang S2 Keperawatan Tahun 2022, Universitas Terbuka untuk jenjang S1 Hukum Tahun 2023, Universitas Swadaya Gunung Jati Cirebon untuk jenjang S2 Hukum Tahun 2018 dan Universitas Islam Sultan Agung Semarang Untuk jenjang S3 Hukum Tahun 2022. Saat ini ia bekerja sebagai dosen tetap di Akademi Keperawatan Berkala Widya Husada Jakarta dan Universitas Ibn Khaldun bogor sebagai Dosen Hukum dan Keperawatan. Artikel yang ia tulis telah diterbitkan oleh berbagai jurnal nasional dan Internasional bereputasi, dan empat diantaranya diterbitkan oleh jurnal terakreditasi sinta 4, yaitu yang berjudul Pengaruh Shift Kerja Terhadap Pola Tidur dan Glukosa Darah Pada Perawat Di Instalasi Rawat Inap RSUD Pasar Rebo Jakarta Pada Tahun 2022, *Hospital Management's*

Accountability For Accident Victims In Service Emergency Pada Tahun 2022, Optimization Of The Behavior Of Health Personnel Domain On Covid-19 Prevention In Ciketing Udik Puskesmas Bantargebang Bekasi City Tahun 2022, Menerapkan Konsep dan Teori Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan Secara Nyata Dalam Meningkatkan Mutu Pelayanan Keperawatan Pada Instalasi Ruang Khusus di RSUD Kab. Tangerang Tahun 2022. Dan sudah menerbitkan beberapa buku keperawatan dan buku hukum.

Email : adypurwoto21@gmail.com

BIODATA PENULIS

Dewi Rury Arindari, S.Kep.,Ners.,MNS
Dosen Program Studi Ilmu Keperawatan
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Siti Khadijah Palembang

Penulis lahir pada 12 Oktober 1987 di Talang Ubi, Kab Muara Enim, Sumatera Selatan. Pendidikan tinggi diselesaikan tahun 2009 pada Jurusan Ilmu Keperawatan dan profesi Ners (2010) di PSIK FK Universitas Sriwijaya dan tahun 2016 berhasil memperoleh gelar master of nursing science (MNS) di Kasetsart University, Thailand major field "Family and Community Health Nursing". Penulis pernah menjabat sebagai: 1). Sek Profesi Ners STIK Siti Khadijah; 2). Ka. Lembaga Pengabdian kepada Masyarakat STIK Siti Khadijah; 3). Sekretaris redaksi jurnal Ilmiah Kesehatan Multi Sciencies; 4). Anggota PPNI Kota Palembang; 4). Anggota Asosiasi Dosen Indonesia (ADI), PERKADOSI; 5). Anggota Perhimpunan Mahasiswa Indonesia di Thailand (Permitha); 7). Wakil Sek Ikatan Perawat Kesehatan Komunitas (IPKKI) Prov Sumatera Selatan. Prestasi yang pernah diraih antara lain sebagai 1). Presenter International Conference di Bangkok, Thailand; 2). Lulus Seleksi Beasiswa Luar Negeri (BLN) dari Kemenristekdikti; 3). Sertifikat hipnoterapist (CH dan CHt); 4).

Lulus sertifikasi dosen professional; 5). Pemenang hibah Penelitian Dosen Pemula (PDP) oleh kemenristekdikti pada tahun 2019 dan 2020 serta 6). Terbaik ke-III Perawat Pendidik berprestasi Kota Palembang. Penulis juga memiliki pengalaman publikasi jurnal karya ilmiah yang terindeks SINTA dan menjadi anggota penulis Modul English serta Editor buku English for Nursing ber ISBN.

BIODATA PENULIS

Ns. Ani Nuraeni, M.Kep., Sp.Kep.Kom

Penulis adalah dosen tetap STIKes Fatmawati, menyelesaikan Pendidikan Sarjana (S1) Ilmu Keperawatan di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (2000), Pendidikan Magister Keperawatan Peminatan Keperawatan Komunitas diFakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (2013), dan Pendidikan Program Spesialis Keperawatan Komunitas di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (2014). Saat ini menjabat sebagai Wakil Ketua Bidang Akademik STIKes Fatmawati. Selain mengajar, aktif pula dalam melaksanakan kegiatan pengabdian kepada masyarakat dan menghasilkan beberapa karya yang memperoleh HAKI.

BIODATA PENULIS

Ira Faridasari, S.Kep., Ners., M.Kes
Dosen Program Studi Keperawatan
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Cirebon

Penulis lahir di Kuningan, 29 September 1982. Penulis adalah Dosen tetap pada Program Studi D3 Keperawatan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Cirebon. Menyelesaikan Pendidikan S1 pada jurusan Ilmu Keperawatan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Cirebon pada tahun 2005 dan melanjutkan Pendidikan Profesi Ners di kampus yang sama Lulus pada tahun 2012, melanjutkan Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat di Universitas Respati Indonesia di Jakarta lulus pada tahun 2016. Riwayat pekerjaan penulis pernah menjadi Dosen di Poltekes Yapkesbi Sukabumi pada tahun 2006-2009, pernah menjadi sekretaris program studi D3 Keperawatan, sekretaris Program Studi S1 Ilmu Keperawatan dan juga sekretaris Profesi Ners di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Cirebon. Saat ini penulis menjadi Dosen di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Cirebon (2010-sekarang) dan mengampu mata kuliah Dokumentasi Keperawatan, Konsep Dasar Keperawatan, Keperawatan Komunitas dan juga Komunikasi Keperawatan pada mahasiswa D3 Keperawatan dan S1 Keperawatan.

BIODATA PENULIS

Yolanda Anastasia Sihombing.,S.Kep.,Ners.,M.K.M
Dosen Program Studi Keperawatan
Akademi Keperawatan HKBP Balige

Penulis lahir di Padangsidimpuan tanggal 01 Juni 1991. Penulis adalah dosen tetap di Akademi Keperawatan HKBP Balige. Menyelesaikan pendidikan S1 Jurusan Keperawatan dari Stikes Immanuel Bandung dan melanjutkan S2 pada Kesehatan Masyarakat dari Universitas Indonesia Maju Jakarta.

BIODATA PENULIS

Sumarmi, Ners.,M.Kep
Dosen Program Studi DIII Keperawatan
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Ahmad Dahlan Cirebon

Penulis lahir di Lamung tanggal 06 Januari 1983. Penulis adalah dosen tetap pada rogram Studi DIII Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Ahmad Dahlan Cirebon. Penulis menyelesaikan pendidikan S1 di Program Studi Ilmu keperawatan dan Ners di Universitas Muhammadiyah Yogyakarta pada tahun 2010, dan melanjutkan S2 pada Magister Keperawatan di Universitas Muhammadiyah Jakarta pada tahun 2016.

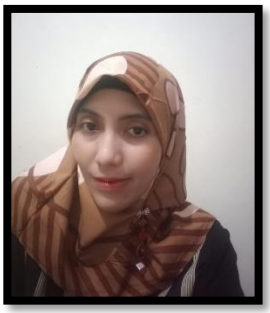
Pengalaman kerja penulis pada bidang pendidikan dimulai sebagai dosen di Akademi Keperawatan Muhammadiyah Cirebon pada tahun 2011 hingga saat ini kampus AKPER Muhammadiyah Cirebon yang telah alih status menjadi Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Ahmad dahlan Cirebon pada tahun 2020 lalu.

BIODATA PENULIS

Ns. Shieva Nur Azizah Ahmad, S.Kep., M.Kep
Dosen Program Studi Sarjana Keperawatan dan Profesi Ners
Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah
Tangerang

Penulis lahir di Tangerang, pada 14 Juni 1990. Wanita yang kerap disapa Shifa ini adalah anak dari pasangan (Alm) Dr. H. Achmad Badawi, S.Pd., MM dan (Alm) Nuraini. Ia tercatat menyelesaikan pendidikan S1 dan Profesi Ners di Universitas Muhammadiyah Tangerang (2008-2013) kemudian melanjutkan pendidikan Magister Keperawatan dengan peminatan Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan di Universitas Muhammadiyah Jakarta (2014-2016). Aktif dalam melakukan catur dharma perguruan tinggi yakni pendidikan dan pengajaran, penelitian dan pengembangan, pengabdian masyarakat serta kemuhammadiyahan. Terlibat sebagai pengelola jurnal dalam Jurnal Ilmiah Keperawatan Indonesia [JIKI] serta sebagai Editor in Chief pada Jurnal JKFT.

BIODATA PENULIS



Erida Fadila, Ners., M.Kep
Dosen Program Studi D3 Keperawatan
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Ahmad Dahlan Cirebon

Penulis lahir di Palembang tanggal 11 Februari 1988. Penulis adalah Dosen Program Studi D3 Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Ahmad Dahlan Cirebon. Menyelesaikan pendidikan S1 pada S1 Keperawatan dan Profesi Ners di Universitas Padjadjaran serta melanjutkan S2 pada jurusan Keperawatan Medikal Bedah Universitas Muhammadiyah Jakarta. Penulis menekuni bidang Menulis dengan buku pertamanya sebagai penulis tunggal dengan judul "Buku Saku Keperawatan Klinik", lalu buku kedua "Promosi dan Pendidikan Kesehatan". Penulis juga aktif di penelitian dan pengabdian serta mendapatkan beberapa hibah terkait Tridharma Perguruan Tinggi.

BIODATA PENULIS

Ardianto, S.Kep., Ns., M.Kep.

Penulis lahir di lahirdi dusun ringin sari, 28 Januari 1987, penulis merupakan alumni dari STIKes Putra Abadi Langkat Program Studi D III Keperawatan selesai pada tahun 2011, setelah itu penulis melanjutkan pendidikan di Program Studi Nesr STIKes Putra Abadi Langkat dan selesai pada Tahun 2015, selanjutnya penulis melanjutkan Program Magistes Ilmu Keperawatan di Universitas Sumatera Utara dan selesai pada tahun 2020.

BIODATA PENULIS

Ixora, S.Kep., Ns.,M. Kep.
Dosen Program Studi D3 Keperawatan Trenggalek
Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang

Penulis lahir di Tulungagung tanggal 26 Juni 1983. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi D3 Keperawatan Poltekkes Kemenkes Malang. Menyelesaikan pendidikan S1 pada Jurusan Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya Malang dan melanjutkan S2 Keperawatan di Universitas Muhammadiyah Yogyakarta. Beberapa hasil penelitian dan pengabdian masyarakat di publish di jurnal nasional dan internasional, dan dari hasil penelitian dan pengabdian masyarakat ada beberapa karya yang mendapatkan HAKI, Penulis telah Menulis dalam bidang manajemen keperawatan, KMB Dan Promosi Kesehatan. Besar harapan penulis agar diberikan kritik dan saran membangun agar kedepan penulis dapat menghasilkan karya yang lebih baik lagi dan memberikan manfaat khususnya dalam dunia keperawatan dan umumnya pada bidang kesehatan.

BIODATA PENULIS

Rida' Millati, Ns. M.Kep.
Dosen Program Studi Profesi Ners Fakultas Keperawatan dan Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Banjarmasin

Penulis lahir di Kuala Kapuas, 6 Februari 1986. Menyelesaikan Pendidikan S1 Keperawatan pada tahun 2010 dan Profesi Ners tahun 2011 di Fakultas Keperawatan dan Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Banjarmasin dan melanjutkan ke S2 Keperawatan pada Magister Keperawatan Universitas Muhammadiyah Banjarmasin selesai pada tahun 2017 dengan konsentrasi Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan. Mata kuliah yang diampu sejak tahun 2018 ialah Dokumentasi Keperawatan, Manajemen Keperawatan, Nursing English dan K3. Orchid ID: 0000-0003-2688-9015.

BIODATA PENULIS

Ns. Yunike, S.Kep., M.Kes.
Dosen Poltekkes Kemenkes Palembang

Penulis lahir di Palembang 19 Juni 1980. Ibu dari empat putri cantik yang super aktif dan suami yang penuh cinta. Mengenal dan akhirnya mencintai dunia keperawatan pertama kali di Poltekkes Kemenkes Palembang, kemudian melanjutkan kembali pendidikan di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia. Saat ini menekuni profesi sebagai Dosen Poltekkes Kemenkes Palembang sejak tahun 2009 hingga sekarang. Beberapa hasil penelitian dan pengabdian masyarakat di publikasi di Jurnal Nasional dan International bertema tentang Psikologi Keperawatan Anak . “Setiap hari selalu ada yang ingin di buat untuk kemajuan keperawatan dan masyarakat, beruntungnya dikelilingi oleh guru dan teman-teman yang selalu bersemangat untuk belajar bersama, bermetamorfosis bersama dari ulat menjadi kepompong dan kelak menjadi kupu-kupu”. Motto hidup “Hidup Sekali, Hidup Berarti”.
Email : yunike@poltekkespalembang.ac.id