

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Landasan Teori

Untuk memberikan arahan dalam penelitian ini, peneliti akan menguraikan landasan teori atau konsep terkait tentang validitas dan reliabilitas instrumen studi dokumentasi penerapan standar asuhan keperawatan (instrumen A).

1. Proses Keperawatan

Proses keperawatan memberikan panduan sistematis atau metode untuk membantu peserta didik atau perawat mengembangkan pola berfikir yang mengarah pada penilaian klinis yang tepat. Pendidik / dosen mahasiswa perawat dalam penyusunan proses keperawatan dilakukan sebagai alat pengajaran untuk membantu peserta didik pelajar keterampilan berfikir kritis untuk praktik keperawatan. Proses keperawatan dan model keperawatan mengarahkan peserta didik dan praktisi dalam menerapkan pengetahuan yang mendasar ke dalam praktik (Dermawan, 2012).

Proses keperawatan adalah aktifitas yang mempunyai maksud yaitu praktik keperawatan yang dilakukan dengan cara yang sistematis. Selama melaksanakan proses keperawatan, perawat menggunakan dasar pengetahuan yang komprehensif untuk mengkaji status kesehatan klien, membuat penilaian yang bijaksana dan mendiagnosa, mengidentifikasi hasil akhir kesehatan klien dan merencanakan,

menerapkan dan mengevaluasi tindakan keperawatan yang tepat guna mencapai hasil akhir tersebut.

Menurut Dermawan (2012) ada lima tahap proses keperawatan, yaitu :

a. Pengkajian

Pengkajian adalah pemikiran dasar dari proses keperawatan yang bertujuan untuk mengumpulkan informasi atau data tentang klien, agar dapat mengidentifikasi, mengenali masalah-masalah, kebutuhan kesehatan dan keperawatan klien, baik fisik, mental, sosial dan lingkungan.

Pengkajian yang sistematis dalam keperawatan dibagi dalam empat tahap kegiatan, yang meliputi : pengumpulan data, analisis data, sistematika data dan penentuan masalah. Adapula yang menambahkannya dengan kegiatan dokumentasi data.

1) Pengumpulan Data

Pengumpulan data adalah pengumpulan informasi tentang klien yang dilakukan secara sistematis untuk menentukan masalah-masalah, serta kebutuhan-kebutuhan keperawatan dan kesehatan klien.

Pengumpulan informasi merupakan tahap awal dalam proses keperawatan. Menurut informasi yang terkumpul, didapatkan data dasar tentang masalah-masalah yang dihadapi klien. Selanjutnya data dasar tersebut digunakan untuk

menentukan diagnosis keperawatan, merencanakan asuhan keperawatan, serta tindakan keperawatan untuk mengatasi masalah-masalah klien.

Pengumpulan data dimulai sejak klien masuk rumah sakit, selama klien dirawat secara terus-menerus sampai pasien pulang, serta pengkajian ulang untuk menambah atau melengkapi data.

2) Analisis Data

Analisis data merupakan kemampuan kognitif dalam pengembangan daya berfikir dan penalaran yang dipengaruhi oleh latar belakang ilmu dan pengetahuan, pengalaman, dan pengertian keperawatan. Dalam melakukan analisis data, diperlukan kemampuan mengkaitkan data dan menghubungkan data tersebut dengan konsep, teori dan prinsip yang relevan untuk membuat kesimpulan dalam menentukan masalah kesehatan dan keperawatan klien.

Berikut cara menganalisis data :

- a) Validasi data, teliti kembali data yang telah terkumpul.
- b) Mengelompokan data berdasarkan kebutuhan bio-psiko-sosial dan spiritual.
- c) Membandingkan dengan standar.
- d) Membuat kesimpulan tentang kesenjangan (masalah keperawatan) yang ditemukan.

3) Sistematika Data

- a) Data yang dikumpulkan harus menyeluruh meliputi aspek bio-psiko-sosial dan spiritual.
- b) Menggunakan berbagai sumber yang ada relevansinya dengan masalah klien dan menggunakan cara-cara pengumpulan data yang sesuai dengan kebutuhan klien.
- c) Dilakukan secara sistematis dan terus-menerus.
- d) Dicatat dalam catatan keperawatan secara sistematis dan terus-menerus.
- e) Dikelompokkan menurut kebutuhan bio-psiko-sosial dan spiritual.
- f) Dianalisis dengan dukungan pengetahuan yang relevan.

4. Dokumentasi Hasil pengkajian

- a) Gunakan format yang terorganisasi untuk mencatat pengkajian, seperti riwayat kesehatan awal pada saat masuk rumah sakit, pengkajian pola persepsi kesehatan, riwayat medis, dan lain-lain.
- b) Gunakan format yang telah ada.
- c) Format yang mencakup pengkajian perkembangan, pemeriksaan dari kepala ke seluruh tubuh dapat memperluas informasi.
- d) Catat informasi tanpa bias dan nilai-nilai opini pribadi.
- e) Masukkan pernyataan yang mendukung pasien.

- f) Jabarkan observasi dan hasil yang jelas.
- g) Ikuti kebijakan dan prosedur yang telah ada untuk pencatatan pengkajian
- h) Tulis data secara ringkas
- i) Setiap data yang dikumpulkan adalah data baru dan mendapatkan validasi
- j) Dilakukan secara sistematis dan terus-menerus
- k) Data harus dicatat, dapat dibaca dan dimengerti oleh orang lain.
- l) Data dikelompokkan dalam bio-psiko-sosial dan spiritual, sesuaikan formatnya
- m) Data dianalisis dengan dukungan pengetahuan yang relevan dan sesuai.
- n) Menuliskan identitas waktu
- o) Menulis nama dan tanda tangan pelaksana pengkajian.

b. Diagnosa

Diagnosa keperawatan merupakan keputusan klinik tentang respon individu, keluarga dan masyarakat tentang masalah kesehatan actual dan potensial, dimana berdasarkan pendidikan dan pengalamannya, perawat secara akuntabilitas dapat mengidentifikasi dan memberikan intervensi secara pasti untuk menjaga, menurunkan, membatasi, mencegah dan merubah status kesehatan klien (Carpenito,2000).

Diagnosa secara sistematis dalam keperawatan dibagi dalam enam tahap kegiatan, yang meliputi :

1) Klasifikasi dan Analisa Data

Pengelompokan data adalah mengelompokan data-data klien atau keadaan tertentu dimana klien mengalami permasalahan kesehatan atau keperawatan berdasarkan kriteria permasalahannya. Pengelompokan data dapat disusun berdasarkan pola respon manusia (taksonomi NANDA) dan/atau pola fungsi kesehatan.

2) Interpretasi Kelebihan dan Masalah Klien

Masalah klien merupakan keadaan atau situasi dimana klien perlu bantuan untuk mempertahankan atau meningkatkan status kesehatannya, atau meninggal dengan damai, yang dapat dilakukan oleh perawat sesuai dengan kemampuan dan wewenang yang dimilikinya.

3) Validasi Data

Menghubungkan data dengan klasifikasi gejala dan tanda-tanda yang kemudian merujuk kepada kelengkapan dan ketepatan data. Pada tahap ini, perawat memvalidasi data yang ada secara akurat, yang dilakukan bersama klien/keluarga dan/atau masyarakat. Validasi tersebut dilaksanakan dengan mengajukan pertanyaan atau pernyataan yang reflektif kepada klien/keluarga tentang kejelasan interpretasi data.

4) Menyusun Diagnosa Keperawatan Sesuai Prioritas

Setelah perawat mengelompokkan, mengidentifikasi, dan memvalidasi data-data yang signifikan, maka tugas perawat pada tahap ini adalah merumuskan suatu diagnosis keperawatan. Diagnosa keperawatan dapat bersifat aktual, resiko, sindrom, kemungkinan dan wellness. Menyusun diagnosis keperawatan hendaknya diurutkan menurut kebutuhan yang berlandaskan Hirarki Maslow, yaitu : fisiologis, aman-nyaman, mencintai dan memiliki, harga diri dan aktualisasi diri.

5) Merumuskan Diagnosa Keperawatan

Rumusan diagnosa keperawatan mengandung tiga komponen utama yang telah ditemukan oleh Gordon (1967) untuk menuliskan diagnosa keperawatan. Komponen-komponen tersebut adalah *problem* (masalah), *etiology* (penyebab), *symptom* (tanda dan gejala).

6) Dokumentasi Diagnosa Keperawatan

- a) Gunakan format PES (*Problem, etiology, symptom*) untuk semua masalah aktual dan PE (*Problem, etiology*) untuk masalah resiko.
- b) Catat diagnosa keperawatan resiko dan resiko tinggi ke dalam masalah atau format diagnosa keperawatan.

- c) Gunakan istilah diagnosa keperawatan yang dibuat dari daftar Doengoes, atau lainnya.
- d) Mulai pernyataan diagnosa keperawatan dengan mengidentifikasi informasi tentang data untuk diagnosa keperawatan.
- e) Masukkan pernyataan diagnosa keperawatan ke dalam daftar masalah.
- f) Hubungkan setiap diagnosa keperawatan ketika menemukan masalah perawatan.
- g) Gunakan diagnosa keperawatan sebagai pedoman untuk pengkajian, perencanaan, intervensi, dan evaluasi.

c. Perencanaan

Perencanaan adalah suatu proses didalam pemecahan masalah yang merupakan keputusan awal tentang sesuatu apa yang akan dilakukan, bagaimana dilakukan, kapan dilakukan, semua yang melakukan dari semua tindakan keperawatan.

Merupakan tahap ketiga dari proses keperawatan dimana perawat menetapkan tujuan dan hasil yang diharapkan bagi pasien dan merencanakan intervensi keperawatan. Selama perencanaan, dibuat prioritas dengan kolaborasi klien dan keluarga, konsultasi tim kesehatan lain, telaah *literature*, modifikasi asuhan keperawatan dan catat informasi yang relevan tentang kebutuhan perawatan kesehatan klien dan penatalaksanaan klinik.

Perencanaan secara sistematis dalam keperawatan dibagi dalam empat tahap kegiatan, yang meliputi :

1) Menentukan Prioritas Masalah

Prioritas keperawatan adalah penyusunan diagnosa keperawatan/masalah klien dengan menggunakan tingkat kedaruratan/kepentingan untuk memperoleh tahapan intervensi keperawatan yang dibutuhkan (Potter & Perry, 2009)

Dalam menentukan prioritas dari diagnosa keperawatan digunakan standar prioritas kebutuhan dari Maslow. Selain itu dapat juga digunakan standar prioritas seperti ancaman kehidupan, ancaman kesehatan, dan prioritas yang actual didahulukan dibanding potensial.

2) Menuliskan Kriteria Evaluasi (Hasil)/*Outcomes*

Tujuan adalah suatu sasaran, maksud atau akhir (white, 2003). Sebuah tujuan adalah pernyataan luas yang menggambarkan perubahan yang diinginkan pada kondisi atau perilaku klien. Tujuan klien dan tujuan keperawatan adalah standar atau ukuran yang digunakan untuk mengevaluasi kemajuan klien atau keterampilan perawat. Tujuan klien seperti halnya semua komponen proses perencanaan asuhan bersifat dinamis. Oleh karena itu, tujuan pasien dapat berubah dengan cepat. Pernyataan tujuan pasien yang spesifik dan individual merupakan hal yang penting karena digunakan untuk

mengevaluasi respon pasien terhadap perawatan dan mengevaluasi keberhasilan rencana tindakan.

Kriteria evaluasi (hasil) mempunyai ciri-ciri sebagai berikut :

- a) Setiap kriteria hasil berhubungan dengan tujuan yang telah ditetapkan.
 - b) Hasil yang ditetapkan dalam kriteria hasil, memungkinkan untuk dicapai.
 - c) Setiap kriteria hasil adalah pernyataan satu hal yang spesifik.
 - d) Kriteria harus sekonkrit mungkin untuk memudahkan pengukuran.
 - e) Kriteria cukup besar atau dapat diukur. Hasilnya dapat dilihat dan didengar.
 - f) Kriteria menggunakan kata-kata positif bukan menggunakan kata negative.
- 3) Memilih Rencana / Intervensi Keperawatan

Tipe intervensi :

- a) Intervensi Perawat

Adalah respon perawat terhadap kebutuhan perawatan kesehatan dan diagnosa keperawatan klien. Kegiatan berhubungan dengan promosi kesehatan, mempertahankan atau menjaga kesehatan klien.

b) **Intervensi Dokter**

Adalah respon dokter terhadap diagnosa medis dan perawat menyelesaikan instruksi tertulis dokter. Intervensi tidak selalu berada dalam praktik legal keperawatan tetapi intervensi tersebut berada dalam praktik keperawatan, bagi perawat untuk menyelesaikan instruksi tersebut.

c) **Intervensi Kolaboratif**

Adalah terapi yang membutuhkan pengetahuan, keterampilan dan keahlian khusus dari berbagai professional keperawatan kesehatan.

4. **Dokumentasi Rencana Tindakan**

- a) Sebelum menulis, cek sumber informasi data.
- b) Buat rencana keperawatan yang mudah dimengerti.
Gunakan gambar atau grafik kalau perlu.
- c) Tulisan harus jelas, spesifik, dapat diukur, dan kriteria hasil sesuai dengan identifikasi masalah.
- d) Memulai instruksi perawatan harus menggunakan kata kerja seperti : catat, informasikan, dan lain-lain.
- e) Gunakan pena tinta dalam menulis untuk mencegah penghapusan tulisan atau tidak jelasnya tulisan.

5. **Implementasi**

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status

kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan.

Fokus utama dari komponen implementasi adalah pemberian asuhan keperawatan yang aman dan individual dengan pendekatan multifokal. Implementasi perencanaan berupa penyelesaian tindakan yang diperlukan untuk memenuhi kriteria hasil seperti yang digambarkan dalam rencana tindakan. Tindakan ini dapat dilaksanakan oleh perawat, klien, anggota keluarga, anggota tim kesehatan lain atau kombinasi dari yang disebutkan diatas.

Pedoman implementasi :

- 1) Tindakan yang dilakukan konsisten dengan rencana dan dilakukan setelah memvalidasi rencana,
- 2) Keterampilan interpersonal, intelektual dan teknis dilakukan dengan kompeten dan efisien di lingkungan yang sesuai.
- 3) Keamanan fisik dan psikologis klien dilindungi
- 4) Dokumentasi tindakan dan respon klien dicantumkan dalam catatan perawatan kesehatan dan rencana asuhan.

6. Evaluasi

Evaluasi didefinisikan sebagai keputusan dari efektifitas asuhan keperawatan antara dasar tujuan keperawatan klien yang telah ditetapkan dengan respon perilaku klien yang muncul (Craven dan Hirnle,2000).

Perawat menggunakan berbagai kemampuan dalam memutuskan efektif atau tidaknya pelayanan keperawatan yang diberikan. Untuk memutuskan hal tersebut dalam melakukan evaluasi seorang perawat harus mempunyai pengetahuan tentang standar pelayanan, respon klien yang normal, dan konsep model teori keperawatan.

Dalam melakukan proses evaluasi, ada beberapa kegiatan yang harus diikuti oleh perawat, antara lain :

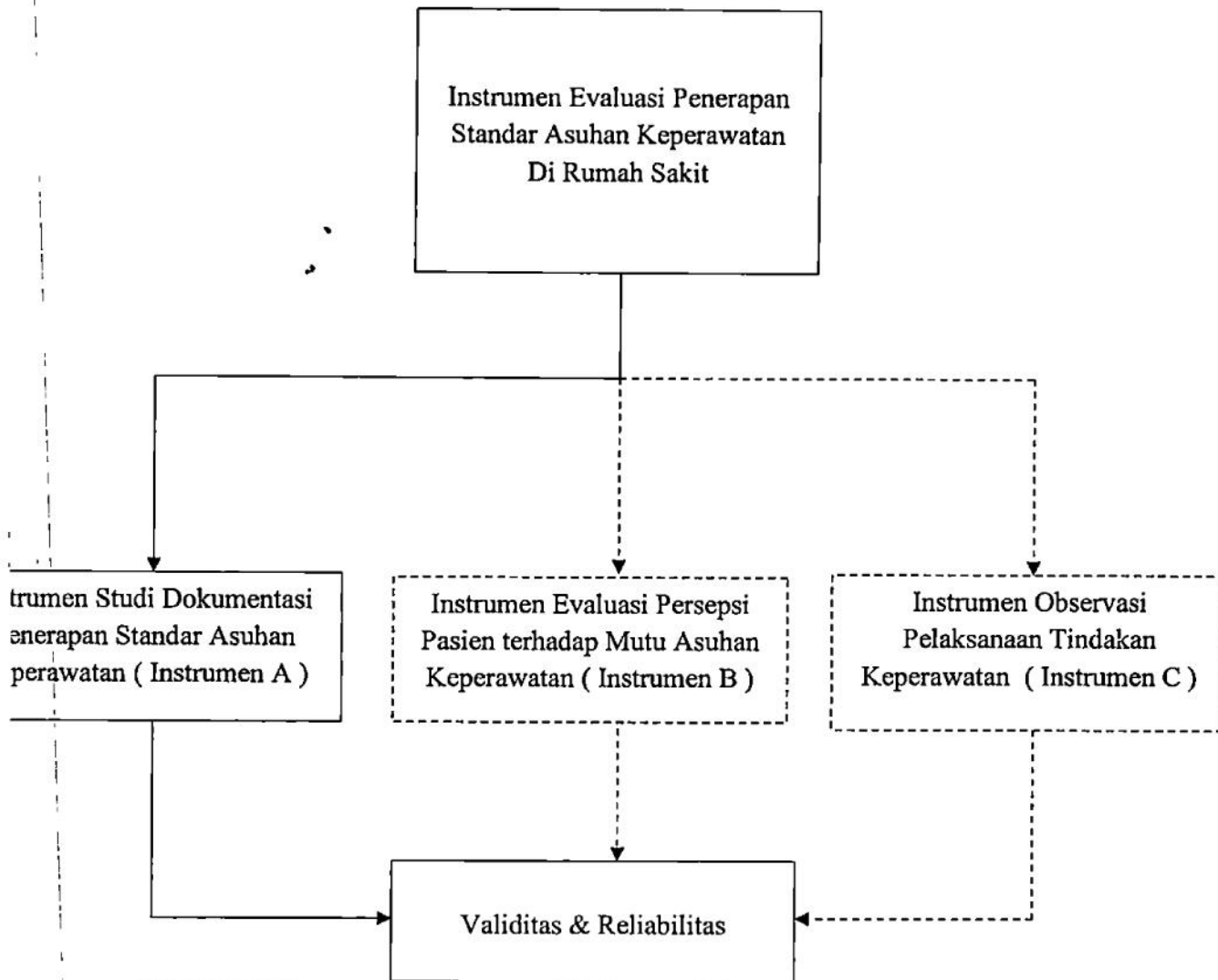
- 1) Mengkaji ulang tujuan dan kriteria hasil yang telah ditetapkan terhadap pasien.
- 2) Mengumpulkan data yang berhubungan dengan hasil yang diharapkan.
- 3) Mengukur pencapaian tujuan.
- 4) Mencatat keputusan atau hasil pengukuran pencapaian tujuan.
- 5) Melakukan revisi atau modifikasi terhadap rencana keperawatan bila perlu.

2. Instrumen Studi Dokumentasi Penerapan Standar Asuhan Keperawatan (instrumen A)

Instrumen ini adalah instrumen yang disusun oleh Departemen Kesehatan RI yang diberlakukan melalui SK dirjen Yanmed No. YM.00.03.2.6.7637 tahun 1993. Instrumen ini berfungsi sebagai alat ukur untuk mengetahui, memantau dan menyimpulkan apakah pelayanan / asuhan keperawatan yang diselenggarakan di Rumah Sakit

sudah mengikuti dan memenuhi persyaratan – persyaratan yang ditetapkan dalam standar tersebut (Depkes, 2001).

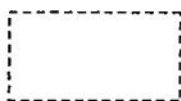
B. Kerangka Konsep



Keterangan :



Ruang Lingkup yang Diteliti



Tidak Diteliti