

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Kajian Pustaka

1. Gumilar dan Herfiyanti (2021) Melakukan penelitian yang berjudul “Analisis Kelengkapan Rekam Medis Rawat Inap Di Rumah Sakit Umum Bina Sehat Bandung”. kelengkapan pengisian ringkasan masuk dan keluar mencapai 81 berkas (100%). Jumlah yang kelengkapan terendah 0 berkas (0%). Dapat disimpulkan berkas rekam medis pada bagian identifikasi sudah terisi lengkap, benar dan sesuai dengan kartu identitas pasien. Berdasarkan dari persentase diagram akhir diatas jumlah kelengkapan pada bagian identifikasi mencapai sebesar 100% dan kelengkapan terendah ada pada bagian autentifikasi sebesar 16,05%.
2. Rezkiki dan Ilfa (2018) Melakukan penelitian yang berjudul ”Pengaruh Supervisi Terhadap Kelengkapan Dokumentasi Asuhan Keperawatan Di Ruang Non Bedah”. Hasil penelitian menunjukkan bahwa kegiatan supervisi yang baik yang dilakukan kepala ruangan memberikan dampak peningkatan terhadap kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan yang dilakukan oleh perawat di ruangan non bedah..Kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan yang dilakukan oleh perawat dikarenakan adanya kontrol dan pengawasan dari kepala ruangan terhadap dokumentasi asuhan keperawatan yang dilakukan oleh perawat dengan adanya kegiatan

supervisi. Kegiatan supervisi yang dilakukan dapat membantu perawat dalam pendokumentasian asuhan keperawatan, supervisi yang dilakukan secara berulang dapat mengurangi kesalahan perawat dalam melakukan pendokumentasian dan supervisi yang dilakukan dengan baik akan meningkatkan pendokumentasian asuhan keperawatan.

3. Rusdianawati, *et all* (2021) melakukan penelitian yang berjudul “Evaluasi Kepatuhan Asesmen Awal Medis dan Keperawatan”. Hasil penelitian menunjukkan variabel asesmen medis yang rendah/kurang baik kepatuhannya (<60% capaiannya) adalah: riwayat penyakit dahulu (30,35%), riwayat pengobatan (9,50%), pemeriksaan khusus (5,16%), pemeriksaan penunjang (44,89%), diagnosa banding (29,92%), dan rencana pulang (38,15%). Variabel asesmen keperawatan yang rendah/kurang baik kepatuhannya: riwayat penyakit dahulu (34,57%), riwayat penyakit keluarga (28,39%), keadaan umum (rata-rata 43,67%), kesadaran (43,50%), dan status psikologi (57,72%).
4. Putra dan Arso (2022) melakukan penelitian yang berjudul “Hubungan Kelengkapan Isi Asesmen Awal Pasien dan Tema Komplain Pasien”. Hasil penelitian menunjukkan Komplain tertinggi dari delapan tema komplain yang ada dengan asesmen awal tidak lengkap ditemukan pada tema pelayanan perawat (17,6%), selanjutnya tema komplain pada pelayanan masuk RS (16.8%), dan tema komplain terhadap pelayanan obat dan sarana medis (16%), selanjutnya disusul oleh komplain pada tema kondisi

fasilitas perawatan (14.4%). Komplain yang ditemukan berkaitan dengan tema medis atau kesalahan tindakan dapat memprediksi adanya insiden keselamatan tingkat tinggi sekaligus membahayakan pasien, di sisi lain salah satu sumber data untuk pengelolaan komplain diperlukan rekam medis yang baik dan lengkap, dalam hal ini asesmen awal pasien merupakan catatan medis yang menjadi penting untuk menilai kebutuhan maupun keinginan pasien terlebih dahulu sebelum proses asuhan dimulai.

Penelitian ini lebih memfokuskan pada kelengkapan pengisian dokumentasi asesmen awal medis dan keperawatan rawat inap di ruang penyakit dalam. Penelitian tentang kelengkapan dokumentasi asesmen awal medis dan keperawatan rawat inap di ruang penyakit dalam belum pernah dilakukan di RSU Pindad Bandung.

2.2. Keperawatan

2.2.1. Definisi Perawat

Perawat adalah seseorang yang telah lulus pendidikan tinggi keperawatan baik di dalam maupun di luar negeri, yang diakui oleh Pemerintah sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan (Peraturan Menteri Kesehatan RI, 2019). Dalam menjalankan perannya sebagai tenaga kesehatan perawat memiliki sejumlah peran sesuai dengan hak dan kewenangan yang dimiliki hal tersebut tertuang dalam Peraturan Menteri Kesehatan (PMK) nomor 38 tahun 2014 tentang keperawatan yang menyebutkan kegiatan keperawatan terdiri atas kegiatan pemberian asuhan kepada individu, keluarga, kelompok, atau masyarakat, baik dalam keadaan sakit maupun sehat.

2.2.2. Tugas Perawat

Kegiatan keperawatan merupakan bagian tidak terpisahkan dari tugas perawat yang terdiri dari beberapa hal menurut Potter and Perry, (2019) sebagai berikut :

1) Pemberi asuhan keperawatan

Memberikan pelayanan asuhan keperawatan, menentukan diagnosa keperawatan, merencanakan tindakan keperawatan sesuai kebutuhan/masalah kesehatan pasien dan mengevaluasi perkembangannya secara menyeluruh.

2) Advokat pasien

Membantu pasien dan keluarga dalam mempertahankan dan melindungi hak-hak pasien dalam memperoleh informasi tentang masalah kesehatannya, memberikan privasi terhadap pasien, memberikan hak ganti rugi akibat kelalain, memberikan hak kepada pasien dalam memilih pengambilan keputusan atas tindakan keperawatan.

3) koordinator

Mengarahkan dan merencanakan pelayanan kesehatan dari tim kesehatan lain agar pemberian asuhan keperawatan terarah dan sesuai kebutuhan pasien.

4) Kolaborator

Berkolaborasi dengan tim kesehatan lain dengan mengidentifikasi pelayanan kesehatan dengan berdiskusi tentang perawatan lanjutan.

5) Motivator

Memotivasi dan mendorong pasien agar konsisten dalam hal melakukan perilaku positif dalam memperbaiki kesehatannya.

6) Konselor

Membantu pasien dalam memilih keputusan terbaik terhadap penyakit yang dideritanya;

7) Pemberi kenyamanan

Memberikan kenyamanan terhadap pasien selama dalam perawatan dan membantu pasien dalam masa penyembuhan khususnya terapi terapeutik (Potter and Perry, 2019).

Sedangkan berdasarkan PERMENKES nomor 38 pasal 16 tahun 2014 tentang kegiatan Keperawatan perawat adalah sebagai berikut:

1) Pemberi Asuhan Keperawatan

- a) Melakukan pengkajian keperawatan secara holistik
- b) Menetapkan diagnosis keperawatan
- c) Merencanakan tindakan keperawatan
- d) Melaksanakan tindakan keperawatan mengevaluasi hasil tindakan keperawatan
- e) Melakukan rujukan
- f) Memberikan tindakan pada keadaan gawat darurat
- g) Memberikan konsultasi keperawatan dan berkolaborasi dengan dokter
- h) Melakukan penyuluhan kesehatan dan konseling

- i) Melakukan penatalaksanaan pemberian obat kepada klien sesuai dengan resep tenaga medis atau obat bebas dan obat bebas terbatas.
- 2) Penyuluh dan konselor bagi klien
- 3) Pengelola Pelayanan keperawatan
- 4) Peneliti keperawatan
- 5) Pelaksana tugas berdasarkan pelimpahan wewenang dan
- 6) Pelaksana tugas dalam keadaan keterbatasan tertentu (Peraturan Menteri Kesehatan RI, 2019).

2.2.3. Fungsi Perawat

Melakukan kegiatan asuhan keperawatan sesuai dengan profesinya Peraturan Menteri Kesehatan RI, (2019). sebagai berikut :

- 1) Independen
Melaksanakan tugas asuhan keperawatan secara mandiri dalam melakukan tindakan keperawatan dalam mengatasi masalah kesehatan pasien seperti kebutuhan fisiologis, keamanan, kenyamanan, pemenuhan kebutuhan harga diri, aktualisasi diri dan rasa ingin di sayang.
- 2) Dependen
Melaksanakan pelimpahan sebagian tugas asuhan keperawatan atas instruksi dari perawat lain dari ketua tim ke perawat asosiasi.

3) Interdependen

Memberikan pelayanan kesehatan bersama tim/kelompok baik perawat dan tim kesehatan lainnya, seperti pasien yang mempunyai penyakit kompleks.

2.2.4. Tanggungjawab perawat

Menurut *American nurses association* (ANA) (2010) dalam Potter *and* Perry(2017) perawat berkompeten dalam pengetahuan, sikap dan bekerja sesuai kode etik, bertanggungjawab terhadap tugas-tugas asuhan keperawatan secara profesional. jenis tanggungjawab :

- 1) Tanggungjawab terhadap tuhan,
Seluruh kegiatan asuhan keperawatan yang diberikan kepada pasien dapat dipertanggungjawabkan.
- 2) Tanggungjawab terhadap pasien dan keluarga,
Setiap tindakan keperawatan yang dilakukan terhadap pasien dapat dipertanggungjawabkan.
- 3) Tanggungjawab terhadap rekan dan atasan,
Setiap asuhan keperawatan yang dilaksanakan dapat dipertanggungjawabkan terhadap sesama perawat dan kepala keperawatan (Potter *and* Perry, 2017).

2.3. Proses Keperawatan

2.3.1. Definisi

Proses keperawatan adalah proses lima langkah berfikir kritis yang digunakan perawat dalam menerapkan asuhan keperawatan untuk menilai kondisi kesehatan pasien, mendiskripsikan, menjelaskan, menilai dan menentukan asuhan keperawatan secara berkesinambungan. metode perencanaan dan pemberian asuhan keperawatan yang rasional dan sistematis (Potter *and* Perry, 2017).

2.3.2. Tahap-Tahap Proses Keperawatan

1. Pengkajian

Potter *and* Perry(2017) pengkajian adalah pengumpulan data/informasi pasien saat pasien masuk institusi kesehatan, pengkajian secara lengkap dan akurat sesuai kondisi pasien melalui wawancara dan observasi secara langsung dengan melakukan pengkajian fisik, untuk mengidentifikasi masalah kesehatan pasien dan pemenuhan kebutuhannya. Aspek penting pada pengkajian adalah data fisiologis, psikologis, sosial dan pemeriksaan fisik meliputi inspeksi, palpasi, perkusi, auskultasi (Herdman, 2018). Dalam melakukan pengkajian memerlukan kompetensi sehingga hubungan saling percaya antara perawat dan pasien terbina dengan baik (Silviana *and* Darmawan, 2017). Berdasarkan Kozier, (2010) terdapat beberapa hal yang perlu di kaji pada proses pengkajian yang tersusun dalam format pengkajian antara lain :

- a) Format Catatan Masuk
- b) Format Data Dasar

c) Flow Sheet

d) Format pengkajian

Adapun jenis data yang diperoleh pada proses pengkajian menurut Kozier (2010) yaitu:

a) Identitas pasien

Nama pasien, nomor rekam medik, umur, suku bangsa, status perkawinan, agama, pendidikan, alamat, tanggal dan waktu datang, masuk rumah sakit (datang sendiri, rujukan, lewat poliklinik)

b) Keluhan utama adalah gejala/keluhan yang menyebabkan pasien masuk rumah sakit, gejala awal saat pertama dikaji.

1) Data subjektif

Data berdasarkan pernyataan klien melalui wawancara keluarga, konsultan, riwayat keperawatan, berupa keluhan atau persepsi subjektif pasien terhadap status kesehatannya.

2) Data objektif

Diperoleh dari hasil observasi pemeriksaan fisik, hasil laboratorium. Fokus objektif pada status kesehatan, pola coping, fungsi status pasien, terhadap asuhan keperawatan dan terapi medis, masalah potensial, dan dukungan terhadap klien.

Karakteristik data objektif : akurat, nyata, lengkap dan relevan.

c) Riwayat keperawatan sekarang yaitu faktor-faktor penyebab masalah kesehatan pasien.

- d) Riwayat keperawatan masa lalu antarlain : penggunaan obat (jenis, dosis, waktu konsumsi, dan cara pemakaian), riwayat pernah masuk rumah sakit (diagnosa saat dirawat, riwayat operasi, riwayat keelakaan).
- e) Riwayat keperawatan keluarga yaitu apakah penyakit yang dialami sama dengan salah satu anggota keluarga, apakah penyakit termasuk penyakit sejak lahir.

Jenis pengkajian (rahmi, 2019) meliputi :

- a) 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.

- b) Pengkajian Lanjutan (*Ongoing Assessment*)

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 dalam catatan perkembangan terintegrasi pasien atau pada lembar data penunjang.

- c) Pengkajian Ulang (*Reassessment*)

Dokumentasi ini merupakan pencatatan terhadap hasil pengkajian yang didapat dari informasi selama evaluasi. Perawat mengevaluasi kemajuan data terhadap pasien yang sudah ditentukan. Catatan klien harus menjelaskan status klien yang berkelanjutan dan menggambarkan seluruh proses keperawatan (Dinarti and Mulyanti, 2017).

2. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan menjelaskan kondisi pasien (status kesehatan atau risiko perubahan pola) dari individu atau kelompok yang dapat diidentifikasi dan dapat memberikan intervensi secara pasti untuk menjaga status kesehatan untuk mencegah masalah kesehatan, diagnosa keperawatan selalu berubah berdasarkan masalah kesehatan pasien (Carpenito, 2013) dalam Potter *and* Perry, (2017).

Diagnosa keperawatan terbagi atas beberapa jenis yaitu Fokus pada masalah menggambarkan penilaian klinis terhadap pasien yang rentan tetapi hal masih dapat diatasi dengan pencegahan, faktor resiko menggambarkan masalah kesehatan pasien yang tampak secara objektif yang mengganggu kondisi pasien secara fisiologis maupun psikologis yang dapat mengancam nyawa dari pasien tersebut, dan promosi kesehatan menggambarkan motivasi pasien dalam proses asuhan keperawatan dalam mengatasi masalah kesehatannya, berdasarkan Potter *and* Perry, (2017).

Langkah-langkah dalam menegakkan diagnosa keperawatan berdasarkan (Herdman, 2018) dalam Potter *and* Perry, (2017), yaitu

- a) Pengelompokan data Mengumpulkan data kondisi kesehatan fisik dan wawancara secara langsung dengan pasien.
- b) Pengelompokan data Menganalisa data pasien sesuai dengan dokumentasi keperawatan sesuai karakteristik dari NANDA-I dalam mengatasi pasien baik tanda, gejala secara subjektif maupun objektif dengan pemeriksaan masalah kesehatan pasien

- c) Menegakkan diagnosa memilih diagnosa keperawatan secara tepat dan akurat sesuai masalah kesehatan pasien.

Dalam pendokumentasian untuk menegakkan diagnosa keperawatan yang akurat berdasarkan Potter *and* Perry, (2017), yaitu :

P : Masalah berdasarkan NANDA

E : Etiologi atau Faktor Terkait

S : Gejala atau karakteristik dari gejala secara langsung tentang kondisi kesehatan pasien.

3.Perencanaan

Perencanaan keperawatan merupakan langkah ke tiga dalam proses keperawatan yang menggambarkan hubungan masalah kesehatan pasien dengan kondisi kesehatan pasien dengan mengutamakan masalah yang mengancam kehidupan pasien, setelah itu disusun perencanaan keperawatan yang aman dan efisien, dilanjutkan dengan tindakan keperawatan secara kolaboratif dengan pasien, keluarga pasien dan tim kesehatan lain, Ackleya *and* Ladwig(2014)) dalam Potter *and* Perry, (2017).

4.Implementasi

Implementasi keperawatan merupakan langkah keempat dalam proses keperawatan dari diagnosa keperawatan yang akurat dan tepat sampai tindakan keperawatan, implementasi memberikan pengobatan berdasarkan penilaian klinis dan pengetahuan perawat yang bertujuan memenuhi kebutuhan pasien dalam

mengatasi masalah kesehatan pasien, Bulechek *et all* (2013) dalam Potter *and* Perry (2017).

5. Evaluasi

Evaluasi keperawatan adalah tahap akhir yang berkesinambungan dari proses asuhan keperawatan dengan melibatkan pasien dan tenaga kesehatan, yang secara sistematis mengobservasi *outcome* antara hasil akhir dan tujuan sesuai kriteria hasil yang disusun pada tahap perencanaan Potter *and* Perry(2017).

- a) Dilakukan secara periodik sistematis dan berencana untuk menilai perkembangan pasien setelah tindakan keperawatan
- b) Mencakup aspek yaitu :
 - 1) Kognitif (pengetahuan klien tentang penyakit dan tindakan)
 - 2) Afektif (sikap) klien terhadap tindakan yang di lakukan
 - 3)Psikomotor (tindakan atau perilaku) klien dalam upaya penyembuhan
 - 4) Perubahan biologis (tanda-tanda vital, sistem dan imunologi).
- c) Keputusan dalam evaluasi sebagai berikut :
 - 1) Masalah teratasi
 - 2) Masalah tidak teratasi harus di lakukan pengkajian dan perencanaan tindakan ulang
 - 3) Masalah teratasi sebagian perlu dimodifikasi dari rencana tindakan
 - 4) Timbul masalah.

2.3.3. Asuhan Keperawatan

Standar Asuhan keperawatan berdasarkan Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI) dalam bentuk 3 S (SDKI-SLKI-SIKI), sebagai berikut:

1. Definisi

Diagnosa Keperawatan menurut SDKI Diagnosa Keperawatan menurut SDKI merupakan enilaian klinis tentang respon pasien terhadap masalah kesehatan yang dialaminya baik secara actual mauppun potensial, sedangkan tujuan diagnosa keperawatan adalah untuk mengidentifikasi respon pasien dan keluarga terkait masalah kesehatannya.

2. Klasifikasi Untuk klasifikasi SDKI menggunakan pedoman dari *International Classification of Nursing Practice* (INCP), yaitu lima kategori : fisiologi, psikologis, perilaku, relasional, dan lingkungan.

3. Jenis Diagnosa

a) Diagnosis negatif

Pasien dalam kondisi sakit atau masalah kesehatan beresiko sehingga penegakkan diagnosis dalam intervensi untuk pencegahan, pemulihan dan penyembuhan pasien. Diagnosis negatif terbagi dua :

1) Diagnosis aktual

Gambaran respon pasien terhadap masalah kesehatannya yang ditandai dengan tanda/gejala mayor/minor yang dapat ditemukan/dilihat secara langsung pada pasien, terdiri atas tanda/gejala.

2) Diagnosis Risiko

Gambaran respon pasien terhadap masalah kesehatannya yang dapat menyebabkan resiko terhadap kesehatannya tidak ditemukan

tanda/gejala mayor/minor tetapi memiliki factor resiko terhadap kesehatannya, tidak memiliki penyebab dan tanda/gejala hanya factor resiko.

b) Diagnosis positif

Menunjukkan kondisi pasien sakit tetapi dapat mencegah masalah kesehatannya dengan pencegahan.

1) Diagnosis Promosi Kesehatan

Menggambarkan keinginan dan motivasi pasien dalam mengatasi masalah kesehatannya dengan cara preventif secara optimal, terdapat tanda/gejala.

4. Komponen diagnosis keperawatan

a. Masalah

Gambaran masalah kesehatan pasien yang utama, menjelaskan pernyataan yang menjadi fokus dalam menentukan diagnosis keperawatan.

b. Indikator keperawatan

Penyebab (*Etiology*) Faktor-faktor penyebab masalah kesehatan pasien, terbagi empat kategori : fisiologis (biologis/psikologis), efek tindakan/terapi, situasional (lingkungan/ppribadi).

c. Tanda (*Sign*)/gejala (*Symtomp*)

Tanda merupakan hasil/bukti nyata (objektif) dari masalah kesehatan yang dialami pasien melalui pemeriksaan fisik, pemeriksaan laboratorium. Gejala merupakan data subjektif dari hasil pengkajian yang terbagi dua kategori :

- Mayor (terdapat tanda/gejala 80%-90% dalam mengangkat diagnosa keperawatan).
- Minor (tidak terdapat tanda/gejala tetapi saat terjadi masalah kesehatan pasien sehingga mendukung penegakan diagnosa keperawatan).

d. faktor resiko

Lingkungan yang dapat menimbulkan resiko sehingga menambah baru terhadap masalah kesehatan yang dialami pasien.

5. Proses Penegakkan Diagnosa Keperawatan

Pada perawat berpengalaman dapat dilakukan secara bertahap tetapi untuk perawat belum berpengalaman perlu adanya latihan dan kebiasaan agar terbiasa. Tiga tahap proses penegakkan diagnosa keperawatan :

(1) Analisis Data

Tahapan analisis data sebagai berikut :

- a. Bandingkan data dengan Nilai normal Membandingkan data masalah kesehatan pasien dari pengkajian dengan penilaian normal dengan melihat tanda/gejala yang ada.
- b. Pengelompokkan Data Tanda/gejala yang dirumuskan menjadi diagnosa keperawatan sesuai dengan masalah kesehatan pasien berdasarkan kebutuhan dasar manusia. Pengelompokkan data dapat dilakukan secara induktif (memilih data yang terkait), secara deduktif (dengan kategori dilanjutkan dengan pengelompokkan data sesuai tahapannya).

(2) Identitas Masalah

Setelah analisis data antara perawat dan pasien mengidentifikasi bersama masalah aktual, resiko dan promosi kesehatan

(3) Perumusan Diagnosa Keperawatan

Adapun rumusan diagnosa keperawatan yang dibuat berdasarkan SDKI (2017) sebagai berikut :

- a. Aktual : masalah berhubungan dengan gejala dibuktikan dengan tanda/gejala yang terdiri atas *Problem* (P), *Etiology* (E), dan *Symtomp* (S)
- b. Resiko : masalah dibuktikan/ditandai dengan *Problem* (P) dan faktor Resiko (FR) dengan formulasi (P+FR)
- c. Promosi kesehatan : masalah dibuktikan/ditandai dengan gejala dimana *Problem* (P) dan *Symtomp* (S) (P+S) menjadi dasar perumusan masalah

(4) Tindakan

Rangkaian tindakan/aktifitas yang dilakukan oleh perawat dalam melaksanakan intervensi keperawatan, terdiri atas :

a. Tindakan Observasi

Menganalisis dan mengumpulkan data kesehatan pasien dengan memeriksa kondisi kesehatan pasien, tindakan ini menggunakan kata-kata periksa, identifikasi, atau monitor

b. Tindakan Terapeutik

Tindakan langsung perawat secara langsung memperbaiki kondisi kesehatan pasien dan mencegah memburuknya kondisi pasien, tindakan ini menggunakan kata-kata berikan, lakukan

c. Tindakan Edukasi

Tindakan perawat dalam membantu pasien mengatasi masalah kesehatannya, tindakan ini menggunakan kata-kata ajarkan, anjurkan, latih.

d. Tindakan Kolaborasi

Tindakan kerjasama dengan peawat lain maupun profesi kesehatan lainnya dengan menggabungkan pengetahuan, ketrampilan, dilakukan jika perawat memerlukan penanganan lebih lanjut dengan menggunakan kata-kata kolaborasi, rujuk, konsultasikan.

(5) Evaluasi

Menurut Potter *and* Perry, (2017) menilai hasil akhir dari pelayanan keperawatan atau implementasi yang telah diberikan ada beberapa hal yang harus dilihat diantaranya:

a. Karakteristik diagnosis keperawatan

Tanpa diagnosis keperawatan yang jelas diikuti data terkait dengan faktor resiko maupun data obyektif dan subyektif yang jelas diikuti dengan intervensi keperawatan sehingga dapat mengatasi *etiology* (tanda/gejala) yang muncul pada data

pengkajian masalah yang tercantum pada saat analisa data dan penegakan diagnosa;

b. Luaran (*Outcome*) yang diharapkan

Dalam hal ini penentuan luaran harus memberikan gambaran terhadap intervensi keperawatan dari substansi masalah yang muncul pada analisa data dengan metode SMART, sehingga hasil akhir yang telah ditentukan sebelumnya sebagai luaran bisa diintervensi dan bisa dicapai.

c. Kemampuan melaksanakan intervensi keperawatan

Pelaksana / perawat yang memberikan asuhan atau implementasi dari rencana asuhan keperawatan dapat melaksanakan seluruh rangkaian rencana yang telah ada sesuai dengan target waktu, tenaga/staf dan sumber daya yang sesuai sehingga bisa mengatasi permasalahan yang muncul pada diagnosa keperawatan (analisa masalah).

d. Penerimaan pasien

Tindakan keperawatan yang dilakukan oleh perawat harus sesuai dengan pilihan pasien dan nilai-nilai budaya kepercayaan pasien.

e. Hasil penelitian

Tindakan keperawatan yang dilakukan harus dengan pembuktian secara ilmiah jika belum maka dikonsultasikan dengan perawat spesialis dalam menentukan intervensi keperawatan.

2.4 Dokumentasi Keperawatan

2.4.1. Definisi

Dokumentasi Keperawatan adalah catatan yang berorientasi pada sumber rekam medis yaitu : masalah, intervensi, evaluasi (PIE) *problem*, intervensi, evaluasi (kozier, 2010). Pendokumentasian adalah komunikasi proses keperawatan dan standar asuhan keperawatan. Efektifitas dan efisiensi dalam mengumpulkan informasi yang relevan akan meningkatkan kualitas pendokumentasian keperawatan (nursalam, 2016).

2.4.2. Tujuan

Menurut Nursalam (2016), Menerapkan sistem dokumentasi keperawatan dengan benar sebagai tuntutan dari profesi perawat yang harus dipertanggungjawabkan dari aspek hukum etik, melakukan timbang terima sebagai kegiatan supervisi dalam memberikan asuhan keperawatan dengan mendokumentasikan pengelolaan secara sistematis, memberikan obat dan *health education*. Melindungi perawat sebagai pemberi asuhan keperawatan dan pasien sebagai penerima asuhan keperawatan.

2.4.3. Model Dokumentasi

Model Dokumentasi menurut, (kozier, 2010)

- 1) Berorientasi pada masalah (POMR/*problem, oriented, medical record*) Yang disusun berdasarkan masalah klien bukan sumber informasi tetapi masalah aktif dan potensial. Komponen terdiri atas :

(a) Data dasar

Semua informasi yang diketahui ketika klien pertama masuk institusi pelayanan kesehatan mencakup pengkajian keperawatan, anamnesa dokter, data system, keluarga, hasil pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan dasar.

(b) Daftar masalah

Diberi urutan nomor pada catatan perkembangan dan terus diperbarui ketika masalah baru diidentifikasi dan masalah lain teratasi mencakup kebutuhan fisiologis, psikologis, system, budaya, spiritual, dan lingkungan klien.

2) Rencana asuhan

Di susun oleh yang membuat daftar masalah, menulis program keperawatan atau rencana keperawatan tertulis pada catatan perkembangan.

3) Catatan perkembangan

Yang dibuat oleh semua personil kesehatan yang terlibat dalam perawatan klien, misalnya dengan format : SOAP (Subjektif, Objektif, *Assessment*, *Planning*)

(a) Subjektif (S)

Data subjektif yang diperoleh dari pernyataan klien yang menggambarkan persepsi dan pengalaman klien, mengutip kaka-kata klien secara ringkas dan data dicantumkan jika penting dan relevan.

(b) Objektif (O)

Data klien yang dapat di ukur atau diobservasi melalui penglihatan misal : tanda-tanda vital.

(c) *Assessment (A)*

Kesimpulan dari data subjektif dan objektif sejak pengkajian awal, menentukan masalah sampai menjelaskan kondisi klien dan perkembangan kesehatannya.

(p) *Planning (P)*

Rencana asuhan untuk menyelesaikan masalah klien setelah ditemukan masalah dan telah direncanakan asuhan keperawatan yang akan diberikan. Selanjutnya memasukkannya dalam catatan perkembangan klien.

4) Pencatatan berfokus

Ditujukan untuk klien dan masalah klien sebagai sistem asuhan keperawatan, yang terdiri atas tiga kolom (tanggal dan waktu, sistem, catatan perkembangan). Catatan perkembangan, Diatur menjadi DAR, yaitu:

(a) *Data*

Menggambarkan fase pengkajian proses keperawatan terdiri atas observasi status, mencatat data subjektif dan data objektif, perilaku klien, misal : tanda-tanda vital, reaksi pupil

(b) *Assesment*

Menggambarkan perencanaan dan implementasi mencakup tindakan keperawatan segera dan akan datang yang mencakup perubahan pada rencana asuhan keperawatan.

(c) *Respon*

Menggambarkan fase evaluasi proses keperawatan dan menjelaskan respon klien terhadap asuhan keperawatan dan tindakan medis.

2.4.4. Penunjang Dokumentasi Keperawatan

1) Pengaturan Standar

Pelayanan Keperawatan di Rumah Sakit Khusus bertujuan untuk meningkatkan mutu pelayanan keperawatan di rumah sakit khusus dan rumah sakit umum, berdasarkan kompetensi dan kewenangan perawat dengan memperhatikan keselamatan, keamanan, kesehatan, lingkungan hidup, perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi serta pengalaman, perkembangan masa kini dan masa yang akan datang. Meningkatkan mutu pelayanan profesinya dengan mengikuti perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi melalui pendidikan dan pelatihan sesuai bidang tugasnya dan wajib membantu program Pemerintah dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat (KEMENKES, 2014)

(a) Jumlah Tenaga

Perawat Berdasarkan peraturan menteri kesehatan tentang peraturan pelaksanaan undang-undang nomor 38 tahun 2014 tentang keperawatan. Perawat adalah seseorang yang telah lulus pendidikan tinggi keperawatan, baik di dalam maupun di luar negeri yang diakui oleh Pemerintah sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Perencanaan tenaga keperawatan atau staffing merupakan fungsi organisasi manajemen yang merupakan dasar atau titik tolak dari kegiatan pelaksanaan kegiatan tertentu dalam usaha mencapai tujuan organisasi. Perencanaan tenaga keperawatan

menjadi permasalahan besar diberbagai organisasi rumah sakit, Ratumbuysang (2017).

(b) Pengetahuan Perawat

Pengetahuan adalah mengetahui sesuatu dari hasil panca penginderaan (mata, hidung, telinga, dan lainnya) Notoatmojo (2003) dalam (Nursalam, 2011).

Ada beberapa system yang mempengaruhi pengetahuan seseorang, yaitu :

(1)*Awareness* (kesadaran)

Mengetahui sesuatu setelah di stimulus saat melihat objek.

(2)*Interest* (tertarik)

Saat seseorang menunjukkan minat/suka terhadap objek.

(3)*Evaluation* (menimbang-nimbang),

Objek bagus atau tidak untuk dirinya.

(4)*Trial* (mencoba)

Setelah mencoba hal baru.

(5)*Adapption* (adaptasi),

Berperilaku sesuai dengan pengetahuan kesadaran dan sikap terhadap stimulus.

(c) Pelatihan

Pengalaman formal untuk memperluas pengetahuan atau keterampilan cenderung lebih khusus dan singkat, peserta akan menerima sertifikat sebagai bukti telah menyelesaikan pelatihan tersebut, tujuan dari pelatihan tersebut pembaruan ilmu keperawatan sesuai perubahan teknologi dan ilmiah, (Nursalam, 2011). Program pelatihan ini dirancang untuk :

- (1) Untuk mengikuti perkembangan ilmu dan tehnik terbaru
- (2) Membantu perawat agar lebih spesifik dalam profesinya
- (3) Memberikan pengalaman terhadap aspek ilmu keperawatan

Dalam melakukan dokumentasi asuhan keperawatan diperlukan suatu sarana/alat yaitu formulir yang digunakan untuk mencatat proses asuhan keperawatan yang diberikan kepada klien dan menjadi hal yang valid dari asuhan keperawatan (Nursalam, 2001). Selain formulir buku pedoman juga diperlukan dalam pendokumentasian asuhan keperawatan, agar dalam melaksanakan pekerjaannya perawat melakukannya sesuai dengan standar operasional prosedur (Aditama, 2000). Sarana dan peralatan di rumah sakit tersebut adalah sebagai penunjang dalam pelayanan asuhan keperawatan dan komponen yang sangat menentukan keterlaksanaan asuhan keperawatan secara baik (Depkes, 1994).

- (d) Hal – hal yang mempengaruhi kelengkapan data

Ketidaklengkapan pengisian berkas rekam medik yaitu karena kurangnya kesadaran perawat dalam melengkapi dokumentasi asuhan keperawatan, Setiap pencatatan rekam medik harus dibubuhi nama, waktu dan tanda tangan perawat dan tenaga kesehatan lain yang memberikan pelayanan kesehatan secara langsung, Dampak dari dokumentasi keperawatan tidak lengkap akan mengganggu pelayanan, mengakibatkan kesulitan dalam identifikasi kondisi pasien/riwayat penyakit pasien terdahulu dan risiko salah pengobatan, juwita *et all* (2019). Faktor-faktor Ketidaklengkapan dokumentasi keperawatan yaitu :

1) *Man* (Manusia)

Keterampilan pengetahuan dan sikap dalam melaksanakan sistem pelayanan kesehatan di rumah sakit.

2) *Material* (Bahan)

Bahan adalah suatu produk atau fasilitas yang digunakan untuk menunjang tujuan dalam pelaksanaan sistem pelayanan kesehatan yang ada di rumah sakit.

3) *Mechine* (Perawatan)

Alat yang digunakan untuk mengerjakan sesuatu agar lebih cepat dan efisien dalam menunjang pelaksanaan kesehatan di rumah sakit.

4) *Methode* (Metode)

Metode yang tepat akan membantu tugas – tugas seseorang akan lebih cepat dan ringan dalam pelaksanaan sistem kesehatan di rumah sakit.

5) *Money* (Dana)

Yang paling berperan untuk mencapai pelaksanaan suatu sistem di rumah sakit agar pelayanan di RS dapat berjalan dengan cepat sesuai kebutuhan seorang pasien.

2.5 Panduan Assesmen Pasien Di Rumah Sakit Umum Pindad

Sesuai dengan Surat keputusan no. Skep/22/RS/VI/2022

2.5.1 Definisi

Rumah Sakit Umum pindad Adalah organisasi yang berkiprah dalam bidang jasa pelayanan kesehatan perorangan. Dalam penyelenggaraan upaya

pelayanan pada pasien, rumah sakit didukung oleh banyak jenis keterampilan SDM baik yang berbentuk profesi maupun non profesi.

Rumah Sakit Umum pindad adalah rumah sakit yang memberikan pelayanan melalui penyelenggaraan pelayanan secara paripurna pada unit-unit gawat darurat, rawat jalan, rawat inap, ruang tindakan dan ruang perawatan khusus.

Assesmen awal pasien merupakan langkah guna mengidentifikasi sejauh mana kebutuhan pasien akan pelayanan kesehatan. Keputusan mengenai jenis pelayanan yang paling tepat untuk pasien, bidang spesialisasi yang paling tepat, penggunaan pemeriksaan penunjang diagnostik yang paling tepat, sampai penanganan perawatan, gizi, psikologis, dan aspek lain dalam penanganan pasien di rumah sakit merupakan keputusan yang diambil berdasarkan assesmen.

Assesmen awal pasien adalah proses mengidentifikasi kebutuhan dan jenis pelayanan pasien untuk memahami kebutuhan pelayanan medis dan pelayanan keperawatan sehingga pelayanan dan pengobatan dapat dimulai.

2.5.2 Ruang Lingkup

Jenis-jenis assesmen

- 1) Assesmen Awal
- 2) Assesmen Ulang
- 3) Assesmen Gawat Darurat
- 4) Assesmen Rawat Jalan
- 5) Assesmen Awal Medis Rawat Inap
- 6) Assesmen Awal Keperawatan Rawat Inap

- 7) Asesmen Peri Operatif
- 8) Asesmen peri Anestesi
- 9) Asesmen kemampuan aktivitas harian (asesmen status fungsional)
- 10) Asesmen resiko jatuh
- 11) Asesmen nyeri
- 12) Asesmen Nutrisi
- 13) Skrining Psikologis
- 14) Asesmen pada populasi khusus
- 15) Asesmen korban penganiayaan
- 16) Asesmen pasien dengan kecurigaan ketergantungan alcohol atau obat
- 17) Asesmen pasien dengan kondisi terminal
- 18) Asesmen pasien gangguan kejiwaan

Asesmen awal pasien merupakan pengkajian kebutuhan pasien sebagai bagian dari proses administrasi rumah sakit berpedoman pada Permenkes No. 269 tahun 2008 tentang rekam medis. Asesmen awal pasien adalah pendataan untuk mengidentifikasi kebutuhan dan keinginan layanan pasien maupun keluhan sakit pasien yang dilakukan oleh petugas-petugas rumah sakit dan dicatat dalam rekam medis sejak awal sesuai dengan ketentuan akreditasi rumah sakit. Asesmen awal dari seorang pasien, baik rawat jalan maupun rawat inap, sangat penting untuk mengidentifikasi kebutuhan pasien dan untuk memulai proses pelayanan.

Asesmen awal medis rawat inap dilakukan oleh dokter ruangan sesaat setelah pasien masuk ke ruang rawat inap. Hasil asesmen di dokumentasikan di form asesmen awal medis dan keperawatan pasien rawat inap dan dilaporkan ke

DPJP. Assesmen medis rawat inap dilakukan oleh DPJP pada saat pasien masuk rawat inap sekaligus melakukan review hasil assesmen dokter ruangan. Assesmen medik rawat inap didokumentasikan di rekam medik dan minimal terdiri dari anamnesis dan pemeriksaan fisik(dan penunjang jika ada 0 yang relevan untuk di justifikasi diagnosis dan terapi. Formulir asesmen awal medis dan keperawatan harus tersedia di dalam RM, seperti yang diatur dalam SNARS dalam bab asesmen pasien (AP) elemen AP 1 serta AP 1.1 yang menetapkan jenis, materi isi dan pelaksanaan serta bukti asesmen. Kegiatan asesmen tersebut bertujuan untuk menghasilkan keputusan tentang kebutuhan asuhan, pengobatan yang harus segera dilaksanakan, dan pengobatan berkelanjutan (KARS, 2017).

Dalam standar AP.1 SNARS dijelaskan isi minimal asesmen awal antara lain: status fisik, psiko–sosio–spiritual, ekonomi, riwayat kesehatan pasien, riwayat alergi, asesmen nyeri, risiko jatuh, asesmen fungsional, risiko nutrisi, kebutuhan edukasi, dan rencana pemulangan pasien (KARS, 2018).

Assesmen awal keperawatan dilakukan oleh perawat yang memiliki SIP. Assesmen awal keperawatan pasien rawat inap didokumentasikan dalam form asuhan keperawatan secara lengkap sesuai form asesmen awal keperawatan dilakukan maksimal 24 jam sejak pasien masuk di ruang rawat inap.

Assesmen awal keperawatan rawat inap adalah serangkaian proses yang berlangsung saat pasien masuk rawat inap untuk dilakukan pemeriksaan secara sistematis untuk mengidentifikasi masalah keperawatan pada pasien antara lain : keadaan umum, penilaian fisik, penilaian resiko jatuh, data sosial, ekonomi dan

fungsi, data kesehatan pasien, riwayat psikologis dan spiritual skrining nyeri, faktor resiko pasien pulang.

2.5.3 Tata Laksana

Adapun tatacara dalam melakukan assesmen pasien awal adalah sebagai berikut :

1. Dokter dan perawat menganamnesa keluhan utama dan riwayat perjalanan penyakit pasien, dapat diperoleh dari pasien dan keluarganya dengan menanyakan langsung kepada pasien atau kepada keluarga pasien
2. Anamnesis meliputi : Identitas pasien, sosial ekonomi, tanggal dan waktu pemeriksaan, keluhan utam, riwayat penyakit
3. Selanjutnya dokter dan perawat melaksanakan pemeriksaan fisik, psikologis, status gizi, nyeri, resiko jatuh, pemeriksaan penunjang.
4. Kemudian dokter menetapkan diagnosa, rencana penatalaksanaan(pengobatan dan tindakan) meminta persetujuan tindakan jika diperlukan
5. Semua hasil temuan dan hasil assesmen termasuk apabila ada observasi klinis didokumentasikan pada rekam medis, dicantumkan tanggal dan waktu pemeriksaan serta ditandatangani oleh dokter pemeriksa.

2.5.4 Kerangka waktu assesmen awal pasien

Assesmen awal pasien rawat inap dilakukan dalam 24 jam sesuai kondisi pasien. Assesmen awal medis dan keperawatan pada pasien rawat jalan dalam waktu 15 menit sampai 30 menit.

Rekam Medis yang lengkap, benar dan terbaca akan bermanfaat sesuai dengan standar yang ditetapkan secara nasional maupun internasional. pengisian

formulir rekam medis ini dibuat untuk digunakan sebagai pedoman kerja dalam hal pengisian formulir rekam medis pasien di Rumah Sakit. Rekam Medis diisi oleh yang berwenang adalah petugas administrasi pelayanan, profesional pemberi asuhan sesuai dengan uraian tugas masing-masing.

Rekam Medis diisi dengan jelas adalah dapat dibaca oleh setiap orang yang berkepentingan. Rekam Medis diisi dengan benar adalah sesuai dengan bukti diri pasien. Rekam medis diisi dengan lengkap adalah dokumen rekam medis diisi secara lengkap sesuai dengan pedoman tertulis. Rekam medis tepat waktu adalah penyelesaian/pengisian rekam medis sesuai dengan batas waktu yang telah ditetapkan dalam pedoman tertulis yaitu: 24 jam : rekam medis kembali dari ruangan ke rekam medis, 2 x 24 jam : selesai dilengkapi dan kembali ke ruang rekam medik.

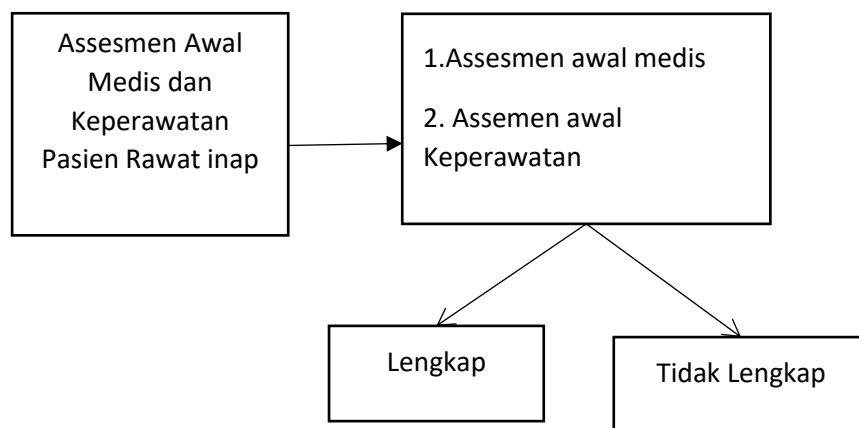
2.6. Kerangka Konseptual

2.6.1 Kerangka Konsep

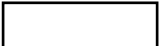
Kerangka konseptual penelitian adalah kaitan atau hubungan antara konsep satu dengan konsep yang lainnya dari masalah yang ingin diteliti. Kerangka konsep didapatkan dari konsep ilmu/teori yang dipakai sebagai landasan penelitian (Setiadi, 2013).

Bagan 2.1

Kerangka Konsep Penelitian



Keterangan :

 : Diteliti

 : Ada Hubungan

Sumber : Yulinda umar, 2021