

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Landasan Teori

1. Model Praktek Keperawatan Profesional

Menurut Sitorus (2006), MPKP merupakan struktur penting dalam pemberian pelayanan keperawatan pada pasien yang memiliki suatu sistem (struktur, proses, dan nilai-nilai profesional) yang memungkinkan perawat profesional yang mengatur pemberian asuhan keperawatan.

Menurut Keliat (2006) cit. Sofia (2008), di Rumah Sakit Jiwa telah dikembangkan MPKP dengan modifikasi MPKP yang telah di kembangkan di RSUD. Beberapa modifikasi yang dilakukan meliputi tiga jenis yaitu MPKP transisi, MPKP pemula dan MPKP profesional. MPKP transisi yaitu MPKP dasar yang tenaga perawatnya masih ada yang berlatar belakang pendidikan SPK, namun kepala ruang dan ketua timnya minimal dari D3 keperawatan. MPKP pemula yaitu MPKP dasar yang semua tenaganya minimal D3. Serta MPKP profesional dikembangkan beberapa jenis sesuai dengan tuntutan profesional yang ada yaitu:

a. MPKP pemula

Model ini menyerupai MPKP I, tetapi baru tahap awal pengembangan yang akan menuju profesional I.

b. MPKP I

Model ini menggunakan tiga komponen utama yaitu ketenangan, metode pemberian asuhan keperawatan, dan dokumentasi keperawatan. Metode yang digunakan pada model ini adalah kombinasi metode keperawatan primer dan metode tim yang disebut tim primer.

c. MPKP II

Tenaga perawat yang bekerja diruangan ini mempunyai kemampuan spesialis yang dapat memberikan konsultasi kepada perawat primer. Diruangan hasil-hasil penelitian keperawatan dan melakukan penelitian keperawatan.

d. MPKP III

Tenaga primer yang akan bekerja diruangan ini semua profesional dan ada yang sudah doktor, sebagai praktik keperawatan berdasarkan pada *evidence based*. Diruangan tersebut juga dilakukan penelitian keperawatan khususnya penelitian klinis.

Menurut Sitorus (2006), berdasarkan MPKP yang sudah dikembangkan di beberapa negara, Hoffat & Woods

menyimpulkan bahwa MPKP terdiri dari lima elemen subsistem

yaitu nilai-nilai profesional yang merupakan inti dari model praktik keperawatan profesional, hubungan profesional, metode pemberian asuhan keperawatan, pendekatan manajemen terutama dalam perubahan pengambilan keputusan serta sistem kompensasi dan penghargaan.

a. Nilai-nilai profesional

Menurut Sitorus (2006) cit. Sofia (2008), nilai-nilai profesional merupakan inti dari MPKP. Nilai-nilai profesional adalah dasar otonomi yang berhubungan dengan kontrol dan tanggung gugat, disamping nilai intelektual, personal, dan antar personal.

b. Hubungan profesional

Menurut Nursalam (2002), dalam hubungan profesional, perawat berinteraksi dengan perawat, dengan pasien dan dengan petugas kesehatan lainnya, berfokus untuk memenuhi kebutuhan perawatan pasien serta pemecahan masalah pasien. Hal ini dapat dilakukan dengan adanya dokumentasi asuhan keperawatan yang dan jelas.

c. Metode pemberian asuhan keperawatan.

Menurut Nursalam (2002), metode pemberian asuhan keperawatan menurut Marquis & Huston terdiri dari beberapa metode fungsional, metode kasus, metode tim, dan

metode primer. Penjelasan dari metode tersebut adalah sebagai berikut :

1. Metode fungsional

Menurut Nursalam (2002), pada metode ini, pembagian tugas berdasarkan jenis tindakan keperawatan, tidak berorientasi pada masalah pasien dan bersifat tidak profesional.

2. Metode kasus

Menurut Sitorus (2006) cit. Sofia (2008), merupakan metode pemberian asuhan keperawatan dimana setiap perawat merawat secara total satu atau beberapa pasien pada satu periode dinas. Jumlah klien yang dirawat tergantung kemenapun perawat dan kompleksitas kebutuhan klien. Menurut Nursalam (2002), pada metode kasus, perawat bertanggung jawab terhadap asuhan dan observasi pada pasien tertentu. Setiap pasien ditugaskan kepada semua perawat yang melayani seluruh kebutuhan pada saat ia dinas. Pasien akan dirawat oleh perawat yang berbeda untuk setiap shift dan tidak ada jaminan bahwa pasien akan dirawat oleh orang yang sama pada hari berikutnya.

3. Metode tim

Menurut Nursalam (2002), metode yang menggunakan tim yang terdiri dari anggota yang berbeda-beda dalam memberikan asuhan keperawatan terhadap sekelompok pasien. Perawat ruangan dibagi menjadi 2-3 tim/grup yang terdiri dari tenaga profesional, teknikal dan pembantu dalam satu grup kecil yang saling membantu. Menurut Sitorus (2006), metode tim jika dilaksanakan dengan benar merupakan metode pemberian asuhan yang tepat untuk meningkatkan pemanfaatan tenaga keperawatan yang bervariasi kemampuannya dalam memberikan asuhan. Namun pada metode ini kesinambungan asuhan keperawatan kurang, sehingga pakar mengembangkan metode primer.

Menurut Nursalam (2002), keuntungan perawat tim adalah keperawatan yang melibatkan semua anggota tim dalam perencanaan asuhan keperawatan pasien, memungkinkan semua tim berkomunikasi dalam penyelesaian konflik sehingga mudah diatasi dan keperawatan tim memberikan perawatan terbaik pada biaya rendah.

Menurut Swanburg (2000) cit. Sofia (2008), kelemahan keperawatan tim adalah dapat menimbulkan fragmentasi keperawatan bila konsepnya tidak diimplementasikan dengan total

keterbatasan tenaga kesehatan membuat kebutuhan pasien tidak dipenuhi dan keperawatan tim sulit untuk menentukan waktu untuk konferensi tim.

Menurut Nurhidayah (2003), pembagian tugas dalam kelompok dilakukan oleh pemimpin kelompok/ketua grup. Selain itu ketua grup bertanggungjawab dalam mengarahkan anggota grup/tim. Selain tugas dalam menerima laporan kemajuan pelayanan keperawatan klien juga membantu anggota tim dalam menyelesaikan tugas apabila mengalami kesulitan. Selanjutnya ketua grup yang melaporkan pada kepala ruangan tentang kemajuan pelayanan/asuhan keperawatan terhadap klien.

Konsep metode tim adalah sebagai berikut :

- a. Ketua tim sebagai perawat profesional dapat menggunakan kepemimpinannya.
- b. Mengutamakan komunikasi yang efektif agar rencana keperawatan terjamin.
- c. Setiap anggota tim harus menghormati kepemimpinan anggota tim.
- d. Kepala ruang sangat penting dalam model tim. Tanggungjawab ketua tim dalam model keperawatan tim yaitu: membuat perencanaan, pengetahuan koordinasi pasien dan dapat menilai tingkat kebutuhan pasien menyelenggarakan konferensi

membuat penugasan, supervisi, dan mengembangkan kemampuan anggota.

e. Tanggungjawab anggota tim dalam metode ini: memberikan laporan, memberikan asuhan keperawatan dibawah tanggung jawab serta kerjasama dengan anggota tim dan anggota tim.

f. Tanggungjawab kepada ruang dalam model keperawatan tim meliputi :

1) Perencanaan meliputi :

- a) Mengatur dan mengendalikan asuhan keperawatan,
- b) Mengikuti *visit* dokter untuk mengetahui kondisi patofisiologi,
- c) Tindakan medis yang akan dilakukan, menunjukan ketua tim akan bertugas diruang masing-masing,
- d) Mengikuti serah terima pasien di shift berikutnya,
- e) Mengidentifikasi jumlah perawat yang dibutuhkan berdasarkan kebutuhan pasien,
- f) Merencanakan strategi pelaksanaan keperawatan,
- g) Mengidentifikasi tingkat ketergantungan pasien.

2) Peorganisasian yaitu :

- a) Merumuskan metode penugasan,
- b) Mengatur mengendalikan tenaga keperawatan,
- c) Merumuskan metode penugasan yang digunakan,
- d) Mengatur dan mengendalikan logistik ruangan

- e) Identifikasi masalah dan cara penanganan,
- f) Mengatur dan mengendalikan situasi tempat praktek,
- g) Mendelegasi tugas saat kepala ruang tidak berada ditempat, dan
- h) Memberi wewenang kepada tata usaha untuk mengurus administrasi pasien.

3) Pengarahan yaitu :

- a) Pembimbing bawahan yang mengalami kesulitan dalam melaksanakan tugasnya,
- b) Memberi pujian kepada anggota tim yang melaksanakan tugasnya,
- c) Meningkatkan kolaborasi dengan tim lain,
- d) Melibatkan bawahan dari awal hingga akhir kegiatan,
- e) Memberikan pengarahan tentang penugasan kepada ketua tim,
- f) Menginformasikan hal-hal yang dianggap penting dan berhubungan dengan asuhan keperawatan pasien, dan
- g) Memberikan motivasi dalam peningkatan

- 3) Mengevaluasi upaya pelaksanaan dan selanjutnya, membandingkan dengan rencana keperawatan yang telah disusun, serta
 - 4) Pengawasan tidak langsung dengan mengecek daftar hadir ketua tim.
- b) Komunikasi: mengawasi dan berkomunikasi langsung dengan ketua tim maupun pelaksana mengenai asuhan keperawatan.
4. Metode primer

Menurut Nursalam (2002), merupakan metode penugasan dimana satu orang perawat bertanggung jawab penuh selama 24 jam terhadap asuhan keperawatan pasien mulai dari pasien masuk sampai keluar rumah sakit. Metode ini mendorong praktik kemandirian perawat, terhadap kejelasan antara si pembuat rencana asuhan dan pelaksana. Metode primer ini ditandai dengan adanya keterkaitan kuat dan terus menerus antara pasien dan perawat yang ditugaskan untuk merencanakan, melakukan dan koordinasi asuhan keperawatan selama pasien dirawat

Pada MPKP digunakan kombinasi dari metode tim dan metode primer yang disebut metode tim primer. Penetapan sistem model didasarkan pada beberapa alasan:

- a. Keperawatan primer tidak digunakan secara murni, karena sebagai perawat primer harus mempunyai latar belakang pendidikan S1 keperawatan atau setara.
- b. Keperawatan tidak digunakan secara murni, karena tanggung jawab asuhan keperawatan pasien terfragmentasi pada berbagai tim.
- c. Melalui kombinasi kedua model tersebut diharapkan komunitas asuhan keperawatan akuntabilitas asuhan keperawatan terdapat pada primer.

Menurut Nursalam (2002), bahwa dasar pertimbangan penerapan metode sistem pemberian asuhan keperawatan dan filosofi intitusi (visi dan misi institusi); ekonomis (*cost effective*); menambah kepuasan pasien, keluarga, dan masyarakat; menambah kepuasan kerja; dapat diterapkan proses keperawatan terlaksananya komunikasi yang adekuat antara perawat dan tim kesehatan lainnya

d. Pendekatan manajemen

Maksud dari pendekatan manajemen adalah pemenuhan tenaga perawat yang diperlukan. Menurut Douglas cit. Ulaen (2004), bahwa kebutuhan perawat ditentukan berdasarkan pada jumlah dan tingkat ketergantungan pasien. Dibagi menjadi tiga, yaitu:

1. Perawatan minimal : 1-2 jam / 24 jam
2. Perawatan intermediet : 3-4 jam / 24 jam
3. Perawatan maksimal : 5-6 jam / 24 jam

e. Kompensasi dan penghargaan

Menurut Sitorus (2006), sistem pemberian kompensasi dan penghargaan memungkinkan perawat mendapat kompensasi dan penghargaan sesuai dengan sifat layanannya yang profesional. Penghargaan juga dapat berupa keberadaan perawat sebagai seorang ahli dan spesialis.

Faktor- faktor yang mempengaruhi keberhasilan penerapan MPKP ini antara lain: adanya dukungan dari pimpinan RS dan kepala ruangan, komitmen semua perawat dan staf lain, serta kerja

Widianingrum (2007) cit. Sofia (2008), perbedaan antara bangsal MPKP dan bangsal non MPKP dari segi karakteristik ruangan secara umum dideskripsikan menurut subsistem MPKP itu sendiri yaitu:

a. Nilai-nilai profesional, otonomi, kesinambungan asuhan dan belajar sepanjang hayat untuk menompang praktek yang bermutu. SDM yang ada pada bangsal MPKP adalah SDM profesional dan jenjang pendidikan tertentu, yaitu minimal D3, pendidikan berkelanjutan secara formal mampu melalui pelatihan *workshop* akan harus dikembangkan bagi perawat diruang tersebut. Sedangkan pada bangsal non MPKP, latar belakang pendidikan profesional belum begitu dipertimbangkan.

b. Pendekatan manajemen

Pemenuhan peralatan manajemen maupun pelayanan, termasuk kebutuhan perawat secara ideal, berusaha dipenuhi pihak manajemen rumah sakit. Hal ini terjadi pada bangsal MPKP, sedangkan pada bangsal non MPKP menggunakan peralatan penunjang SDM seadanya.

c. Metode pemberian asuhan keperawatan

Metode yang digunakan dibangsal MPKP adalah metode tim modifikasi tim, sedangkan pada bangsal non MPKP masih menggunakan manajemen kasus dimana perawat yang merawat

pasien pada satu periode, dinas tidak menjamin keesokan harinya dirawat oleh perawat yang sama.

- d. Tim Pada ruang MPKP penyesalan konflik dikelola dengan cara hubungan kolaborasi konsultan antar tim dan dan konferen antar tim.

2. Dokumentasi Keperawatan

a. Definisi

Menurut PPNI (1999), dokumentasi keperawatan merupakan salah satu mekanisme tanggung gugat profesional yang tinggi tingkatannya yang harus dilakukan oleh seseorang perawat. Dalam melakukan asuhan keperawatan perawat harus mempunyai bukti bahwa ia telah melakukan implementasi yang berguna untuk meningkatkan status pasien.

Menurut Nursalam (2001), pendokumentasian proses keperawatan merupakan metode yang tepat untuk mengambil keputusan yang sistematis, *problem-solving*, dan riset yang lebih lanjut.

Menurut Nursalam (2001), dokumentasi proses keperawatan mencakup pengkajian, identifikasi masalah, perencanaan, dan intervensi. Perawat kemudian mengobservasi dan mengevaluasi respon klien terhadap intervensi yang diberikan dan mengkomunikasikan informasi tersebut kepada

profesi kesehatan lainnya. Pengkajian ulang dan evaluasi respon klien terhadap intervensi keperawatan dan tindakan medis dapat sebagai petunjuk dan kesinambungan dalam proses keperawatan dan adanya perubahan dari setiap tahap.

b. Tujuan Pendokumentasian

Menurut Nursalam (2001), tujuan utama dari pendokumentasian keperawatan yaitu :

- 1) Mengidentifikasi status kesehatan klien dalam rangka mendokumentasikan kebutuhan klien, merencanakan, melaksanakan asuhan keperawatan, dan mengevaluasi intervensi.
- 2) Dokumentasi untuk penelitian, keuangan, hukum, dan etika.

Hal ini juga menyediakan:

- a) Bukti kualitas asuhan keperawatan,
- b) Bukti legal dokumentasi sebagai tanggungjawab kepada klien,
- c) Informasi terhadap perlindungan individu,
- d) Bukti aplikasi standar praktik keperawatan,
- e) Sumber informasi statistik untuk standar dan riset keperawatan,
- f) Pengurangan biaya informasi,
- g) Sumber informasi untuk data yang harus dimasukkan,
- h) Komunikasi konsep risiko asuhan keperawatan

- i) Informasi untuk peserta didik keperawatan,
- j) Persepsi hak klien,
- k) Dokumentasi untuk tenaga profesional, tanggungjawab etik, dan menjaga kerahasiaan informasi klien,
- l) Suatu data keuangan yang sesuai,
- m) Data perencanaan pelayanan kesehatan dimasa yang akan datang.

Menurut Nursalam (2001), pendokumentasian proses keperawatan yang efektif yaitu :

- (1) Menggunakan standar terminologi (pengkajian, diagnosis, perencanaan implementasi, dan evaluasi).
- (2) Mengumpulkan dan mendokumentasikan data yang bermanfaat dan relevan sesuai dengan prosedur dalam catatan yang permanen. Data tersebut meliputi observasi keadaan fisik atau emosional klien, keputusan keperawatan, dan kegiatan klien misalnya melaksanakan intruksi dokter atau kegiatan pembelajaran kepada klien.
- (3) Menegakkan diagnosis keperawatan berdasarkan klasifikasi dan analisis data yang akurat.
- (4) Menulis dan mendokumentasikan rencana asuhan keperawatan sebagai bagian dari catatan yang permanen.
- (5) Mendokumentasikan hasil observasi secara akurat lengkap

- (6) Mendokumentasikan evaluasi hasil urutan waktunya yang meliputi selama dirawat, dirujuk, pulang, ataupun perubahan keadaan klien. Respon klien terhadap intervensi keperawatan dan rekam medis yang perlu dituliskan.
- (7) Merevisi rencana asuhan keperawatan berdasarkan hasil yang diharapkan dari klien.

Menurut Nursalam (2001), tujuan dari :

- 1) Pendokumentasian data pengkajian keperawatan yaitu :
 - a) Untuk mengidentifikasi kebutuhan dan respon klien yang unik terhadap masalah-masalah dan akan tegakkan menjadi diagnosis keperawatan yang memenuhi rencana intervensi keperawatan yang diperlukan.
 - b) Untuk menggabungkan dan mengorganisasi data dan beberapa sumber yang dikumpulkan menjadi satu sehingga masalah kesehatan klien dapat dianalisa dan diidentifikasi.
 - c) Untuk meyakinkan garis dasar informasi yang ada dan untuk bertindak sebagai poin referensi dalam mengukur perubahan yang terjadi pada kondisi kesehatan klien.
 - d) Untuk mengidentifikasi definisi karakteristik sesuai respon dan kondisi kesehatan klien yang mempengaruhi rencana dan pemberian intervensi keperawatan

- e) Untuk menyuplai data yang cukup guna memberikan intervensi keperawatan yang sesuai dengan kebutuhan klien.
 - f) Untuk memberikan dasar guna penulisan rencana asuhan keperawatan yang efektif.
- 2) Pendokumentasian diagnosis keperawatan yaitu :
- a) Menyampaikan masalah klien dalam istilah-istilah yang dapat dimengerti untuk semua perawat,
 - b) Mengenali masalah-masalah utama klien pada pengkajian data,
 - c) Mengetahui perkembangan asuhan keperawatan.
- 3) Pendokumentasian perencanaan keperawatan yaitu :
- Untuk menyusun rencana asuhan keperawatan berdasarkan respon klien terhadap masalah kesehatan baik yang aktual, risiko, maupun potensial.
- 4) Pendokumentasian intervensi keperawatan yaitu :
- a) Memberikan asuhan keperawatan berdasarkan respon klien terhadap masalah kesehatannya dan mencegah masalah baru yang akan muncul.
 - b) Untuk mengatur atau menyusun asuhan keperawatan berdasarkan respon klien terhadap masalah kesehatannya dengan sasaran mencegah

menghilangkan, atau meminimalkan penyebab yang mempengaruhi status kesehatan tersebut.

5) Pendokumentasian evaluasi keperawatan yaitu :

Untuk menentukan efektifitas asuhan keperawatan untuk mencegah atau mengobati respon klien terhadap prosedur kesehatan yang telah diberikan.

c. Manfaat dan pentingnya dokumentasi keperawatan

Menurut Nursalam (2001), dokumentasi keperawatan mempunyai makna penting dilihat dari berbagai aspek :

1) Hukum

Semua catatan informasi tentang klien merupakan dokumentasi resmi yang bernilai hukum. Bila terjadi suatu masalah yang berhubungan dengan profesi keperawatan, dimana perawat sebagai pemberi jasa dan klien sebagai pengguna jasa, maka dokumentasi dapat dipergunakan sewaktu-waktu. Dokumentasi tersebut dapat dipergunakan sebagai barang bukti di pengadilan. Oleh karena itu data-data harus diidentifikasi secara lengkap, jelas, objektif, dan ditandatangani oleh tenaga kesehatan (perawat), tanggal, dan perlu dihindari adanya penulisan yang dapat

2) Kualitas Pelayanan

Pendokumentasian data klien yang lengkap dan akurat, akan memberi kemudahan bagi perawat dalam membantu menyelesaikan masalah klien. Dan untuk mengetahui sejauh mana masalah klien dapat teratasi dan seberapa jauh masalah dapat diidentifikasi dan dimonitor melalui dokumentasi yang akurat. Hal ini akan membantu meningkatkan kualitas (mutu) pelayanan keperawatan.

3) Komunikasi

Dokumentasi keadaan klien merupakan alat “perekam” terhadap masalah yang berkaitan dengan klien. Perawat atau profesi kesehatan lain dapat melihat dokumentasi yang ada dan sebagai alat komunikasi yang dijadikan pedoman dalam memberikan asuhan keperawatan.

4) Keuangan

Dokumentasi dapat bernilai keuangan. Semua asuhan keperawatan yang belum, sedang, dan telah diberikan didokumentasikan dengan lengkap dan dapat dipergunakan sebagai acuan atau pertimbangan dalam biaya keperawatan bagi klien.

5) Pendidikan

Dokumentasi mempunyai nilai pendidikan, karena ini merupakan sumber belajar dari kegiatan asuhan

keperawatan yang dapat dipergunakan sebagai bahan atau referensi pembelajaran bagi peserta didik atau profesi keperawatan.

6) Penelitian

Dokumentasi keperawatan mempunyai nilai penelitian. Data yang terdapat didalamnya mengandung informasi yang dapat di jadikan sebagai bahan atau objek riset dan pengembangan profesi keperawatan.

7) Akreditasi

Melalui dokumentasi keperawatan akan dapat dilihat sejauh mana peran dan fungsi perawat dalam memberikan asuhan keperawatan kepada klien. Dengan demikian dapat diambil kesimpulan mengenai tingkat keberhasilan pemberian asuhan keperawatan yang diberikan guna pembinaan dan pengembangan lebih lanjut. Hal ini selain bermanfaat bagi peningkatan kualitas pelayanan, juga bagi individu perawat dalam mencapai tingkat kenangatan

Berdasarkan Standar Asuhan Keperawatan Departemen Kesehatan RI (1997) cit. Firmawati (2004), proses keperawatan terdiri dari :

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian adalah langkah awal dan dasar dalam proses keperawatan secara keseluruhan. Asuhan keperawatan memerlukan data yang lengkap dan akurat yang dikumpulkan secara terus-menerus guna menentukan kebutuhan dan masalah kesehatan, keperawatan yang dialami pasien.

Komponen pengkajian meliputi :

a. Pengumpulan data

Pengumpulan data dilakukan dengan wawancara, observasi, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang. Pencatatan data yang dilakukan sesuai dengan pedoman pengkajian.

Kriteria dalam pengumpulan data adalah kelengkapan data sistematis, menggunakan format yang terdapat actual (baru), absah (valid).

b. Pengelompokan data

Kriteria dalam pengelompokan data adalah kelengkapan data biologis, data sosial dan data spiritual.

c. Pengkajian data dilakukan sejak pasien masuk sampai pulang.

d. Perumusan masalah

Kriteria dalam perumusan masalah adalah masalah dirumuskan berdasarkan masalah yang telah ditemukan (kesenjangan antara status kesehatan dengan norma dan pola fungsi kehidupan).

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah suatu pernyataan sar-rasa pasien yang nyata maupun potensial berdasarkan data yang telah dikumpulkan, yang pemecahannya dapat dilakukan dalam batas wewenang perawat untuk melakukannya.

Masalah nyata adalah masalah yang sudah ada pada waktu pengkajian. Sedangkan masalah potensial merupakan masalah yang mungkin timbul bila pencegahannya tidak dilaksanakan. Untuk menghindari kekeliruan antara diagnosa medis dan diagnosa keperawatan, perlu diketahui perlu perbedaaan antara kedua diagnosa tersebut. Diagnos medis berfokus pada keadaan pathologis/pengobatan dan penyembuhan penyakit, sedangkan diagnosa keperawata

1. Fokus pada respon pasien terhadap penyakit atau faktor

lain yang mempengaruhi atau situasi lain yang sangat bervariasi.

Kriteria diagnosa keperawatan meliputi status kesehatan dibandingkan dengan norma yang untuk menentukan kesenjangan. Diagnosa keperawatan dihubungkan dengan penyebab kesenjangan dan pemenuhan kebutuhan pasien. Diagnosa keperawatan berdasarkan masalah yang telah dirumuskan. Diagnosa keperawatan dibuat sesuai dengan wewenang perawat. Komponen diagnosa keperawatan terdiri dari masalah, penyebab dan gejala/tanda (PES) atau terdiri dari masalah dan penyebab (PE). Diagnosa keperawatan aktual untuk perumusan status kesehatan pasien yang sudah nyata terjadi. Diagnosa keperawatan potensial untuk perumusan status kesehatan pasien yang kemungkinan besar akan terjadi apabila tidak dilakukan upaya pencegahan.

3. Perencanaan Keperawatan

Perencanaan keperawatan adalah penyusunan rencana tindakan keperawatan untuk menanggulangi masalah sesuai dengan diagnosa keperawatan yang telah

Komponen perencanaan keperawatn meliputi :

- a. Perencanaan keperawatan berdasarkan diagnosa keperawatan.
- b. Prioritas masalah, dengan kriteria; masalah-masalah mengancam kehidupan merupakan prioritas pertama. Masalah-masalah yang mengancam kesehatan seseorang adalah prioritas kedua. Masalah-masalah yang mempengaruhi perilaku merupakan prioritas ketiga.
- c. Tujuan asuhan keperawatan, dengan kriteria; tujuan dirumuskan secara singkat dan jelas, disusun berdasarkan diagnosa keperawatan. Spesifik pada diagnosa keperawatan, dapat diukur, realistik/dapat dicapai, menggunakan komponen yang terdiri: subyek, perilaku, pasien, kondisi pasien, dan kriteria tujuan.
- d. Rencana tindakan, dengan kriteria; disusun berdasarkan tujuan asuhan keperawatan, merupakan alternatif tindakan secara tepat, melibatkan pasien/keluarga, mempertimbangkan latar belakang budaya pasien/keluarga, mempertimbangkan kebijaksanaan, dan peraturan yang berlaku. Menjamin rasa aman dan nyaman bagi pasien, disusun dengan mempertimbangkan lingkungan sumber daya dan

fasilitas yang ada, rencana tindakan menggambarkan kerjasama dengan tim kesehatan lain. Harus berupa kalimat instruksi, ringkas, tegas dan penulisannya menggunakan bahasa yang mudah dimengerti menggunakan formulir yang baku.

4. Pelaksanaan Keperawatan

Pelaksanaan keperawatan adalah pelaksanaan rencana tindakan yang telah ditentukan dengan maksud agar kebutuhan pasien terpenuhi secara optimal, yang mencakup aspek peningkatan, pemeliharaan, dan pemilihan kesehatan dengan mengikutsertakan pasien dan keluarganya.

Kriteria pelaksanaan keperawatan meliputi dilaksanakan sesuai dengan rencana keperawatan. Mengamati keadaan bio-psiko-sosio spritual pasien. Menjelaskan setiap tindakan keperawatan kepada pasien/keluarga. Sesuai dengan waktu yang telah ditentukan. Menggunakan sumber daya yang ada. Menerangkan prinsip aseptik dan antiseptik. Menerangkan prinsip aman, nyaman, ekonomis, privacy dan mengutamakan keselamatan pasien. Mengobservasi respon pasien terhadap tindakan keperawatan. Melakukan

semua tindakan yang telah dilaksanakan. Mencantumkan tanda tangan dan nama perawat yang melaksanakan tindakan. Melaksanakan tindakan keperawatan berpedoman pada prosedur tetap yang telah ditemukan.

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah proses penilaian pencapaian tujuan serta pengkajian ulang rencana keperawatan. Evaluasi keperawatan dilakukan secara periodik, sistematis dan terencana untuk menilai perkembangan pasien setelah pelaksanaan tindakan keperawatan.

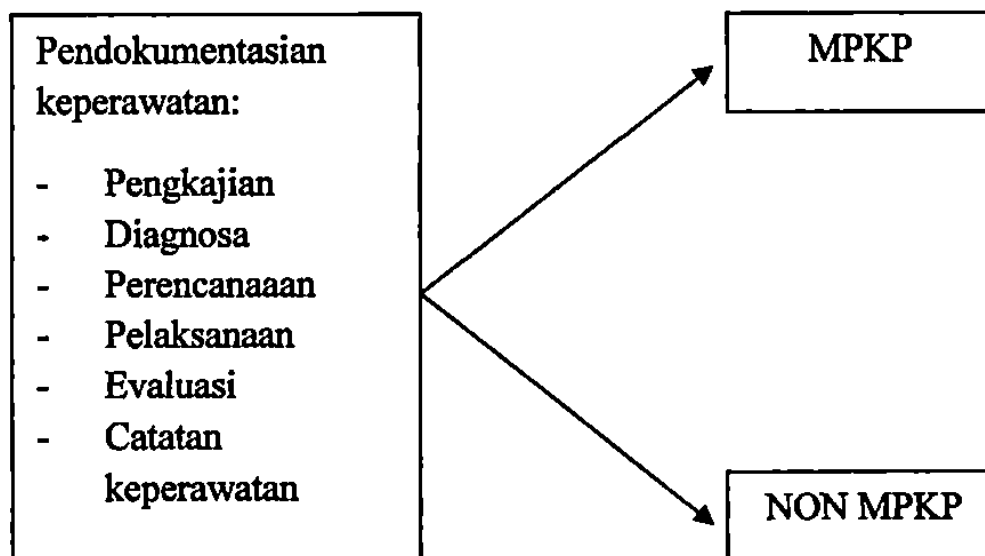
Kriteria evaluasi keperawatan, setiap tindakan keperawatan, dilakukan evaluasi. Evaluasi hasil menggunakan indikator perubahan fisiologis dan tingkah laku pasien. Hasil evaluasi segera dicatat dan dikomunikasikan untuk diambil tindakan selanjutnya. Evaluasi melibatkan pasien, keluarga dan tim kesehatan. Evaluasi dilakukan sesuai dengan standar (tujuan yang dicapai dan standar praktek keperawatan).

6. Catatan Asuhan Keperawatan

Catatan asuhan keperawatan adalah semua catatan yang berhubungan dengan keadaan klien serta perkembangannya selama dalam perawatan, dicatat secara teratur dalam laporan orientasi masalah

Catatan dilakukan selama pasien dirawat inap, rawat jalan dan kamar tindakan. Catatan digunakan sebagai bahan informasi, komunikasi dan laporan. Catatan dilakukan segera setelah tindakan dilaksanakan. Penulisan catatan harus jelas dan ringkas serta menggunakan istilah yang baku. Catatan mengacu kepada pelaksanaan proses keperawatan. Setiap pencatatan harus mencantumkan tanda tangan nama perawat yang melaksanakan tindakan. Catatan menggunakan formulir yang baku. Catatan dijadikan satu dengan catatan medik yang ada direkam medis. Catatan disimpan di tempat yang telah disediakan.

B. Kerangka Konsep



C. Hipotesis

Hipotesis penelitian ini adalah adanya perbedaan hasil pendokumentasian kewenangan antara bangsa inisiasi MKPD dan Non