

## BAB 11

### TINJAUAN PUSTAKA

#### A. Dokumentasi asuhan keperawatan

Dokumentasi asuhan keperawatan adalah suatu catatan yang memuat seluruh informasi yang dibutuhkan untuk menentukan diagnosa keperawatan, menyusun rencana keperawatan, melaksanakan dan mengevaluasi dan tindakan yang disusun secara sistematis, valid dan dapat dipertanggung jawabkan secara moral dan hukum. Tetapi banyak perawat beranggapan bahwa pendokumentasian merupakan beban kerja untuk melaksanakan pendokumentasian. Catatan pasien merupakan suatu dokumen yang legal, dari status sehat sakit pasien pada saat lampau, sekarang, dalam bentuk tulisan, yang menggambarkan asuhan keperawatan yang diberikan. Umumnya catatan pasien berisi informasi yang mengidentifikasi masalah, diagnosa keperawatan dan medik, respons pasien terhadap asuhan keperawatan yang diberikan dan respons terhadap pengobatan serta berisi beberapa rencana untuk intervensi lebih lanjutan. (Potter&fery 2007)

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.

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, dan sesuai urutan waktu.
6. Mendokumentasikan evaluasi hasil urutan waktunya yang meliputi selama dirawat, dirujuk, pulang, ataupun perubahan keadaan klien. Pespon klien terhadap intervensi keperawatan dan medis yang perlu dituliskan.

7. Merevisi rencana asuhan keperawatan berdasarkan hasil yang diharapkan dari klien.

## **B. Asuhan keperawatan**

Asuhan keperawatan adalah suatu proses atau rangkaian kegiatan pada praktek keperawatan yang langsung di berikan kepada klien, pada berbagai pelayanan kesehatan. Proses tersebut dilakukan menggunakan metodologi proses keperawatan yang terdiri dari 5 tahap, yaitu pengkajian, diagnosis, perencanaan, implementasi, evaluasi dan cataan asuhan keperawatan. Asuhan keperawatan berpedoman pada standarisasi yang dilandasi etika keperawatan dalam lingkup wewenang serta tanggung jawabnya (Potter&Fery, 2005). Berdasarkan Standar Asuhan Keperawatan Departemen Kesehatan RI tahun 2007, proses keperawatan terdiri dari:

Pertama, Pengkajian merupakan langkah awal dalam proses keperawatan secara keseluruhan. Asuhan keperawatan memerlukan data yang lengkap dan dikumpulkan secara terus menerus guna menentukan kebutuhan dan masalah kesehatan, keperawatan yang dialami pasien. Komponen pengkajian keperawatan meliputi Pengumpulan data dilakukan dengan cara wawancara, observasi, pemeriksaan fisik dan mempelajari data penunjang. Pencatatan data yang dikaji sesuai dengan pedoman-pedoman.

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

- a. Kriteria dalam pengelompokan data adalah data biologis, data psikologis, data sosial, dan data spiritual.
- b. Pengkajian data dilakukan sejak pasien masuk sampai pulang.
- c. Perumusan masalah

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

Kedua, diagnosa keperawatan adalah suatu pernyataan dari 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 adalah masalah yang mungkin timbul bila tidak dilakukan pencegahan. Untuk membedakan diagnose keperawatan dengan diagnosa medis, perlu diketahui perbedaan antara kedua diagnosa tersebut. Diagnosa medis berfokus pada pathologis atau pengobatan dan penyembuhan penyakit, sedangkan diagnosa keperawatan berfokus pada respon pasien terhadap penyakit atau faktor lain yang mempengaruhi atau situasi lain yang sangat bervariasi. (Carpenito, 2006)

Kriteria diagnosa keperawatan meliputi status kesehatan di bandingkan dengan norma untuk mentukan kesenjangan. Diagnosa keperawatan dihubungkan dengan penyebab kesenjangan dan pemenuhan kebutuhan pasien. Diagnosa keperawatan berdasarakan masalah yang telah dirumuskan. Diagnosa keperawatan di buat sesuai dengan wewenang perawatan. Komponen diagnose keperawatan terdiri dari masalah, penyebab, tanda atau gejala atau terdiri dari masalah dan penyebab. Diagnose keperawatan actual untuk perumusan status kesehatan pasien yang sudah nyataterjadi. Diagnosa keperawatan potensial untuk perumusan status kesehatan pasien yang kemungkinan besar akan terjadi apabila tidak dilakukan upaya pencegahan. (Wikisoo, 2006)

Ketiga, perencanaan keperawatan adalah penyusunan rencana tindakan keperawatan untuk menanggulangi masalah sesuai dengan diagnosa keperawatan yang telah ditentukan dengan tujuan terpenuhinya kebutuhan pasien.

Tujuan perencanaan keperawatan adalah: 1) sebagai alat komunikasi antar teman sejawat dan tenaga kesehatan lain, dan 2) meningkatkan keseimbangan asuhan keperawatan.

Komponen perencanaan keperawatan meliputi:

- a. Perencanaan keperawatan berdasarkan diagnose 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 jelas dan singkat, disusun berdasarkan diagnose keperawatan. Spesifik pada diagnosa keperawatan, dapat diukur, realistik atau dapat dicapai, menggunakan komponen yang terdiri dari: subyek, perilaku pasien, kondisi pasien dan kriteria tujuan.
  - d. Rencana tindakan keperawatan, dengan kriteria, disusun berdasarkan tujuan asuhan keperawatan, merupakan alternative tindakan secara tepat, melibatkan pasien atau keluarga, mempertibangkan latar belakang budaya pasien atau keluarga, mempertimbangkan kebijakan 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 penulisan menggunakan bahasa yang mudah dimengerti, menggunakan formulir yang baku.
- (Wikisoo, 2006)

Keempat, pelaksanaan keperawatan adalah pelaksanaan rencana tindakan yang telah ditentukan dengan maksud supaya kebutuhan pasien terpenuhi secara optimal, yang mencakup aspek peningkatan, pemeliharaan dan pemilihan kesehatan dengan mengikut sertakan pasien dan keluarganya.

Kriteria pelaksanaan keperawatan meliputi; dilaksanakan sesuai dengan rencana keperawatan. Mengamati keadaan bio-psiko-sosio spiritual pasien. Menjelaskan setiap tindakan keperawatan kepada pasien atau keluarga. Sesuai dengan waktu yang telah ditentukan. Menggunakan sumber daya yang ada. Menerapkan prinsip aseptik dan antiseptik. Menerapkan prinsip aman, nyaman, ekonomis, privasi dan mengutamakan keselamatan pasien. Mengobservasi respon pasien terhadap tindakan keperawatan. Melakukan perbaikan tindakan berdasarkan respon pasien. Mencatat semua tindakan yang telah dilaksanakan. Mencantumkan tanda tangan dan nama perawat yang melaksanakan tindakan. Melaksanakan tindakan keperawatan berpedoman pada prosedur tetap yang telah ditentukan (Potter, 2005)

Kelima, 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.(Potter& Fery (2005)

Kriteria evaluasi keperawatan adalah setiap tindakan keperawatan, dilakukan evaluasi. Evaluasi hasil menggunakan indikator perubahan fisiologis dan tingkahlaku pasien. Hasil evaluasi segera dicatat dan didokumenasikan untuk mengambil tindakan selanjutnya. Evaluasi melibatkan pasien, keluarga dan tim kesehatan. Evaluasi dilakukan sesuai dengan standar (tujuan yang dicapai dan standar praktek keperawatan. (BMC Health Service, 2009)

Keenam, catatan asuhan keperawatan adalah semua catatan yang berhubungan dengan keadaan klien serta perkembangannya selama dalam perawatan, dicatat secara teratur didalam 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 dilaksanakan tindakan. Penulisan catatan harus mencantumkan tanda tangan nama perawat yang melaksanakan tindakan. Catatan menggunakan formulir yang baku. Catatan dijadikan satu dengan catatan medik yang ada di rekam medis. Catatan disimpan ditempat yang telah disediakan.



### C. Faktor-faktor yang mempengaruhi pendokumentasian asuhan keperawatan.

Menurut (Notoatmodjo, 2003), faktor-faktor yang mempengaruhi kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan adalah:

1. Beban kerja adalah frekuensi kegiatan rata-rata dari masing-masing pekerjaan dalam jangka waktu tertentu. Berdasarkan penelitian Zaenal dan Sugiyanto (2005) menyatakan ada hubungan antara beban kerja dengan kelengkapan data, beban kerja dipengaruhi salah satunya oleh kapasitas kerja, seseorang yang bekerja dengan beban kerja maksimal akan menyebabkan produktivitas menurun.
2. Motivasi adalah segala sesuatu yang mendorong seseorang untuk melakukan tindakan. Semakin tinggi motivasi kerja seorang perawat maka diharapkan semakin tinggi pula kinerja perawat tersebut dalam memberikan pelayanan kesehatan pada klien. Dengan demikian dapatlah dikatakan bahwa motivasi pada dasarnya adalah kondisi mental yang mendorong dilakukannya suatu tindakan (*action* atau *activities*) dan memberikan kekuatan (*energy*) yang mengarah kepada pencapaian kebutuhan, memberi kepuasan ataupun mengurangi ketidakseimbangan. (Purwanto, 2000)

### 3. Pendidikan

Pendidikan perawat berpengaruh secara signifikan terhadap kualitas pelayanan kesehatan. Pendidikan adalah factor yang sangata penting untuk terbentuknya tindakan seseorang. Semakin tinggi pendidikan seseorang semakin banyak yang diketahui dan semakin bias orang itu mengaplikasikannya (Notoatmodjo, 2003). Pengetahuan memiliki dua fungsi utama, pertama sebagai latar belakang dalam menganalisa sesuatu hal, mempersepsikan dan menginterpretasikannya kemudian dilanjutkan dengan keputusan tindakan yang dianggap perlu. Kedua, peran pengetahuan dalam mengambil tindakan yang perlu adalah menjadi latar belakang dalam mengartikulasikan beberapa pilihan tindakan yang mungkin dapat dilakukan, memilih salah satu dari beberapa kemungkinan tersebut dan mengimplementasikan pilihan (Achterbergh & Vriens 2002).

### 4. Persepsi

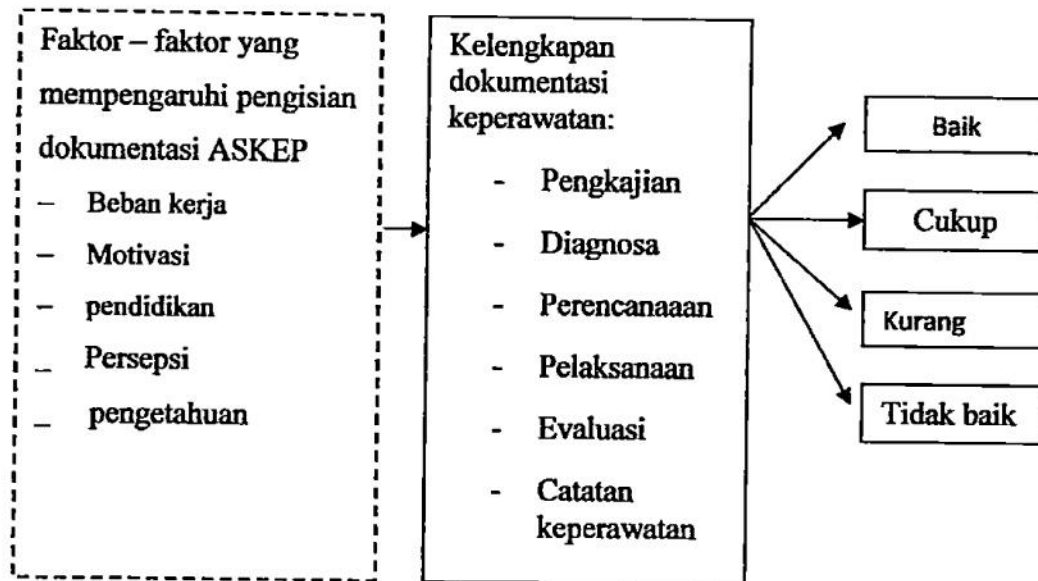
Persepsi adalah sumber pengetahuan kita tentang dunia yang didefinisikan sebagai proses menerima, menyeleksi, mengorganisasikan, mengartikan, menguji dan memberikan reaksi kepada rangsangan panca indera atau data.<sup>10</sup> Dari definisi tersebut dapat diketahui bahwa terjadinya persepsi pada seseorang melalui serangkaian proses yang bertahap. persepsi sebagai proses yang melibatkan mental dan kemampuan kognitif sehingga

memungkinkan seseorang dapat melakukan interpretasi dan memahami segala sesuatu yang ada di sekelilingnya. Dengan demikian pemahaman terhadap suatu obyek dalam proses ini merupakan fungsi yang utama.

#### 5. Pengetahuan Perawat

Pengetahuan merupakan hasil tahu, dan ini terjadi setelah melakukan penginderaan terhadap suatu obyek. Dalam pengertian lain, pengetahuan adalah berbagai gejala yang ditemui dan diperoleh manusia melalui pengamatan inderawi. Pengetahuan muncul ketika seseorang menggunakan indera atau akal budinya untuk mengenali benda atau kejadian tertentu yang belum pernah dilihat atau dirasakan sebelumnya. Misalnya ketika seseorang mencicipi masakan yang baru dikenalnya, ia akan mendapatkan pengetahuan tentang bentuk, rasa, dan aroma masakan tersebut.

## D. Kerangka konsep



Keterangan :

= Diteliti

----- = Tidak diteliti