

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### 2.1 Penelitian Relevan

Terdapat beberapa penelitian yang *relevan* yang penulis ambil yaitu penelitian yang dilakukan sebelumnya, diantaranya :

**Tabel 1. Penelitian Relevan**

No	Peneliti	Judul Penelitian	Metode Penelitian	Hasil Penelitian
1	Yana Hendriana, Aria Pranatha, 2019	Standar nursing language berbasis NANDA, NOC, dan NIC terhadap kualitas pengisian dokumentasi keperawatan	Penelitian ini menggunakan metode kuantitatif dengan desain quasi eksperimen dengan jenis <i>non equivalen without control group, after only design</i> . Seluruh pasien dan perawat ruang Flamboyan dan Cempaka sebagai subjek penelitian.	Ada pengaruh yang signifikan terhadap peningkatan kualitas pengisian dokumentasi keperawatan berbasis NANDA, NOC dan NIC setelah dilakukan Penerapan <i>Standard Nursing Language</i> .
2	Purwo Suwignjo, Maidartati, Lilis Asmara Nurhaeni Anggi Saputra, Umi Khasanah, 2022	Gambaran Kelengkapan Dokumentasi Asuhan Keperawatan Di Instalasi Rawat Inap Rsud Kota Bandung	Metode penelitian yang digunakan deskriptif Kuantitatif. Populasi pada penelitian adalah status rekam medik pasien di Instalasi Rawat Inap RSUD Kota Bandung berjumlah 106 dan sampel sebanyak 52 dengan tehnik sampling <i>Stratified sampling</i>	Diperoleh sebagian besar dokumentasi keperawatan lengkap sebanyak 71.15% atau 37 rekam medis dan hampir setengah dokumentasi keperawatan tidak lengkap sebanyak 28.85% atau 15 rekam medis.
3	Umboh Morenita Jeanifer, 2023	Strategi Implementasi Diagnosa, Intervensi dan Luaran Keperawatan Indonesia Terhadap Perawat	Untuk menemukan contoh diagnosis, intervensi, dan hasil keperawatan standar Indonesia bagi perawat di rumah sakit yang dipublikasikan di banyak <i>database</i> , pendekatan pencarian yang digunakan dalam <i>review</i> ini adalah <i>scoping review</i> .	Pengetahuan dan kemampuan perawat dalam praktik keperawatan dan keselamatan pasien dengan memanfaatkan standar keperawatan Indonesia di rumah sakit dapat ditingkatkan melalui strategi pelaksanaan pelatihan, diskusi studi kasus, bantuan instrumen, observasi, inovasi, <i>role play</i> , dan demonstrasi.

## 2.2 Definisi Keperawatan

### 2.2.1 Peran Perawat

Perawat melaksanakan fungsi dalam kaitannya pada berbagai peran pemberi perawatan, pembuat keputusan klinik dan etika, pelindung dan advokat bagi klien, manajer kasus, rehabilitator, pembuat kenyamanan, komunikator dan pendidik (Maulana et al., 2021):

a. Pemberi perawatan

Sebagai pemberi asuhan keperawatan, perawat membantu klien untuk mendapatkan kembali kesehatannya yaitu melalui proses penyembuhan. Keterampilan tindakan yang mampu meningkatkan kesehatan fisik bagi pasien merupakan hal penting bagi pemberi asuhan. Perawat memfokuskan asuhan pada kebutuhan kesehatan klien meliputi upaya mengembalikan kesehatan emosi, spiritual dan sosial.

b. Pembuat keputusan

Untuk memberikan perawatan yang efektif, perawat menggunakan keahliannya untuk berpikir secara kritis melalui proses keperawatan. Sebelum mengambil tindakan/keputusan keperawatan, baik dalam hal pengkajian kondisi pasien, pemberian perawatan, dan mengevaluasi hasil. Perawat menyusun tindakan dengan menetapkan pendekatan terbaik bagi setiap pasien. Perawat membuat keputusan itu sendiri atau berdiskusi dengan pasien dan keluarganya.

c. Pelindung dan advokat klien

Sebagai pelindung perawat membantu mempertahankan lingkungan yang nyaman bagi klien (pasien) dan mengambil tindakan untuk mencegah terjadinya kecelakaan dan melindungi pasien dari kemungkinan dampak yang tidak diinginkan dari suatu tindakan diaskaotik atau pengobatan. Perawat dalam melaksanakan perannya sebagai advokat, yaitu melindungi hak klien sebagai

manusia dan secara hukum, serta membantu klien dalam menyatakan hak-haknya bila hal tersebut dibutuhkan.

d. Manajer kasus

Sebagai manajer kasus perawat mengkoordinasikan aktivitas anggota tim kesehatan lain, misalnya pada ahli gizi dan ahli terapi fisik, ketika mengatur kelompok yang memberikan perawatan pada pasien. Selain daripada itu perawat juga mengatur waktu kerja dan sumber yang tersedia di tempat kerjanya.

e. Rehabilitator

Rehabilitator merupakan proses dimana individu kembali ke tingkat fungsi maksimal mereka setelah sakit, kecelakaan, atau kejadian yang menimbulkan ketidakberdayaan lainnya. Seringkali pasien mengalami gangguan fisik dan emosi yang mampu mengubah kehidupan mereka dan perawat membantu klien beradaptasi semaksimal mungkin dengan keadaan tersebut.

f. Pemberi kenyamanan

Merawat pasien sebagai seorang manusia merupakan peran tradisional dan historis dalam keperawatan dan telah berkembang sebagai suatu perang yang amat penting dimana perawat melakukan peran baru. Karena asuhan keperawatan harus ditujukan pada manusia secara utuh bukan sekedar hanya fisiknya saja, maka memberikan kenyamanan dan dukungan emosi seringkali memberikan kekuatan bagi pasien untuk mencapai kesembuhannya.

g. Komunikator

Peran perawat sebagai komunikator merupakan pusat dari seluruh peran perawat yang lain. Keperawatan mencakup komunikasi dengan pasien dan juga dengan keluarga pasien tersebut, antar-sesama perawat dan profesi kesehatan lainnya, sumber informasi serta komunitas. Memberikan perawatan yang efektif, pembuatan keputusan pasien dan keluarga, memberikan perlindungan bagi klien dari ancaman terhadap kesehatannya,

mengkoordinasi dan mengatur asuhan keperawatan, membantu pasien dalam rehabilitasi, memberikan kenyamanan atau mengajarkan sesuatu pada pasien, semua hal tersebut tidak mungkin dilakukan tanpa komunikasi yang jelas.

h. Penyuluh

Sebagai penyuluh perawat menjelaskan kepada pasien konsep dan data-data tentang kesehatan, mendemonstrasikan prosedur seperti aktivitas perawatan diri, menilai apakah pasien mengalami hal-hal yang dijelaskan dan mengevaluasi kemajuan dalam pembelajaran.

### 2.2.2 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kinerja Perawat

Anugra (2023) menyebutkan faktor yang mempengaruhi pencapaian kinerja adalah faktor kemampuan (*ability*) dan faktor motivasi (*motivation*).

1) Faktor kemampuan

Secara psikologis, kemampuan (*ability*) pegawai terdiri dari kemampuan potensi (IQ) dan kemampuan reality (*knowledge + skill*). Artinya, pegawai yang memiliki IQ diatas rata-rata (IQ 110 - 120) dengan pendidikan yang memadai untuk jabatannya dan terampil dalam mengerjakan pelajaran sehari-hari, maka mereka akan lebih mudah mencapai kinerja yang diharapkan. Oleh karena itu, pegawai perlu ditempatkan pada pekerjaan yang sesuai dengan keahliannya.

2) Faktor Motivasi

Motivasi terbentuk dari sikap (*attitude*) seorang pegawai dalam menghadapi situasi (*situasion*) kerja. Motivasi merupakan kondisi yang menggerakkan diri pegawai yang terarah untuk mencapai tujuan organisasi (tujuan kerja). Sikap mental merupakan kondisi mental yang mendorong diri pegawai untuk berusaha mencapai prestasi kerja secara maksimal. Sikap mental seorang

pegawai harus sikap mental yang siap secara psikofisik (siap secara mental, fisik, tujuan, dan situasi). Artinya, seorang pegawai harus siap mental, mampu secara fisik, memahami tujuan, dan target kerja yang akan dicapai, mampu memanfaatkan, dan menciptakan situasi kerja.

Selain itu karakteristik perawat juga dapat mempengaruhi kinerja antara lain:

a. Umur

Umur adalah usia perawat yang secara garis besar menjadi indikator dalam setiap mengambil keputusan yang mengacu pada setiap pengalamannya (Anugra, 2023), dengan semakin banyaknya umur maka dalam menerima sebuah pekerjaan akan semakin bertanggungjawab dan berpengalaman.

b. Pendidikan

Perawat sebagai bagian penting rumah sakit dituntut memberikan perilaku yang baik dalam rangka membantu pasien mencapai kesembuhan. Pendidikan seorang perawat yang tinggi akan memberikan pelayanan kesehatan yang optimal. Pengembangan pendidikan formal keperawatan saat ini terutama ditujukan untuk menumbuhkan serta membina sikap dan tingkah laku professional serta membutuhkan dan membina landasan etik keperawatan yang kokoh dan mantap.

c. Masa kerja

Masa kerja merupakan lama kerja seorang perawat yang bekerja dirumah sakit dari mulai awal bekerja sampai dengan seorang perawat berhenti bekerja.

## **2.3 Konsep Dokumentasi Keperawatan**

### **2.3.1 Pengertian Dokumentasi Keperawatan**

Dokumentasi didefinisikan sebagai segala sesuatu yang tertulis atau tercetak yang dapat diandalkan sebagai catatan tentang bukti bagi individu yang berwenang (Pasaribu, 2020). Dokumentasi keperawatan adalah suatu catatan yang memuat seluruh data yang dibutuhkan untuk menentukan diagnosa keperawatan, penilaian keperawatan, tindakan keperawatan dan perencanaan perawatan yang disusun dengan sistematis, valid dan dapat dipertanggungjawabkan secara hukum dan moral (Ali, 2020).

Proses pendokumentasian seluruh aktivitas asuhan keperawatan yang bermanfaat bagi klien, perawat, dan rekan kerja dikenal dengan dokumentasi asuhan keperawatan. Tindakan pencatatan terdiri dari serangkaian tugas terhubung yang menciptakan siklus berkelanjutan. Prosedurnya dimulai dengan pengumpulan data melalui kuesioner, wawancara langsung atau tidak langsung, dan pencatatan. Selanjutnya data dipilah dan dicatat untuk dimasukkan ke dalam kelompok tertentu. Selanjutnya data di input sesuai jenisnya. Terakhir, data yang diperlukan dianalisis dengan memperhatikan data yang ditemukan, menarik kesimpulan dari data tersebut dan memutuskan rencana yang akan dilaksanakan. Terakhir, evaluasi dan umpan balik dilakukan untuk meningkatkan hasil (Endang Zulaicha, 2018).

Berdasarkan dari pemaparan definisi diatas, bahwa dokumentasi keperawatan merupakan suatu kegiatan pencatatan atau penulisan setiap tindakan keperawatan, mulai dari perencanaan, penetapan diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi yang dapat dijadikan bukti dan dapat dipertanggungjawabkan secara hukum dan moral.

### 2.3.2 Tujuan Dokumentasi Keperawatan

Menurut Purnomo & Chandi Kurniawan (2016), tujuan utama dokumentasi keperawatan di antaranya adalah:

- 1) Sebagai sarana komunikasi, dokumen yang dikomunikasikan secara akurat dan lengkap dapat berguna untuk membantu koordinasi asuhan keperawatan yang diberikan oleh tim kesehatan, mencegah informasi yang berulang terhadap pasien atau anggota tim kesehatan lainnya, atau untuk mencegah tumpang tindih dan membantu tim perawat dalam menggunakan waktu sebaik-baiknya.
- 2) Sebagai tanggung jawab dan tanggung gugat, sebagai upaya untuk melindungi pasien terhadap kualitas pelayanan keperawatan yang diterima, dan perlindungan terhadap keamanan perawat dalam melaksanakan tugasnya.
- 3) Sebagai informasi statistik, data statistik dari dokumentasi keperawatan dapat membantu merencanakan kebutuhan dimasa mendatang, baik sumber daya manusia, sarana , prasarana serta teknis.
- 4) Sebagai sarana pendidikan, dapat dijadikan sumber pengetahuan bagi peserta didik kesehatan untuk menganalisa kesenjangan antara teori dengan praktek yang terjadi di lapangan.
- 5) Sebagai sumber data penelitian, informasi yang di dokumentasikan dapat digunakan sebagai sumber data untuk penelitian.
- 6) Sebagai jaminan kualitas pelayanan kesehatan, melalui dokumentasi keperawatan yang baik dan benar diharapkan asuhan keperawatan yang berkualitas dapat tercapai.
- 7) Sebagai sumber data perencanaan asuhan keperawatan berkelanjutan.

### 2.3.3 Manfaat dan Pentingnya Dokumentasi Keperawatan

Menurut Tarigan (2020) dokumentasi asuhan keperawatan mempunyai makna penting jika dilihat dari sudut pandang sebagai berikut:

a. Hukum

Semua catatan informasi klien adalah dokumen resmi yang memiliki signifikansi hukum. Dokumen tersebut dapat digunakan kapan saja jika terjadi permasalahan yang berkaitan dengan profesi keperawatan, dimana perawat berperan sebagai pemberi layanan sekaligus pengguna layanan.

b. Kualitas pelayanan

Perawat akan lebih mudah dalam menyelesaikan permasalahan klien apabila mereka mempunyai dokumentasi data klien yang lengkap dan benar.

c. Komunikasi

Proses pencatatan keadaan klien berfungsi sebagai alat “perekam” permasalahan yang berhubungan dengan klien.

d. Keuangan

Dokumentasi mungkin bernilai uang. Setiap dokumen yang telah, sedang, dan belum terkirim bersifat lengkap dan dapat dibebankan kepada klien.

e. Pendidikan

Dokumentasi mempunyai nilai edukasi, karena isi dokumentasi berkaitan dengan kronologi kegiatan pendokumentasian asuhan keperawatan yang dapat dijadikan bahan ajar oleh mahasiswa keperawatan.

f. Penelitian

Nilai penilaian dikaitkan dengan dokumentasi. Data-datanya memberikan informasi yang dapat dijadikan objek atau bahan penelitian bagi kemajuan profesi keperawatan.

g. Akreditasi

Kedalaman peran dan fungsi perawat dalam memberikan pelayanan klien dapat dilihat melalui dokumentasi keperawatan. Dengan cara ini, kesimpulan tentang tingkat keberhasilan dalam memberikan perawatan untuk arahan dan kemajuan tambahan dapat dibuat.

## **2.4 Teknik Dokumentasi Asuhan Keperawatan**

### **2.4.1 Dokumentasi Pengkajian**

1. Pengertian dokumentasi pengkajian

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 (Efendi, 2016).

2. Menurut Rahmi & Kep (2022), tujuan dokumentasi pengkajian meliputi hal-hal berikut:

- a. Mengumpulkan, mengorganisir, dan mencatat data yang menjelaskan respon manusia yang mempengaruhi pola-pola kesehatan pasien.
- b. Hasil dokumentasi pengkajian akan menjadi dasar penulisan rencana asuhan keperawatan.
- c. Memberikan keyakinan tentang informasi dasar tentang kesehatan pasien untuk dijadikan referensi kesehatan saat ini atau di masa lalu.
- d. Memberikan data yang cukup untuk menentukan strategi perawatan yang sesuai dengan kebutuhan pasien.

### 3. Metode pengkajian

Menurut Ali (2019) metode utama yang dapat digunakan dalam pengumpulan data adalah wawancara, observasi, dan pemeriksaan fisik serta diagnostik.

#### a. Wawancara

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

#### b. Observasi

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

#### c. Pemeriksaan

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

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

1) Inspeksi

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

2) Auskultasi

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

3) 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.

4) Palpasi

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

4. Jenis dokumentasi pengkajian

Menurut Ekasari et al. (2022) beberapa jenis dokumentasi pengkajian yaitu:

- a. Dokumentasi pada saat awal pengkajian (*initial assessment*)
- b. Dokumentasi pengkajian lanjut (*Ongoing assessment*)
- c. Dokumentasi pengkajian ulang (*Reassessment*)

## 2.4.2 Dokumentasi Diagnosa

### 1. Pengertian

Diagnosa keperawatan adalah keputusan klinis mengenai seseorang, keluarga, masyarakat sebagai akibat dari masalah kesehatan yang aktual atau potensial (Efendi, 2016).

### 2. Tujuan

Menurut Lombogia et al. (2023) tujuan dokumentasi diagnosa keperawatan adalah sebagai berikut:

- a. Menyampaikan masalah klien yang dapat dipahami semua perawat
- b. Mengenali masalah-masalah utama pada pengkajian
- c. Mengetahui perkembangan keperawatan
- d. Mengetahui faktor-faktor yang menunjang atau menyebabkan masalah
- e. Memberikan kemampuan klien untuk mencegah atau menyelesaikan masalah

### 3. Menurut Rangkuti (2020) langkah-langkah dokumentasi keperawatan diantaranya adalah sebagai berikut:

- a. Mengelompokkan data dan Analisa data
- b. Interpretasi data
- c. Validasi data
- d. Penyusunan diagnosa keperawatan dengan rumus:

*P = Problem*

*E = Etiologi*

*S = Symptom*

### 4. Jenis diagnosa keperawatan

Menurut Setiyorini & Wulandari (2018) jenis diagnosa keperawatan dibedakan menjadi dua, yaitu:

#### a. Diagnosa keperawatan negatif

Diagnosa keperawatan negatif menunjukkan klien dalam keadaan sakit atau berisiko mengalami sakit sehingga penegakan

diagnosa akan mengarah kepada upaya pemberian intervensi keperawatan yang bersifat penyembuhan, pencegahan dan pemulihan. Diagnosa keperawatan negatif dibagi menjadi dua yaitu:

1) **Diagnosis aktual**

Masalah keperawatan pada diagnosa keperawatan merupakan hal nyata, telah terjadi gangguan pada saat ini (*actual*).

2) **Diagnosis risiko**

Masalah keperawatan pada diagnosa keperawatan yang merupakan risiko, yaitu apabila tidak diperhatikan dan tidak ada upaya pengelolaan yang tepat maka dapat menyebabkan masalah yang membahayakan jiwa klien.

b. **Diagnosa Keperawatan Positif**

Diagnosa keperawatan positif adalah kondisi atau respon klien yang berpotensi untuk dikembangkan menuju pada kesehatan optimal, hanya satu diagnosa keperawatan positif ini adalah promosi kesehatan.

### **2.4.3 Dokumentasi Perencanaan**

1. **Pengertian**

Perencanaan keperawatan adalah suatu rangkaian kegiatan penentuan langkah-langkah pemecahan masalah dan prioritasnya, perumusan tujuan, rencana tindakan dan penilaian asuhan keperawatan pada pasien berdasarkan analisa data dan diagnosa keperawatan (Safira, 2019).

2. **Tujuan dokumentasi perencanaan, diantaranya yaitu:**

- a. Untuk mengidentifikasi fokus keperawatan kepada klien atau kelompok
- b. Untuk membedakan tanggungjawab perawat dengan profesi kesehatanlainnya

- c. Untuk menyediakan suatu kriteria guna pengulangan dan evaluasi Keperawatan
  - d. Untuk menyediakan kriteria klasifikasi klien
  - e. Menyediakan suatu pedoman dalam penulisan
3. Tahap-tahap perencanaan keperawatan
- a. Menentukan prioritas masalah
 

Prioritas masalah merupakan upaya perawat untuk mengidentifikasi respon pasien terhadap masalah kesehatannya, baik actual maupun potensial (Safira, 2019).
  - b. Menentukan tujuan dan kriteria hasil (*outcome*)
 

Tujuan perawatan berdasarkan SMART yaitu:

    - S : *Spesific* yaitu tidak memberikan makna ganda.
    - M : *Measurable* yaitu dapat diukur, dilihat, dirasakan.
    - A : *Achievable* yaitu secara realistis dapat dicapai.
    - R : *Reasonable* yaitu dapat dipertanggungjawabkan.
    - T : *Time* yaitu ada batas waktu.

Adapun karakteristik kriteria hasil yang perlu mendapatkan perhatian adalah:

    - 1) Berhubungan dengan tujuan yang telah ditetapkan
    - 2) Dapat di capai
    - 3) Spesifik, nyata dan dapat diukur
    - 4) Menuliskan kata positif
    - 5) Menentukan waktu
    - 6) Menggunakan kata kerja
    - 7) Hindari penggunaan kata-kata “normal, baik”, tetapi dituliskan hasil batas ukuran yang ditetapkan atau sesuai.
  - c. Rencana tindakan keperawatan (*nursing order*)
 

Rencana tindakan yang akan diberikan pada pasien ditulis secara spesifik, jelas dan dapat diukur.

#### 2.4.4 Dokumentasi Implementasi

##### 1. Pengertian

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi menuju status kesehatan sesuai kriteria hasil yang ditetapkan (Suwignjo et al., 2022).

##### 2. Berikut ini jenis-jenis implementasi keperawatan, diantaranya yaitu:

###### a. *Independent implementation*

Implementasi yang diprakarsai oleh perawat untuk membantu pasien dalam mengatasi masalah sesuai kebutuhan.

###### b. *Interdependent implementation*

Implementasi keperawatan atas dasar kerjasama sesama tim keperawatan atau dengan tim kesehatan lainnya.

###### c. *Dependent implementation*

Implementasi keperawatan atas dasar rujukan dari profesi lain.

#### 2.4.5 Dokumentasi Evaluasi

##### 1. Pengertian

Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari proses asuhan keperawatan yang menjelaskan bahwa tujuan dari tindakan keperawatan telah tercapai atau memerlukan pendekatan lain (Adinda, 2019).

##### 2. Berikut metode evaluasi keperawatan, diantaranya yaitu:

a. Observasi

b. WawancaraMemeriksa laporan

c. Latihan stimulasi

##### 3. Berikut langkah-langkah melakukan evaluasi:

a. Menentukan kriteria, standar, dan pertanyaan evaluasi

b. Mengumpulkan data baru tentang pasien

c. Menafsirkan data baru

- d. Membandingkan data baru dengan standar yang berlaku
- e. Merangkum hasil dan membuat kesimpulan
- f. Melaksanakan tindakan yang sesuai dengan kesimpulan

#### **2.4.6 Tahapan Dokumentasi Keperawatan**

##### **a. Dokumentasi Pengkajian Keperawatan**

Pengkajian ini mempunyai peran yang sangat penting dalam penentuan diagnosis keperawatan yang tepat, perencanaan tindakan keperawatan, pelaksanaan tindakan dan evaluasi keperawatan. Tujuan pengkajian ini adalah untuk mengumpulkan, mengorganisasikan serta mencatat data-data yang menjelaskan respon tubuh manusia yang diakibatkan oleh masalah kesehatan (Bara & Suryati, 2014).

Menurut Swarjana & Bali (2014) pengkajian keperawatan memiliki empat fokus kegiatan diantaranya yaitu:

##### **1) *Collecting Data***

Pengumpulan data (*collecting data*) merupakan proses mengumpulkan informasi mengenai status kesehatan pasien. Pengumpulan data ini harus dilakukan secara sistematis dan berkelanjutan (*continue*) guna menghindari kerancuan kondisi pasien yang sebenarnya. Data-data yang dikumpulkan termasuk riwayat kesehatan, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan diagnostik berupa hasil dari laboratorium serta tes diagnostik riwayat kesehatan keluarga. Data dapat dikumpulkan melalui beberapa sumber diantaranya melalui pasien itu sendiri, keluarga, catatan perkembangan pasien, provider kesehatan dan literatur.

##### **2) *Organizing***

Pada tahap ini data dikelompokkan secara sistematis, mulai dari riwayat kesehatan, pengkajian keperawatan, format pengkajian dapat dimodifikasi sesuai dengan ketentuan yang digunakan pada institusi berdasarkan model konsep keperawatan,

baik berdasarkan pola kesehatan fungsional Gordon, model self care Orem, dan adaptasi model Roy.

### 3) *Validating*

Pada tahap validasi data yang dimaksud adalah perawat memastikan bahwa informasi yang diperoleh sudah lengkap, kemudian masuk pada tahap pendokumentasian.

### 4) *Documentating*

Fokus dokumentasi pengkajian pada data klinik adalah perawat mengimplementasikan dan mengorganisasi data. Bentuk dokumentasi dapat berupa data dasar, lembar alur (*flow sheet*) serta catatan perkembangan. Untuk mencapai catatan pengkajian secara aktual maka perlu dipertimbangkan pedoman, antara lain: gunakan format yang terorganisasi untuk mencatat pengkajian, seperti riwayat kesehatan awal pada saat masuk rumah sakit, pengkajian pola persepsi kesehatan, riwayat medis dan lainnya. Gunakan format yang telah ada, format yang mencakup pengkajian perkembangan, pemeriksaan fisik *head to toe* dapat memperluas informasi. Catat informasi tanpa bias dan nilai-nilai opini pribadi, masukkan pernyataan yang mendukung pasien, jabarkan observasi dan hasil yang jelas, ikuti kebijakan dan prosedur yang telah ada untuk pencatatan pengkajian, dan tulis data secara ringkas.

## b. Dokumentasi Diagnosa Keperawatan

Menurut *North America Nursing Diagnosis Association* (NANDA), diagnosis keperawatan merupakan langkah kedua dalam proses keperawatan yang memerlukan analisis lebih lanjut dari data yang telah dikumpulkan, diagnosis keperawatan adalah penilaian klinis tentang individu, keluarga, atau respon masyarakat terhadap masalah kesehatan aktual, potensial, atau proses kehidupan. Diagnosis keperawatan memberikan data untuk pemilihan intervensi keperawatan dalam perencanaan keperawatan yang dapat dipertanggungjawabkan oleh perawat.

Diagnosa keperawatan NANDA, memiliki lima tipe diagnosa, yaitu diagnosa keperawatan aktual, diagnosa keperawatan risiko atau risiko tinggi, diagnosa keperawatan kemungkinan, diagnosa keperawatan sejahtera, dan diagnosa keperawatan sindrom yang mana semua tipe diagnosa tersebut memiliki komponen diagnosa NANDA, yaitu *problem* (masalah), *etiology* (penyebab), dan *sign and symptoms* (mendefinisikan manifestasi klinis dari klien) (Jannah, 2020).

Dalam melakukan pencatatan diagnosa keperawatan digunakan pedoman dokumentasi, yaitu gunakan format PES untuk semua masalah aktual dan PE untuk masalah risiko, catat diagnosa keperawatan risiko dan risiko tinggi kedalam masalah atau format diagnosa keperawatan, gunakan istilah diagnosa keperawatan yang dibuat dari daftar NANDA, mulai pernyataan diagnosa keperawatan dengan mengidentifikasi informasi tentang data untuk diagnosa keperawatan, masukkan pernyataan diagnosa keperawatan ke dalam daftar masalah, hubungkan setiap diagnosa keperawatan ketika menemukan masalah keperawatan, dan gunakan diagnosa keperawatan sebagai pedoman untuk pengkajian, perencanaan, intervensi, dan evaluasi (Isnaini, 2020).

#### c. Dokumentasi perencanaan Intervensi Keperawatan

Perencanaan merupakan langkah ketiga dari proses keperawatan dan termasuk perumusan pedoman yang dapat menentukan arah tindakan yang diusulkan keperawatan dalam resolusi diagnosis keperawatan dan pengembangan rencana perawatan klien. Setelah diagnosis keperawatan telah dikembangkan dan kekuatan klien telah diidentifikasi, maka perencanaan keperawatan dapat dimulai, dan setiap intervensi keperawatan didalam perencanaan harus dicatat pada lembar catatan perawatan klien (Aini, 2018). Rencana tindakan disusun berdasarkan standar internasional yaitu *Nursing Outcome Classification* (NOC) dan *Nursing Intervention Classification* (NIC).

Secara umum pedoman untuk rencana keperawatan yang efektif adalah sebelum menulis cek sumber informasi data, buat rencana keperawatan yang mudah dimengerti, tulisan harus jelas, spesifik, dapat diukur, dan kriteria hasil sesuai dengan identifikasi masalah, yang dapat diukur dengan tujuan yang diharapkan yang mencerminkan masalah klien, memulai instruksi perawatan harus menggunakan kata kerja seperti : catat, informasikan, gunakan pena tinta dalam menulis untuk mencegah penghapusan tulisan atau tidak jelasnya tulisan (Mehita Retno & Ramdhany, 2019).

d. Dokumentasi Implementasi Keperawatan

Dokumentasi dalam implementasi keperawatan adalah menemukan secara tepat gambaran intervensi keperawatan, meliputi intervensi terapeutik, intervensi pementapan atau observasi, sehingga dapat dilakukan evaluasi keperawatan (Rizki, 2020). Dokumentasi intervensi merupakan cetaatan tentang tindakan yang diberikan oleh perawat. Dokumentasi intervensi mencatat pelaksanaan rencana perawatan, kriteria hasil dari tindakan keperawatan mandiri dan kolaboratif. Intervensi keperawatan (tindakan atau implementasi) merupakan bagian dari proses keperawatan. Tujuan intervensi adalah mengatasi masalah yang terjadi pada klien (Umar, 2021).

Metode pencatatan intervensi keperawatan adala gunakan deskripsi tindakan untuk menentukan apa yang telah dikerjakan, identifikasi alat dan bahan yang digunakan dalam bentuk yang tepat, berikan keamanan, kenyamanan, dan perhatikan faktor lingkungan pasien dalam memberikan intervensi keperawatan, catat waktu dan orang yang bertanggung jawab dalam memberikan intervensi, catat prosedur yang tepat, dan catat semua informasi tentang pasien (Nursalam, 2014).

e. Dokumentasi Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan langkah terakhir dari proses keperawatan yang mana perlu didokumentasikan dalam catatan perkembangan, direvisi dalam rencana perawatan atau dimasukkan dalam ringkasan khusus dan dalam pelaksanaan atau perencanaan (Ryandini, 2018).

Dokumentasi evaluasi merupakan catatan tentang indikasi kemajuan pasien tujuan yang dicapai. Evaluasi bertujuan untuk menilai keefektifan perawatan dan untuk mengkomunikasikan status klien dari hasil tindakan keperawatan. Evaluasi adalah tahapan akhir dari proses keperawatan. Pernyataan evaluasi terdiri dari dua komponen yaitu data yang tercatat yang menyatakan status kesehatan sekarang dan pernyataan konklusi yang menyatakan efek dari tindakan yang diberikan pada klien (Yuliarsih & Jannah, 2021).

Terdapat dua tipe dokumentasi evaluasi yaitu evaluasi formatif yang menyatakan evaluasi yang dilakukan pada saat memberikan intervensi dengan respon segera, dan evaluasi sumatif yang merupakan rekapitulasi dari hasil observasi dan analisis status pasien pada waktu tertentu (Sitanggang, 2019).

Dokumentasi evaluasi keperawatan ini dapat didokumentasikan dalam catatan perkembangan klien dengan menggunakan data subjektif, yakni data subjektif yang diambil dari keluhan klien, data objektif, yakni data yang diperoleh dari hasil observasi perawat, analisis/*assesment*, yakni masalah dan diagnosa keperawatan klien yang dianalisis dari data subjektif dan data objektif, dan perencanaan, yakni perencanaan kembali tentang pengembangan tindakan keperawatan, baik yang sekarang maupun yang akan datang (Jaya et al., 2019).

#### **2.4.7 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Dokumentasi Asuhan Keperawatan**

Dalam pelaksanaan dokumentasi keperawatan harus dilakukan dengan bersifat objektif, akurat dan menggambarkan keadaan klien serta apa yang terjadi pada diri klien. Perawat perlu melaksanakan dokumentasi keperawatan secara lengkap sehingga apabila diperlukan dokumentasi tersebut dapat menunjukkan bahwa perawat telah mencatat dengan benar dan tidak bertentangan dengan kebijakan atau peraturan institusi pemberi pelayanan kesehatan (Widyanti et al., 2021).

Saat melaksanakan pendokumentasian keperawatan, terdapat beberapa faktor yang berhubungan dengan kelengkapan pengisian dokumentasi keperawatan, antara lain (Elias et al., 2021):

a. Usia

Ada hubungan faktor usia dengan kelengkapan pendokumentasian keperawatan. Perawat yang berusia >28 tahun akan cenderung lebih lengkap saat melakukan pendokumentasian. Ini dapat dilatar belakangi karena kematangan usia lebih banyak memiliki pengalaman, lebih bijaksana, dan kematangan dari segi berpikir

b. Pendidikan

Pendidikan juga mempengaruhi perawat dalam melaksanakan pendokumentasian keperawatan. Jika pendidikan perawat semakin tinggi maka akan semakin baik perawat dalam melaksanakan pendokumentasian keperawatan yang akan dilakukan dengan lengkap.

c. Pengetahuan

Kemudian ditemukan hubungan antara tingkat pengetahuan perawat tentang dokumentasi keperawatan dengan kelengkapan dokumentasi keperawatan. Tingkat pengetahuan perawat yang tinggi tentang dokumentasi keperawatan maka akan meningkatkan pula pemahaman perawat saat melaksanakan dokumentasi keperawatan

dengan lengkap yang penting untuk dilakukan dalam memberikan pelayanan kesehatan dengan dasar komunikasi yang akurat dan lengkap secara tertulis.

d. Masa kerja

Masa kerja memiliki hubungan dengan kelengkapan dokumentasi keperawatan. Perawat yang sudah lama bekerja, akan memiliki pengalaman-pengalaman semasa kerjanya. Ini akan membuat perawat semakin memberikan pelayanan yang baik pada pasien termasuk saat mendokumentasikan keperawatan dengan lengkap.

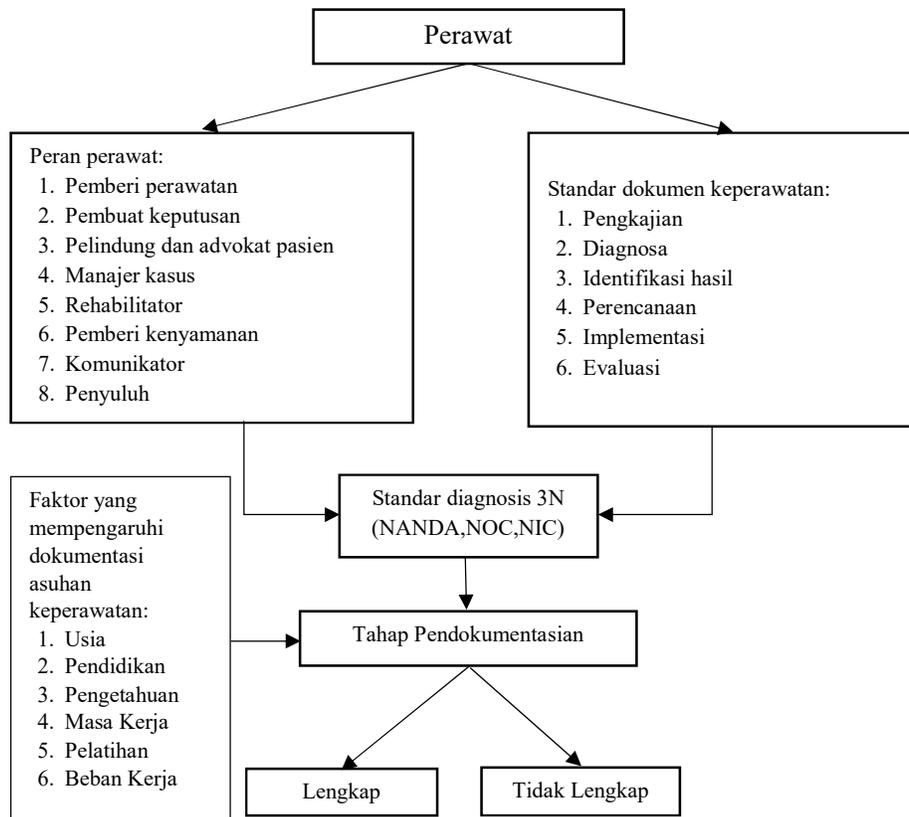
e. Pelatihan

Perlu ada pelatihan untuk perawat dalam pelaksanaan pendokumentasian keperawatan untuk meningkatkan pengetahuan serta keterampilan kerja. Perawat yang mengikuti pelatihan akan lebih lengkap saat mendokumentasikan dibanding perawat yang tidak mengikuti pelatihan.

f. Beban kerja

Ketidaklengkapan perawat saat melakukan pendokumentasian juga disebabkan oleh faktor beban kerja. Perawat yang memiliki beban kerja tinggi cenderung tidak melaksanakan pendokumentasian kurang lengkap. Hal tersebut dapat diakibatkan oleh jam kerja yang panjang yang dikarenakan kurangnya tenaga keperawatan.

## 2.5 Kerangka Konsep Teori



**Bagan 1. Kerangka Konsep Teori**

**Sumber :** (Ngemba et al., 2017), (Anugrahwati et al., 2018), (Mehita Retno & Ramdhany, 2019), (Maulana et al., 2021)