

BAB II

TINJAUAN TEORI

2.1 Puskesmas

2.1.1 Definisi Puskesmas

Puskesmas adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif, untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya di wilayah kerjanya (PERMENKES RI, 2019). Menurut Anggraeni, (2019) definisi puskesmas ialah suatu kesatuan organisasi fungsional yang langsung memberikan pelayanan secara menyeluruh kepada masyarakat dalam suatu wilayah kerja tertentu dalam bentuk usaha-usaha kesehatan pokok.

Puskesmas sebagai tulang punggung penyelenggaraan upaya pelayanan kesehatan dasar bagi masyarakat di wilayah kerjanya berperan menyelenggarakan upaya kesehatan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap penduduk agar memperoleh derajat kesehatan yang optimal, sehingga untuk melaksanakan upaya kesehatan baik upaya kesehatan masyarakat tingkat pertama dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama dibutuhkan manajemen Puskesmas yang dilakukan secara terpadu dan berkesinambungan agar menghasilkan kinerja Puskesmas yang efektif dan efisien. (Kementrian Kesehatan RI, 2020).

2.1.2 Kategori Puskesmas

Berdasarkan karakteristik wilayah kerja puskesmas, Permenkes No.75 Tahun 2014 menentukan tiga kategori puskesmas, yaitu puskesmas kawasan perkotaan, puskesmas kawasan pedesaan, dan puskesmas kawasan terpencil. Sedangkan berdasarkan kemampuan penyelenggaraannya, puskesmas dibedakan menjadi:

1. Puskesmas non rawat inap, yaitu puskesmas yang tidak menyelenggarakan pelayanan rawat inap kecuali pertolongan persalinan normal.
2. Puskesmas rawat inap, yaitu puskesmas yang diberi tambahan sumber daya untuk menyelenggarakan pelayanan rawat inap, sesuai pertimbangan kebutuhan pelayanan kesehatan.

2.1.3 Tugas dan Fungsi Puskesmas

Berdasarkan Permenkes No. 75 Tahun 2014 tentang Pusat Pelayanan Kesehatan Masyarakat, Puskesmas mempunyai tugas melaksanakan kebijakan kesehatan untuk mencapai tujuan pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya dalam rangka mendukung terwujudnya kecamatan sehat. Dalam melaksanakan tugas tersebut, puskesmas menyelenggarakan fungsi sebagai berikut :

1. Penyelenggaraan UKM (Upaya Kesehatan Masyarakat) tingkat pertama di wilayah kerjanya.
2. Penyelenggaraan UKP (Upaya Kesehatan Perseorangan) tingkat pertama di wilayah kerjanya.
3. Sebagai wahana pendidikan tenaga kesehatan.

2.1.4 Standar Pelayanan Puskesmas

Jika suatu organisasi layanan kesehatan ingin menyelenggarakan layanan kesehatan yang bermutu, maka harus mempunyai standar kesehatan sebagai landasan dalam memberikan pelayanan kesehatan. Organisasi layanan kesehatan tidak hanya mencakup rumah sakit, puskesmas juga merupakan suatu organisasi layanan kesehatan yang dituntut mempunyai standar layanan kesehatan. Standar layanan kesehatan adalah suatu pernyataan tentang mutu yang diharapkan (Efendi & Makhfudli, 2015). Adanya standar layanan kesehatan diharapkan akan membantu terwujudnya pembangunan kesehatan dengan segera.

Pembangunan kesehatan bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud kesehatan masyarakat baik dalam bidang promotif, preventif, kuratif, ataupun rehabilitatif, agar setiap masyarakat dapat mencapai kesehatan yang setinggi-tingginya baik fisik, mental, dan sosial serta harapan berumur panjang (Ismainar, 2015).

Kementrian Kesehatan Republik Indonesia (KEMENKES) melakukan terobosan sebagai upaya dalam pembangunan kesehatan. Diantaranya adalah dengan menuntut fasilitas 4 pelayanan kesehatan agar mampu mencapai Standar Pelayanan Minimal (SPM) bidang kesehatan. Pembangunan kesehatan pada dasarnya diupayakan untuk mencapai visi Indonesia sehat. Visi Indonesia sehat akan terwujud melalui visi provinsi sehat dengan mengamalkan Standar Pelayanan Minimal (SPM) bidang kesehatan provinsi. SPM bidang kesehatan provinsi tersebut juga berguna sebagai acuan penetapan standar layanan kesehatan tingkat kabupaten/kota yang sering dikenal dengan istilah SPM bidang kesehatan

kabupaten/SPM bidang kesehatan kota. SPM bidang kesehatan kabupaten/kota ini menjadi dasar dalam pelayanan kesehatan di organisasi-organisasi penyelenggara layanan kesehatan seperti rumah sakit dan puskesmas di Indonesia. Oleh karena itu, setiap rumah sakit atau puskesmas di Indonesia memiliki tantangan untuk mencapai SPM bidang kesehatan kabupaten/kota yang sesuai dengan aturan Kementerian Kesehatan RI (Efendi & Makhfudli, 2015).

2.2 Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan menyatakan asuhan keperawatan adalah rangkaian interaksi dengan klien dan lingkungan untuk mencapai tujuan pemenuhan kebutuhan dan kemandirian dalam merawat dirinya (Pemerintah Republik Indonesia, 2014). Asuhan keperawatan merupakan suatu proses keperawatan yaitu suatu metode sistematis dan ilmiah yang digunakan perawat untuk memenuhi kebutuhan klien dalam mencapai atau mempertahankan keadaan biologis, psikologis, kesehatan dan spiritual yang optimal dapat dicapai melalui tahapan pengkajian keperawatan, identifikasi masalah keperawatan, penentuan perencanaan keperawatan, pelaksanaan tindakan keperawatan, dan evaluasi hasilnya (Suarli & Yanyan, 2012).

2.3 Konsep Pendokumentasian Keperawatan

2.3.1 Pengertian

Dokumentasi adalah segala sesuatu yang tercetak atau tertulis yang dapat diandalkan sebagai catatan bukti bagi individu yang berwenang (Perry & Potter,

2010). Dokumentasi keperawatan adalah bukti pencatatan dan pelaporan yang dimiliki perawat dalam catatan perawatan yang berguna untuk kepentingan klien, perawat dan tim kesehatan dalam memberikan pelayanan kesehatan dengan dasar data yang akurat dan lengkap secara tertulis sebagai tanggung jawab perawat (Wahid & Suprpto, 2012).

2.3.2 Tujuan Dokumentasi Asuhan Keperawatan

Tujuan pendokumentasian asuhan keperawatan adalah sebagai alat komunikasi antara klien, keluarga, tim perawat dan tim kesehatan lain sehingga terbentuk komunikasi yang baik dalam perawatan klien, sebagai tanggung jawab dan tanggung gugat perlindungan klien dalam pelayanan dan keamanan perawat dalam memberikan asuhan keperawatan. Sebagai informasi, SPM (Standar Pelayanan Minimal) memiliki peran penting dalam beberapa aspek, antara lain sebagai acuan perencanaan kebutuhan sarana prasarana dan sumber daya manusia di masa mendatang. Selain itu, SPM juga berfungsi sebagai sarana pendidikan yang dapat digunakan sebagai media belajar bagi mahasiswa dan bahan penelitian dalam pengembangan ilmu keperawatan.

Selanjutnya, SPM juga merupakan sumber data yang digunakan dalam audit keperawatan sebagai alat ukur dalam penilaian kinerja perawatan. Dokumen SPM juga memiliki kegunaan sebagai aspek legal dan bukti autentik bagi perawat ketika menghadapi masalah hukum. Terakhir, SPM juga berperan sebagai jaminan kualitas pelayanan kesehatan dan pelayanan keperawatan (Setiadi, 2012). Pelaksanaan dokumentasi keperawatan sebagai salah satu alat ukur untuk mengetahui, memantau dan menyimpulkan suatu pelayanan asuhan keperawatan

yang diselenggarakan di rumah sakit (Setiadi, 2012). Pendokumentasian asuhan keperawatan merupakan hal yang sangat penting dan perlu diperhatikan dikarenakan apa yang dilakukan harus di catat dan apa yang di catat itulah yang dilakukan untuk membantu proses asuhan keperawatan kepada pasien. Pendokumentasian merupakan suatu dokumen yang tertulis dan tercetak serta mampu dipertanggung jawabkan sebagai catatan bukti dari individu yang berwenang dan tim perawatan. Ketika tidak diperhatikan pendokumentasian dapat berdampak pada supervisi. (Manorek, G. D., et al. 2021).

2.3.3 Manfaat Dokumentasian Asuhan Keperawatan

Dokumentasi keperawatan mempunyai makna yang penting dalam berbagai aspek, yaitu aspek kualitas pelayanan karena pendokumentasian memberi kemudahan dalam memberikan pelayanan dan penyelesaian masalah klien sebagai acuan evaluasi untuk meningkatkan mutu pelayanan, aspek komunikasi dan sebagai sarana komunikasi antara perawat dengan klien atau keluarga, tenaga kesehatan lain sehingga dapat membentuk suatu koordinasi yang baik dan tidak terjadi duplikasi yang tidak efektif dan efisien, aspek hukum sebagai dokumen resmi dan bernilai hukum atau legalitas dalam sistem pelayanan keperawatan sehingga apabila terjadi suatu masalah hukum maka dokumentasi dapat dijadikan sebagai barang bukti di pengadilan, aspek pendidikan dan pelatihan dokumentasi mempunyai nilai pendidikan karena isinya menyangkut kronologis dari kegiatan asuhan keperawatan yang dapat dijadikan sebagai referensi pembelajaran bagi peserta didik profesi keperawatan, aspek keuangan semua asuhan keperawatan yang belum, sedang atau telah diberikan

didokumentasikan yang dapat dijadikan acuan atau pertimbangan biaya bagi klien, aspek penelitian dapat dijadikan sebagai bahan atau objek riset dan pengembangan profesi keperawatan, aspek akreditasi pendokumentasian asuhan keperawatan sebagai indikator dalam penilaian suatu pelayanan keperawatan dalam akreditasi rumah sakit (Nursalam, 2014).

2.3.4 Prinsip-Prinsip Pendokumentasian Asuhan Keperawatan

Prinsip-prinsip yang harus diperhatikan dalam pendokumentasian asuhan keperawatan antara lain dokumentasi harus dilakukan segera setelah pengkajian pertama dilakukan atau pada tiap langkah asuhan keperawatan, catat setiap respon pasien dan keluarga tentang informasi atau data yang penting, pastikan kebenaran setiap data-data yang akan dicatat, data harus objektif bukan data penafsiran perawat, dokumentasikan bila terjadi perubahan kondisi atau timbul masalah baru, hindarkan dokumentasi yang baku karena setiap pasien mempunyai masalah yang berbeda, hindari penggunaan istilah penulisan yang tidak jelas dalam pencatatan harus disepakati dan atas kebijakan institusi, data harus ditulis dengan tinta bukan pensil agar tidak mudah dihapus, bila terjadi kesalahan dalam penulisan, dicoret dengan yang benar kemudian ditandatangani. Setiap dokumentasi harus mencantumkan waktu, tanda tangan, dan nama penulis yang jelas. Penting bagi penulis untuk membaca setiap tulisan dari anggota kesehatan lain sebelum melakukan dokumentasi. Dokumentasi harus dibuat dengan tepat, jelas, dan lengkap (Sari, 2020).

2.3.5 Tahap-Tahap Pendokumentasian Asuhan Keperawatan

1. Dokumentasi Pengkajian Asuhan Keperawatan

Pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan proses suatu pengumpulan data yang sistematis dari berbagai sumber untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien (Iswara, 2021). Menurut Nursalam, (2014), kriteria pengkajian keperawatan meliputi :

1) Pengumpulan data

a. Tipe data

Tipe data pada pengkajian keperawatan terdiri dari data subjektif dan data objektif. Data subjektif adalah data yang didapatkan dari klien / pasien sebagai suatu pendapat terhadap suatu situasi dan kejadian, data objektif adalah data yang diobservasi dan diukur oleh perawat.

b. Fokus pengambilan data

Fokus pengambilan data meliputi riwayat status kesehatan sebelumnya dan saat ini, pola koping yang pernah digunakan dan yang saat ini digunakan, fungsi, status sebelumnya dan saat ini, respon terhadap terapi medis dan intervensi keperawatan, resiko untuk masalah potensial, hal-hal yang dapat menjadi dorongan atau kekuatan bagi klien.

2) Karakteristik Data

Data yang dikumpulkan untuk mendukung pengkajian keperawatan harus memiliki karakteristik yang lengkap, akurat, valid, dan relevan.

3) Sumber Data

Data yang dikumpulkan dapat diperoleh tidak hanya dari klien tetapi juga dari keluarga, catatan klien, riwayat penyakit sebelumnya, konsultasi dengan profesional terkait, hasil pemeriksaan laboratorium, catatan medis, dan sumber kepustakaan.

2. Dokumentasi Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah pernyataan yang menjelaskan status kesehatan atau masalah yang ada pada klien, baik aktual maupun potensial, beserta penyebabnya. Tahap diagnosa merupakan tahap pengambilan keputusan dalam proses keperawatan yang melibatkan identifikasi apakah masalah klien dapat dihilangkan, dikurangi, atau diubah melalui tindakan keperawatan (Suryono & Nugroho, 2020).

Kriteria proses keperawatan meliputi : Proses keperawatan terdiri dari analisis data, interpretasi data, identifikasi masalah klien, dan perumusan diagnosis keperawatan. Diagnosa keperawatan terdiri dari masalah, penyebab, dan tanda atau gejala, atau dapat juga terdiri dari masalah dan penyebab saja. Dalam proses ini, perawat bekerja sama dengan klien dan petugas kesehatan lainnya untuk memvalidasi diagnosa keperawatan, melakukan pengkajian ulang, dan merevisi diagnosa berdasarkan data terbaru (Baringbing, 2020).

Tujuan diagnosa keperawatan dalam asuhan keperawatan untuk mengidentifikasi masalah adanya respon klien terhadap status kesehatan, mengidentifikasi faktor-faktor yang menunjang atau menyebabkan suatu masalah, Menilai kemampuan pasien untuk mencegah atau menyelesaikan masalah, mengkomunikasikan masalah klien pada tim kesehatan, mendokumentasikan tanggung jawab dalam identifikasi masalah, mengidentifikasi masalah utama perkembangan keperawatan (Simak & Renteng, 2021).

3. Dokumentasi Rencana Keperawatan

Tujuan perencanaan intervensi keperawatan dan aktivitas keperawatan untuk mengurangi, menghilangkan, dan mencegah masalah keperawatan klien. Kriteria proses perawatan membuat rencana tindakan asuhan keperawatan untuk mengatasi masalah dan meningkatkan kesehatan meliputi perencanaan terdiri atas prioritas, tujuan dan rencana tindakan keperawatan, bekerjasama dengan klien dalam menyusun rencana tindakan keperawatan, perencanaan bersifat individual sesuai dengan kondisi atau kebutuhan klien, mendokumentasikan rencana keperawatan (Rahmi & Kep, 2022).

Tujuan rencana asuhan keperawatan yaitu tujuan administrasi meliputi mengidentifikasi kebutuhan keperawatan individu atau keluarga, membedakan tanggung jawab perawat dengan profesi kesehatan lainnya, menyusun kriteria guna pengulangan asuhan keperawatan dan evaluasi, keberhasilan asuhan keperawatan, menyediakan kriteria klasifikasi klien,

sedangkan tujuan klinik meliputi suatu pedoman dalam penulisan, mengkomunikasikan asuhan keperawatan yang akan diimplementasikan dengan perawat lain seperti apa yang akan diajarkan, apa yang harus diobservasi, apa yang akan dilakukan. Menyusun kriteria hasil (outcome) guna pengulangan asuhan keperawatan dan evaluasi keberhasilan asuhan keperawatan, rencana intervensi yang spesifik dan langsung bagi perawat untuk melaksanakan intervensi kepada klien dan keluarganya Iswara, (2021).

4. Dokumentasi Implementasi Keperawatan

Implementasi adalah pelaksanaan dari rencana intervensi untuk mencapai tujuan yang spesifik yaitu membantu klien dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan mencakup peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pemulihan kesehatan dan memfasilitasi coping (Purba, 2020). Kriteria pengimplementasian tindakan yang telah diidentifikasi dalam rencana asuhan keperawatan meliputi bekerjasama dengan klien dalam pelaksanaan tindakan keperawatan, kolaborasi dengan tim kesehatan lain, melakukan tindakan keperawatan untuk mengatasi kesehatan klien, memberikan pendidikan pada klien dan keluarga mengenai konsep ketrampilan asuhan diri serta membantu klien memodifikasi lingkungan yang digunakan, mengkaji ulang dan merevisi pelaksanaan tindakan keperawatan berdasarkan respon klien (Tarigan & Handiyani, 2019).

5. Dokumentasi Evaluasi Keperawatan

Evaluasi asuhan keperawatan merupakan fase akhir dari proses keperawatan. Hal-hal yang dievaluasikan adalah keakuratan, kelengkapan,

kualitas data, teratasi atau tidaknya masalah klien, dan pencapaian tujuan serta ketepatan intervensi keperawatan Iswara, (2021). Kriteria perawat mengevaluasi kemajuan klien terhadap tindakan keperawatan dalam pencapaian tujuan, dan merevisi data dasar dan perencanaan meliputi menyusun perencanaan evaluasi hasil dari intervensi secara komprehensif, tepat waktu dan terus menerus, menggunakan data dasar dan respon klien dalam mengukur perkembangan ke arah pencapaian tujuan, memvalidasi dan menganalisis data baru dengan teman sejawat, bekerjasama dengan klien, keluarga untuk memodifikasi rencana asuhan keperawatan, mendokumentasikan hasil evaluasi dan memodifikasikan perencanaan Iswara, (2021). Ada dua macam evaluasi yaitu evaluasi formatif, evaluasi yang merupakan hasil observasi dan analisa perawat terhadap respon klien segera pada saat dan setelah intervensi keperawatan dilaksanakan dimana evaluasi ini dapat dilakukan secara spontan dan memberi kesan apa yang terjadi pada saat itu. Evaluasi somatif, yaitu evaluasi yang merupakan rekapitulasi dan kesimpulan dari observasi dan analisis status kesehatan klien sesuai dengan kerangka waktu yang ditetapkan pada tujuan keperawatan Iswara, (2021).

2.4 *Focus Group Discussion*

2.4.1 *Pengertian Focus Group Discussion*

Swadayaningsih, (2020) berpendapat bahwa FGD merupakan kegiatan diskusi kelompok yang pelaksanaannya dilakukan secara bersama-sama, kepada sejumlah siswa yang:

1. Mempunyai permasalahan yang sama.

2. Berdasarkan latar belakang yang sama.
3. Memiliki pengetahuan dan pengalaman yang khusus terhadap masalah yang ada.

Jadi, dari pemaparan di atas, dapat disimpulkan bahwa *Focus Group Discussion* (FGD) dalam terjemahan bahasa Indonesia dapat disebut sebagai "diskusi kelompok terarah." FGD merupakan metode atau teknik pengumpulan data kualitatif melalui wawancara secara kelompok. FGD juga dapat didefinisikan sebagai metode atau teknik yang digunakan untuk mengumpulkan data kualitatif, di mana sekelompok orang terlibat dalam diskusi terfokus mengenai suatu permasalahan, masalah, atau topik tertentu yang dipandu oleh seorang moderator atau fasilitator.

2.4.2 Peran penting yang Perlu Diperhatikan Oleh Peneliti Dalam

Pelaksanaan FGD

1. Mampu memahami tujuan dari penelitian yang akan dilaksanakan.
2. Mampu mendesain panduan moderator dan alur diskusi yang harus sesuai dengan tujuan penelitian.
3. Terdapat seleksi pada responden yang didasarkan pada kriteria penelitian.
Dibutuhkan dua sampai empat orang per kategori responden. Jumlah peserta menyesuaikan dari responden yang diamati.
4. Mengatur tim yang akan membantu dalam melaksanakan teknik ini, termasuk dalam pengaturan akomodasi, perlengkapan, dukungan, konsumsi, dan dokumentasi.

5. Bersama-sama menyiapkan fasilitas yang dibutuhkan seperti ruang untuk pelaksanaan diskusi, alat notulen seperti notebook, pulpen dsb.

2.4.3 Tahap Pelaksanaan *Focus Group Discussion*

1. Persiapan sebelum kegiatan (Acara Pertemuan) *Focus Group Discussion*
 - 1) Konselor harus hadir tepat waktu sebelum peserta kelompok tiba. Membuka komunikasi dengan cara informal atau santai kepada peserta kelompok untuk membangun hubungan kepercayaan dan pendekatan yang baik.
 - 2) Konselor terlebih dahulu harus mempersiapkan ruangan yang nyaman untuk pelaksanaan kegiatan *focus group discussion* supaya peserta mampu secara optimal berpartisipasi. Lalu sebaiknya kursi duduk dibuat melingkar untuk memudahkan setiap anggota melihat satu sama lain dan konselor dituntut untuk mengusahakan tidak ada gangguan dari luar.
2. Pembukaan *Focus Group Discussion* (Pemanasan dan Penjelasan)
 - 1) Konselor atau pemimpin diskusi sebaiknya melakukan pemanasan dan pemberian penjelasan mengenai tujuan dilakukan pertemuan ini, beberapa sambutan, menyampaikan aturan yang berlaku dalam diskusi, prosedur pertemuan dan perkenalan.
 - 2) Di dalam mengemukakan sebuah sambutan pembuka sebaiknya konselor tidak lupa mengucapkan terimakasih atas kesediaan peserta kelompok untuk mengikuti kegiatan yang akan dilakukan. Menekankan pentingnya kehadiran mereka dalam kegiatan pertemuan ini dan sertakan penjelasan terkait dengan *focus group discussion*. Lalu jelaskan

maksud serta tujuan diadakannya kegiatan *focus group discussion* yang akan dilakukan.

- 3) Memperkenalkan diri, baik konselor dan peserta memperkenalkan diri masing-masing. Dan alangkah baiknya apabila konselor atau pemimpin kelompok mengingat satu-satu nama peserta kelompok.
- 4) Jelaskan terkait dengan prosedur pertemuan. Yaitu kerahasiaan dalam kegiatan akan dijaga serta hanya untuk kepentingan studi saja, peserta tidak perlu menunggu untuk dimintai pendapat hal ini berhubungan dengan kesukarelaan setiap anggota kelompok.
- 5) Menjelaskan bahwa kegiatan ini tidak untuk mendengarkan ceramah, serta beri penekanan bahwa konselor juga sama-sama belajar atau ingin belajar dari setiap anggota kelompok. Jelaskan bahwa pendapat dari setiap anggota kelompok sangat penting sehingga disini diharapkan kepada semua peserta kelompok melakukan hal dalam berpendapat.
- 6) Memulai pertemuan dengan menanyakan hal-hal yang tidak berkaitan dengan topik yang dibahas.

3. Penutupan *Focus Group Discussion*

- 1) Sebelum menutup pertemuan, menjelang berakhirnya kegiatan, memberikan penjelasan kepada peserta bahwa kegiatan diskusi dengan topik yang dibahas akan segera selesai. Jika sudah, apabila konselor memiliki beberapa point penting dalam sebuah diskusi, sampaikan hal tersebut secara singkat. Dan jangan langsung diakhiri begitu saja, tanyakan kembali kepada seluruh peserta kelompok apakah masih ada

yang ingin ditanyakan lagi, atau berpendapat, atau bahkan memberikan komentar yang ingin ditambahkan.

- 2) Ketika kegiatan ingin ditutup, jangan lupa untuk menyampaikan terima kasih kepada seluruh peserta kelompok atas partisipasi mereka dan mengakui bahwa pendapat yang diungkapkan oleh semua peserta kelompok diskusi sangat berharga bagi konselor.

