

MODUL
BAHAN AJAR CETAK
KEPERAWATAN

DOKUMENTASI KEPERAWATAN



DOKUMENTASI KEPERAWATAN

» Yustiana Olfah



Pusdik SDM Kesehatan

Badan Pengembangan dan Pemberdayaan
Sumber Daya Manusia Kesehatan

Jl. Hang Jebat III Blok F3, Kebayoran Baru Jakarta Selatan - 12120
Telp. 021 726 0401, **Fax.** 021 726 0485, **Email.** pusdiknakes@yahoo.com



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
PUSAT PENDIDIKAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN

DOKUMENTASI KEPERAWATAN

» Yustiana Olfah



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

PUSAT PENDIDIKAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN

Hak Cipta © dan Hak Penerbitan dilindungi Undang-undang

Cetakan pertama, Desember 2016

Penulis : *Yustiana Olfah, APP., M.Kes.*
Abdul Ghofur, S.Kp, M.Kes.

Pengembang Desain Instruksional : *Drs. Sumartono, M.Si.*

Desain oleh Tim P2M2 :

Kover & Ilustrasi : *Faisal Zamil*
Tata Letak : *Nono Suwarno*

Jumlah Halaman : 202

DAFTAR ISI

BAB I: KONSEP DASAR DAN ASPEK LEGAL ETIK DOKUMENTASI KEPERAWATAN	1
Topik 1.	
Pengertian, Tujuan dan Prinsip Dokumentasi Keperawatan	2
Latihan	5
Ringkasan	6
Tes 1	6
Topik 2.	
Berfikir Kritis, Trend dan Perubahan Yang Mempengaruhi Dokumentasi Keperawatan	8
Latihan	12
Ringkasan	12
Tes 2	13
Topik 3.	
Implikasi, Legal dan Etik pada Dokumentasi Keperawatan Serta Strategi Manajemen Risiko	23
Latihan	20
Ringkasan	20
Tes 3	21
Topik 4.	
Manfaat dan Pentingnya Dokumentasi Keperawatan	15
Latihan	30
Ringkasan	30
Tes 4	31
KUNCI JAWABAN TES FORMATIF	32
DAFTAR PUSTAKA	33
 BAB II: STANDAR DAN MODEL DOKUMENTASI	 34
Topik 1.	
Pengenalan Standar Dokumentasi, Karakteristik dan Komponen Standar	35
Latihan	40
Ringkasan	40
Tes 1	41
Topik 2.	
Standar Dokumentasi Keperawatan dan Standar Dokumentasi Asuhan Keperawatan	43

Latihan	53
Ringkasan	53
Tes 2	53
Topik 3.	
Model Dokumentasi Keperawatan	56
Latihan	65
Ringkasan.....	66
Tes 3.....	66
KUNCI JAWABAN TES FORMATIF	69
DAFTAR PUSTAKA.....	70
 BAB III: DOKUMENTASI ASUHAN KEPERAWATAN BERDASARKAN METODE PROSES KEPERAWATAN	 72
Topik 1.	
Dokumentasi pada Pengkajian	73
Latihan	76
Ringkasan	76
Tes 1	77
Topik 2.	
Dokumentasi Diagnosa Keperawatan	78
Latihan	82
Ringkasan	82
Tes 2	82
Topik 3.	
Dokumentasi Perencanaan Keperawatan.....	84
Latihan	87
Ringkasan	87
Tes 3	88
Topik 4.	
Dokumentasi Implementasi dan Evaluasi Keperawatan	89
Latihan	97
Ringkasan	97
Tes 4	98
KUNCI JAWABAN TES FORMATIF	101
DAFTAR PUSTAKA	102

BAB IV: DOKUMENTASI KEPERAWATAN PADA BERBAGAI TATANAN PELAYANAN KESEHATAN, POPULASI DAN KELOMPOK KHUSUS **105**

Topik 1.

Dokumentasi Keperawatan Pada Tataan Pelayanan Kesehatan	106
Latihan	112
Ringkasan	112
Tes 1	113

Topik 2.

Dokumentasi Keperawatan di Populasi Khusus	114
Latihan	122
Ringkasan	123
Tes 2	123

Topik 3.

Dokumentasi Keperawatan Pada Kelompok Khusus	125
Latihan	130
Ringkasan	131
Tes 3	131

KUNCI JAWABAN TES FORMATIF	133
---	------------

DAFTAR PUSTAKA	134
-----------------------------	------------

BAB V: DOKUMENTASI KEPERAWATAN PADA PELAYANAN KHUSUS DAN STRATEGI KHUSUS **135**

Topik 1.

Dokumentasi Keperawatan pada Pelayanan Khusus	136
Latihan	151
Ringkasan	151
Tes 1	152

Topik 2.

Dokumentasi Keperawatan Pada Strategi Khusus	153
Latihan	165
Ringkasan	166
Tes 2	166

KUNCI JAWABAN TES FORMATIF	168
---	------------

DAFTAR PUSTAKA	169
-----------------------------	------------

BAB VI: PERKEMBANGAN SISTEM DOKUMENTASI KEPERAWATAN: DOKUMENTASI BERBASIS KOMPUTER	170
Topik 1.	
Perkembangan Sistem Dokumentasi Keperawatan	171
Latihan	179
Ringkasan	179
Tes 1	180
Topik 2.	
Dokumentasi Keperawatan Berbasis Komputer	182
Latihan	189
Ringkasan	189
Tes 2	190
KUNCI JAWABAN TES FORMATIF	191
DAFTAR PUSTAKA	192

BAB I

KONSEP DASAR DAN ASPEK LEGAL ETIK DOKUMENTASI KEPERAWATAN

Yustiana Olfah, APP., M.Kes.

PENDAHULUAN

Menurut Häyrynen (2010), asuhan keperawatan merupakan hal sangat penting bagi seorang perawat. Kemampuan memberikan pelayanan yang baik serta kemudian dapat secara efektif mengkomunikasikan tentang perawatan pasien tergantung pada seberapa baik kualitas informasi yang diberikan serta dokumentasi yang disediakan untuk dimanfaatkan oleh semua profesional kesehatan dan antar bidang pelayanan kesehatan.

Sementara pengertian-pengertian lain dokumentasi asuhan keperawatan menurut beberapa ahli adalah sebagai berikut:

1. Suatu dokumen atau catatan yang berisi data tentang keadaan pasien yang dilihat tidak saja dari tingkat kesakitan akan tetapi juga dilihat dari jenis, kualitas dan kuantitas dari layanan yang telah diberikan perawat dalam memenuhi kebutuhan pasien (Ali, 2010).
2. Rangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat dimulai dari proses pengkajian, diagnosa keperawatan, rencana tindakan, tindakan keperawatan dan evaluasi yang dicatat baik berupa elektronik maupun manual serta dapat dipertanggungjawabkan oleh perawat.

Setelah mempelajari Bab I ini, secara umum Anda diharapkan mampu memahami konsep dasar dan aspek legal etik dokumentasi keperawatan sehingga Anda dapat melakukan dokumentasi keperawatan yang berkualitas di semua tatanan. Secara lebih rinci setelah mempelajari Bab I ini Anda diharapkan dapat:

1. Menyebutkan pengertian, tujuan dan prinsip dokumentasi keperawatan.
2. Menjelaskan berpikir kritis, trend dan perubahan yang mempengaruhi dokumentasi keperawatan.
3. Menjelaskan manfaat dan pentingnya dokumentasi keperawatan.
4. Menjelaskan implikasi legal dan etik pada dokumentasi keperawatan serta strategi manajemen risiko.

Pada setiap topik dilengkapi dengan tujuan pembelajaran yang harus dipahami terlebih dahulu setelah itu dilanjutkan dengan mempelajari materinya demikian juga pada setiap topik, Anda harus mengerjakan latihan mandiri dan test yang telah disiapkan.

Selamat Belajar !

Topik 1

Pengertian, Tujuan dan Prinsip Dokumentasi Keperawatan

A. TUJUAN PEMBELAJARAN UMUM

Setelah mempelajari Topik 1 ini, Anda diharapkan dapat menjelaskan konsep dasar dokumentasi keperawatan.

B. TUJUAN PEMBELAJARAN KHUSUS

Untuk mencapai tujuan pembelajaran umum di atas, tujuan khusus dalam Topik 1 yaitu diharapkan Anda dapat menjelaskan:

1. Pengertian dokumentasi keperawatan
2. Tujuan dokumentasi keperawatan
3. Prinsip dokumentasi keperawatan

C. URAIAN MATERI

Keperawatan adalah pelayanan profesional berdasarkan ilmu dan kiat keperawatan, berbentuk pelayanan bio, psiko, sosio, dan spiritual komprehensif yang ditujukan kepada individu, kelompok, dan masyarakat, baik sakit maupun sehat yang mencakup seluruh proses kehidupan manusia. Pelayanan keperawatan berupa bantuan, diberikan karena adanya kelemahan fisik dan mental, keterbatasan pengetahuan, dan kurangnya kemauan menuju kemampuan melaksanakan kegiatan sehari-hari.

Pelayanan profesional keperawatan memiliki metodologi yang menjamin tercapainya tujuan dengan optimal dan dapat dipertanggung-jawabkan secara moral dan hukum. Metodologi yang dimaksud adalah proses keperawatan.

Proses keperawatan adalah suatu metode pemecahan masalah klien yang sistematis dan dilaksanakan sesuai dengan kaidah keperawatan. Oleh karena itu, proses keperawatan merupakan inti praktik keperawatan dan sekaligus sebagai isi pokok dokumentasi keperawatan. Dengan demikian, pengelompokan dokumentasi mengikuti tahapan proses keperawatan yaitu dari pengkajian, diagnosis, perencanaan, tindakan, sampai pada akhirnya evaluasi keperawatan.

Dokumentasi asuhan keperawatan adalah suatu catatan yang memuat seluruh data yang dibutuhkan untuk menentukan diagnosis keperawatan, perencanaan keperawatan, tindakan keperawatan, dan penilaian keperawatan yang disusun secara sistematis, valid, dan dapat dipertanggungjawabkan secara moral dan hukum (Zaidin Ali, 2009). Untuk dapat lebih memahami dokumentasi keperawatan dengan benar maka pelajasilah uraian materi berikut ini:

1. Pengertian Dokumentasi Keperawatan

Dokumentasi didefinisikan sebagai segala sesuatu yang tertulis atau tercetak yang dapat diandalkan sebagai catatan tentang bukti bagi individu yang berwenang (Potter dan Perry, 2002).

Dokumentasi secara umum merupakan suatu catatan otentik atau semua warkat asli yang dapat dibuktikan atau dijadikan bukti dalam persoalan hukum, sedangkan dokumentasi keperawatan merupakan bukti pencatatan dan pelaporan yang dimiliki perawat dalam melakukan catatan perawatan yang berguna untuk kepentingan klien, perawat, dan tim kesehatan dalam memberikan pelayanan kesehatan dengan dasar komunikasi yang akurat dan lengkap secara tertulis dengan tanggung jawab perawat (Hidayat, 2002).

Dokumentasi merupakan bagian integral proses keperawatan, bukan sesuatu yang berbeda dari metode *problem solving*. Dokumentasi proses keperawatan mencakup pengkajian, identifikasi masalah, perencanaan, tindakan, dan evaluasi terhadap klien (Nursalam, 2009).



Gambar 1.1

Perawat sedang mendokumentasikan hasil pengkajian.

Pengertian lain dokumentasi asuhan keperawatan adalah sebagai berikut:

- a. Suatu dokumen atau catatan yang berisi data tentang keadaan pasien yang dilihat tidak saja dari tingkat kesakitan, akan tetapi juga dilihat dari jenis, kualitas dan kuantitas dari layanan yang telah diberikan perawat dalam memenuhi kebutuhan pasien (Ali, 2010).
- b. Rangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat dimulai dari proses pengkajian, diagnosa keperawatan, rencana tindakan, tindakan keperawatan dan evaluasi yang dicatat baik berupa elektronik maupun manual serta dapat dipertanggungjawabkan oleh perawat.

2. Tujuan Dokumentasi Keperawatan

Dokumentasi keperawatan mempunyai tujuan yang sangat penting dalam bidang keperawatan. Berikut ini, Anda dapat mempelajari beberapa pendapat mengenai tujuan dokumentasi keperawatan.

Menurut Nursalam (2001), tujuan utama dari dokumentasi keperawatan adalah:

- a. Mengkonfirmasi data pada semua anggota tim kesehatan.
- b. Memberikan bukti untuk tujuan evaluasi asuhan keperawatan.
- c. Sebagai tanggung jawab dan tanggung gugat.
- d. Sebagai metode pengembangan ilmu keperawatan.

Menurut Serri (2010), tujuan dokumentasi keperawatan adalah:

- a. Sebagai bukti kualitas asuhan keperawatan.
- b. Bukti legal dokumentasi sebagai pertanggungjawaban perawat kepada klien.
- c. Menjadi sumber informasi terhadap perlindungan individu.
- d. Sebagai bukti aplikasi standar praktik keperawatan.
- e. Sebagai sumber informasi statistik untuk standar dan riset keperawatan.
- f. Dapat mengurangi biaya informasi terhadap pelayanan kesehatan.
- g. Sumber informasi untuk data yang harus dimasukkan dalam dokumen keperawatan yang lain sesuai dengan data yang dibutuhkan.
- h. Komunikasi konsep risiko asuhan keperawatan.
- i. Informasi untuk peserta didik keperawatan.
- j. Menjaga kerahasiaan informasi klien.
- k. Sebagai sumber data perencanaan pelayanan kesehatan di masa yang akan datang.

Menurut Isti (2009), tujuan utama dokumentasi keperawatan adalah:

- a. Sebagai sarana komunikasi.
- b. Sebagai tanggungjawab dan tanggung gugat.
- c. Sebagai informasi statistik.
- d. Sebagai sarana pendidikan.
- e. Sebagai sumber data penelitian.
- f. Sebagai jaminan kualitas pelayanan kesehatan.
- g. Sebagai sumber data perencanaan asuhan keperawatan berkelanjutan.

Berdasarkan uraian tujuan dokumentasi keperawatan tersebut, coba Anda analisa dan diskusikan dengan teman sejawat selama ini apakah tujuan Anda saat menuliskan dokumentasi keperawatan?

3. Prinsip-prinsip Dokumentasi Keperawatan

Dalam membuat dokumentasi harus memperhatikan aspek-aspek keakuratan data, *breafity* (ringkas), dan *legality* (mudah dibaca). Adapun prinsip-prinsip dalam melakukan dokumentasi yaitu:

- a. Dokumen merupakan suatu bagian integral dari pemberian asuhan keperawatan.
- b. Praktik dokumentasi bersifat konsisten.
- c. Tersedianya format dalam praktik dokumentasi.
- d. Dokumentasi hanya dibuat oleh orang yang melakukan tindakan atau mengobservasi langsung klien.

- e. Dokumentasi harus dibuat sesegera mungkin.
- f. Catatan harus dibuat secara kronologis.
- g. Penulisan singkatan harus menggunakan istilah yang sudah berlaku umum dan seragam.
- h. Tuliskan tanggal, jam, tanda tangan, dan inisial penulis.
- i. Catatan harus akurat, benar, komplit, jelas, ringkas, dapat dibaca, dan ditulis dengan tinta.
- j. Dokumentasi adalah rahasia dan harus disimpan dengan benar?

Selanjutnya Potter dan Perry (1994) memberikan panduan sebagai petunjuk cara mendokumentasikan yang benar, sebagai berikut:

- a. Jangan menghapus dengan menggunakan cairan penghapus atau mencoret-coret tulisan yang salah ketika mencatat, karena akan tampak perawat seakan akan menyembunyikan informasi atau merusak catatan. Adapun cara yang benar adalah dengan membuat garis lurus pada tulisan yang salah (usahakan tulisan yang salah masih bisa dibaca), lalu diparaf pada bagian terakhir kalimat yang salah kemudian diikuti dengan tulisan kata yang benar.
- b. Jangan menulis komentar yang bersifat mengkritik pasien atau tenaga kesehatan lainnya, karena pernyataan tersebut dapat dinilai sebagai perilaku tidak profesional atau asuhan keperawatan yang tidak bermutu.
- c. Koreksi semua kesalahan sesegera mungkin.
- d. Bila kesalahan tidak segera diperbaiki maka dapat menyebabkan kesalahan tindakan pula.
- e. Catatan harus akurat, valid dan reliabel. Pastikan yang ditulis adalah fakta, jangan berspekulasi atau menuliskan pikiran sendiri.
- f. Jangan biarkan bagian kosong pada catatan perawat, karena orang lain dapat menambah informasi yang tidak benar pada bagian yang kosong tersebut.
- g. Semua catatan harus dapat dibaca dan ditulis dengan tinta.
- h. Menulis hanya untuk diri sendiri karena perawat bertanggungjawab atas informasi yang telah ditulisnya. Jangan menulis untuk orang lain.
- i. Hindari penggunaan istilah yang bersifat tidak umum.
- j. Memulai dokumentasi dengan waktu dan akhiri dengan tanda tangan dan nama jelas.

Latihan

Untuk memperdalam pemahaman Anda mengenai materi praktikum di atas, kerjakanlah latihan berikut!

Anda telah selesai mempelajari Topik 1. Agar Anda dapat lebih memahami tentang materi ini, coba Anda analisa 5 dokumentasi asuhan keperawatan di tempat Anda bekerja apakah telah menerapkan prinsip dokumentasi keperawatan.

Petunjuk Jawaban Latihan

- 1) Anda dianjurkan membaca kembali penjelasan yang ada pada bagian Topik 1 di atas.
- 2) Ambil dan pelajari 5 dokumentasi keperawatan di tempat anda bekerja baik di puskesmas maupun di rumah sakit.
- 3) Untuk menganalisa 5 dokumentasi asuhan keperawatan di tempat Anda, coba diskusikan dengan teman-teman sekantor atau teman mahasiswa lainnya.
- 4) Fokuskan analisa pada penerapan prinsip dokumentasi keperawatan.

Selanjutnya untuk mengukur keberhasilan belajar Anda, cobalah mengerjakan test formatif di bawah ini. Anda diminta untuk tidak melihat bagian umpan balik sebelum Anda mengerjakannya sampai selesai agar Anda dapat mengukur secara objektif keberhasilan belajar Anda.

Ringkasan

Uraian materi di atas, dapat memberikan gambaran tentang pengertian, tujuan dan prinsip dokumentasi keperawatan. Secara lebih tegas inti dari materi bahasan di atas adalah:

1. Dokumentasi didefinisikan sebagai segala sesuatu yang tertulis atau tercetak yang dapat diandalkan sebagai catatan tentang bukti bagi individu yang berwenang.
2. Tujuan dokumentasi keperawatan adalah mengidentifikasi status kesehatan, dokumentasi untuk penelitian, keuangan, hukum dan etika.
3. Prinsip dokumentasi adalah dokumentasi bagian integral dari pemberian asuhan, konsisten, berdasarkan format, dilakukan oleh yang melakukan tindakan, segera, dibuat secara kronologis, singkatan baku, waktu pelaksanaan jelas, inisial dan paraf serta catatan akurat dan bersifat rahasia.

Tes 1

Pilihlah A. jika jawaban 1, 2 benar

B. jika 1, 3 benar

C. jika 2, 3 benar

D. jika 1, 2, 3 benar!

- 1) Dokumentasi keperawatan merupakan bukti pencatatan dan pelaporan yang dimiliki perawat dalam melakukan catatan perawatan yang berguna untuk kepentingan
 - (1) klien
 - (2) pengadilan
 - (3) tim kesehatan

✂ ■ Keperawatan Anak ✂ ■

- 2) Dokumentasi proses keperawatan mencakup
 - (1) pengkajian
 - (2) identifikasi masalah,
 - (3) perencanaan
- 3) Termasuk prinsip dokumentasi keperawatan
 - (1) konsisten
 - (2) segera
 - (3) kronologis
- 4) Dokumentasi dapat meningkatkan koordinasi dan kesinambungan pelayanan serta dapat saling melengkapi pelayanan, hal tersebut sesuai dengan tujuan dokumentasi pada aspek
 - (1) komunikasi
 - (2) pendidikan
 - (3) penelitian
- 5) Cara yang benar untuk koreksi kesalahan dalam dokumentasi adalah
 - (1) gunakan cairan penghapus
 - (2) coret dengan garis lurus
 - (3) gunakan karet penghapus

Topik 2

Berpikir Kritis, Trend dan Perubahan Yang Mempengaruhi Dokumentasi Keperawatan

Kebanyakan perawat belajar berpikir kritis melalui aplikasi dengan pengalaman. Salah satu guru terbaik adalah pengalaman. Tapi juga penting untuk mengetahui tentang konsep berpikir kritis agar proses dapat diterapkan dengan benar.

Dokumentasi merupakan bagian penting dari proses berpikir kritis untuk perawat. Setiap institusi pelayanan kesehatan menekankan pelaksanaan dokumentasi. Dikatakan bahwa, "jika tidak didokumentasikan, berarti tidak dilakukan". Proses keperawatan adalah suatu proses ilmiah. Dalam penelitian ilmiah, semua hal didokumentasikan. Dalam dokumentasi ini, penelitian bisa melihat ke belakang untuk melihat apakah hasilnya karena intervensi dan apakah intervensi atau tidak berhasil atau harus diubah. Proses dokumentasi membantu perawat mencapai tujuan yang sama.

Dalam kerangka pemikiran kritis dan prosedur dokumentasi yang baik suatu prosedur tindakan dapat dilanjutkan atau dihilangkan, tergantung pada efektivitasnya. Dengan kata lain, apakah prosedur benar-benar meningkatkan, membantu atau membahayakan kesehatan klien. Ini hanyalah salah satu contoh bagaimana proses berpikir kritis digunakan dalam profesi keperawatan. Pendekatan ilmiah menggunakan pemikiran kritis membantu perawat mengembangkan praktik berbasis bukti.

Berpikir kritis sangat penting untuk melakukan praktik keperawatan yang terampil, kompeten dan aman. Banyaknya pengetahuan yang harus digunakan perawat dan pertumbuhan pesat pengetahuan ini menghambat perawat menjadi praktisi yang efektif apabila mereka berupaya menjalankan fungsinya hanya dengan menggunakan informasi yang diperoleh di sekolah atau yang dijelaskan di buku. Keputusan yang harus diambil perawat mengenai perawatan klien dengan menggunakan sumber yang terbatas memaksa perawat berpikir dan bertindak di area tertentu tanpa kepastian, tanpa jawaban yang jelas dan kesulitan dalam melaksanakan prosedur yang tetap serta memiliki banyak kepentingan yang saling berbenturan dan mempersulit proses pembuatan keputusan. Oleh karena itu perawat perlu menerima sikap yang meningkatkan berpikir kritis dan menguasai keterampilan berpikir kritis dalam upaya memproses dan mengevaluasi informasi baru dan informasi yang dipelajari sebelumnya.

Untuk lebih memahami tentang berpikir kritis secara lebih jelas ikutilah uraian berikut ini. Definisi "berpikir kritis": terdapat berbagai definisi tentang berpikir kritis silahkan Anda simak uraian di bawah ini:

1. Berpikir kritis adalah kemampuan untuk menganalisis fakta, mencetuskan dan menata gagasan, mempertahankan pendapat, membuat perbandingan, menarik kesimpulan, mengevaluasi argumen dan memecahkan masalah (Chance, 1986).

2. Sebuah proses yang sadar dan sengaja yang digunakan untuk menafsirkan dan mengevaluasi informasi dan pengalaman dengan sejumlah sikap reflektif dan kemampuan yang memandu keyakinan dan tindakan (Mertes, 1991).
3. Proses intelektual yang dengan aktif dan terampil mengkonseptualisasi, menerapkan, menganalisis, mensintesis, dan mengevaluasi informasi yang dikumpulkan atau dihasilkan dari pengamatan, pengalaman, refleksi, penalaran, atau komunikasi, untuk memandu keyakinan dan tindakan (Scriven & Paul, 1992).
4. John Dewey (1909) adalah “bapak berfikir kritis modern”.
Disebut juga sebagai *reflective thinking* yaitu pertimbangan yang aktif, konsisten, dan hati-hati terhadap suatu pengetahuan atau nilai, berdasar alasan yang mendasarinya dan kesimpulan.

Sedangkan menurut *American Philosophical Association* (AMA, 1990): “Berpikir kritis merupakan proses yang penuh makna untuk mengarahkan dirinya sendiri dalam membuat suatu keputusan. Proses tersebut memberikan berbagai alasan sebagai pertimbangan dalam menentukan bukti, konteks, konseptualisasi, metode dan kriteria yang sesuai.”

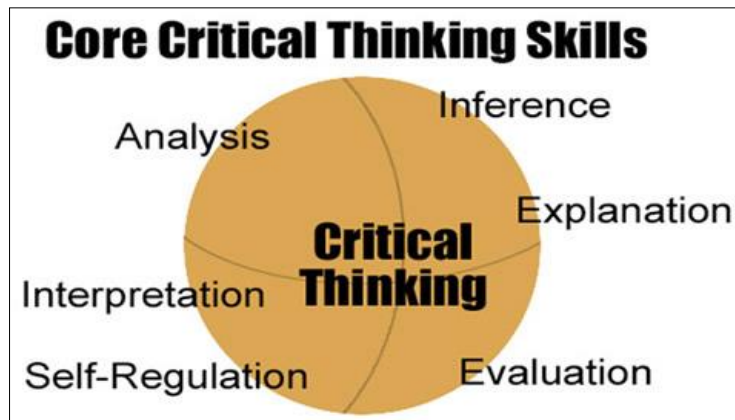
Berdasarkan berbagai definisi tersebut di atas maka:

1. Berpikir kritis tidak sama dengan mengakumulasi informasi. Seseorang dengan daya ingat baik dan memiliki banyak fakta tidak berarti bahwa seseorang tersebut merupakan pemikir kritis.
2. Seorang pemikir kritis mampu menyimpulkan dari apa yang diketahuinya, dan mengetahui cara memanfaatkan informasi untuk memecahkan masalah, dan mencari sumber-sumber informasi yang relevan untuk dirinya.
3. Berpikir kritis tidak sama dengan sikap argumentatif atau mengecam orang lain.
4. Berpikir kritis bersifat netral, objektif, tidak bias. Meskipun berpikir kritis dapat digunakan untuk menunjukkan kekeliruan atau alasan-alasan yang buruk, berpikir kritis dapat memainkan peran penting dalam kerja sama menemukan alasan yang benar maupun melakukan tugas konstruktif.
5. Pemikir kritis mampu melakukan introspeksi tentang kemungkinan bias dalam alasan yang dikemukakannya.

Setelah Anda mempelajari berbagai definisi tentang berpikir kritis sekarang kita akan melanjutkannya dengan keterampilan berpikir kritis.

1. Keterampilan Berpikir Kritis

Perhatikan Gambar 1.2 berikut ini dengan baik!



Gambar 1.2

Keterampilan inti berpikir kritis.

Penjelasan Gambar 1.2:

- Interpretasi:** kategorisasi, mengklarifikasi makna.
- Analisis:** memeriksa gagasan, mengidentifikasi argumen, menganalisis argumen.
- Evaluasi:** menilai klaim (pernyataan), menilai argumen.
- Inferensi:** mempertanyakan klaim, memikirkan alternatif (misalnya, differential diagnosis), menarik kesimpulan, memecahkan masalah, mengambil keputusan.
- Penjelasan:** menyatakan masalah, menyatakan hasil, mengemukakan kebenaran prosedur, mengemukakan argumen.
- Regulasi diri:** meneliti diri, mengoreksi diri.

Berdasarkan Gambar 1.2, dapat Anda lihat bahwa pada saat perawat berpikir kritis terdapat berbagai keterampilan yang dimilikinya diterapkan selama proses berlangsung.

Di bawah ini akan diuraikan tentang keterampilan berpikir kritis:

- Memahami hubungan-hubungan logis antar gagasan.
- Mengidentifikasi, mengkontruksi, dan mengevaluasi argumen.
- Mendeteksi inkonsistensi dan kesalahan umum dalam pemberian alasan.
- Memecahkan masalah secara sistematis.
- Mengidentifikasi relevansi dan kepentingan gagasan.
- Merefleksikan kebenaran keyakinan dan nilai-nilai diri sendiri.

Mengapa kita harus berpikir kritis? Berpikir kritis memungkinkan Anda memanfaatkan potensi Anda dalam melihat masalah, memecahkan masalah, menciptakan, dan menyadari diri.

2. Standar dan Unsur Berpikir Kritis

Bagaimana seseorang mengetahui apakah pemikirannya kritis? Paul (1995), menyatakan bahwa para pemikir dapat menggunakan standar universal pada Tabel 1.1 di bawah ini. Standar diterapkan dengan mengajukan pertanyaan untuk menguji penalaran seseorang terhadap masalah tersebut. Standar tersebut berlaku untuk unsur pemikiran yang terdiri dari: (a) informasi (data, fakta, pengamatan, pengalaman), (b) pertanyaan isu dan masalah, (c) maksud, pemikiran, tujuan dan sasaran, (d) sudut pandang, kerangka acuan, perspektif, orientasi (e) implikasi dan konsekuensi (f) asumsi perkiraan-pertimbangan, (g) konsep teori, definisi, hukum, prinsip, model dan (h) interpretasi, inferensi kesimpulan dan solusi di mana unsur ini merupakan suatu siklus.

Tabel 1.1
Standar Intelektual Universal

No.	Standar	Contoh Pertanyaan
1.	Kejelasan	Apa contohnya ?
2.	Akurasi	Bagaimana cara saya mengetahui kebenarannya ?
3.	Relevansi	Bagaimana hal itu dapat membantu saya menghadapi masalah tersebut?
4.	Kelogisan	Apakah hal tersebut sesuai dengan bukti?
5.	Keluasan	Apakah saya perlu mempertimbangkan sudut pandang lain?
6.	Presisi	Dapatkah saya lebih spesifik?
7.	Signifikansi	Mana dari bukti berikut yang lebih penting?
8.	Kelengkapan	Apakah saya melewatkan aspek yang penting?
9.	Keadilan	Apakah saya mempertimbangkan pemikiran orang lain?
10.	Kedalaman	Apa yang membuat ini menjadi masalah yang sulit?

Nah, itulah beberapa hal yang harus Anda pelajari tentang berpikir kritis. Sekarang tanyalah pada diri Anda sendiri sudahkah saya berpikir kritis? Dalam hal apa?

3. Trend dan Perubahan yang Berdampak terhadap Dokumentasi

Terdapat berbagai perubahan yang terjadi dari waktu ke waktu dalam perkembangan keperawatan. Berikut ini akan diuraikan berbagai perubahan yang terjadi dan berdampak terhadap dokumentasi.

Isti (2009):

a. Praktik keperawatan.

Perubahan yang terjadi pada sistem pelayanan kesehatan di Indonesia membawa perubahan terhadap praktik keperawatan profesional yang berdampak terhadap kegiatan pencatatan keperawatan.

- b. Lingkup keperawatan.
Lingkup praktik keperawatan yang berdampak terhadap dokumentasi antara lain: persyaratan akreditasi, peraturan pemerintah, perubahan sistem pendidikan keperawatan, meningkatnya masalah klien yang semakin kompleks serta meningkatnya praktik keperawatan mandiri dan kolaborasi yang membawa dampak semakin lengkap dan tajam sebagai manifestasi bukti dasar lingkup wewenang dan pertanggung-jawaban.
- c. Data statistik keperawatan.
- d. Intensitas pelayanan keperawatan dan kondisi penyakit.
- e. Ketrampilan keperawatan.
- f. Konsumen.
- g. Biaya.
- h. Kualitas asuransi dan audit keperawatan.
- i. Akreditasi kontrol.
- j. *Coding* dan klasifikasi.
Pada waktu dulu klasifikasi pasien didasarkan pada diagnosa medis, pelayanan klinik atau tipe pelayanan, saat ini dalam keperawatan pasien diklasifikasikan berdasarkan *Diagnosa Related Group (DRG)*.
- k. Prospektif sistem pembayaran.
- l. Risiko tindakan.
Manajemen risiko adalah pengukuran keselamatan pasien untuk melindungi perawat dari tindakan kelalaian. Manajemen resiko ditekankan pada keadaan klien yang mempunyai risiko terjadinya perlukaan atau kecacatan. Pencatatan yang paling penting meliputi catatan tentang kejadian, perintah verbal dan non verbal, *informed concent* dan catatan **penolakan** klien terhadap tindakan.

Latihan

Untuk memperdalam pemahaman Anda mengenai materi praktikum di atas, kerjakanlah latihan berikut!

Anda telah selesai mempelajari Topik 2. Agar Anda dapat lebih memahami tentang materi ini, kerjakanlah latihan mandiri di bawah ini:

Silahkan Anda analisa apakah ada perubahan dokumentasi keperawatan selama Anda bekerja di institusi pelayanan kesehatan? Apakah yang mendasari perubahan tersebut?

Ringkasan

Anda telah mempelajari uraian materi tersebut di atas, adapun rangkuman untuk Topik 2 adalah sebagai berikut:

1. Berpikir kritis disebut juga sebagai *reflective thinking* yaitu pertimbangan yang aktif, konsisten, dan hati-hati terhadap suatu pengetahuan atau nilai, berdasar alasan yang mendasarinya dan kesimpulan.
2. Keterampilan berpikir kritis: Memahami hubungan-hubungan logis antar gagasan, mengidentifikasi, mengkonstruksi, dan mengevaluasi argument, mendeteksi inkonsistensi dan kesalahan umum dalam pemberian alasan, memecahkan masalah secara sistematis, mengidentifikasi relevansi dan kepentingan gagasan, merefleksikan kebenaran keyakinan dan nilai-nilai diri sendiri.
3. Trend dan perubahan yang mempengaruhi dokumentasi keperawatan: Praktik keperawatan, lingkup keperawatan, data statistik keperawatan, intensitas pelayanan keperawatan dan kondisi penyakit, keterampilan keperawatan, konsumen, biaya, kualitas asuransi dan audit keperawatan, akreditasi kontrol, *coding* dan klasifikasi, prospektif sistem pembayaran, risiko tindakan.

Tes 2

Pilihlah A. jika jawaban 1, 2 benar

B. jika 1, 3 benar;

C. jika 2, 3 benar

D. jika 1, 2, 3 benar!

- 1) Berpikir kritis adalah kemampuan untuk
 - (1) menganalisis fakta
 - (2) mencetuskan gagasan
 - (3) menarik kesimpulan
- 2) Termasuk keterampilan berpikir kritis pada aspek regulasi diri
 - (1) meneliti diri
 - (2) menilai argumen
 - (3) mengoreksi diri
- 3) Termasuk keterampilan berpikir kritis pada aspek inferensi
 - (1) memikirkan alternatif
 - (2) menarik kesimpulan
 - (3) mengambil keputusan
- 4) *Trend* yang berdampak terhadap perubahan dokumentasi
 - (1) konsumen
 - (2) biaya
 - (3) akreditasi

- 5) Berpikir kritis sama dengan
- 1) argumentatif
 - 2) reflective thinking
 - 3) daya ingat baik

Topik 3

Manfaat dan Pentingnya Dokumentasi Keperawatan

Domunikasi yang efektif diantara para profesional kesehatan sangat penting untuk kualitas perawatan klien. Personel kesehatan biasanya berkomunikasi melalui diskusi, laporan dan catatan. Diskusi adalah pertimbangan lisan informal tentang sesuatu subjek oleh dua atau lebih personel perawatan kesehatan untuk mengidentifikasi suatu masalah atau menetapkan strategi untuk menyelesaikan masalah. Laporan adalah komunikasi lisan, tulisan atau berbasis komputer yang ditujukan untuk menyampaikan informasi kepada orang lain. Catatan adalah komunikasi tertulis atau berbasis komputer. Catatan klinis yang juga disebut catatan klien adalah dokumen resmi dan sah. Catatan bukti perawatan klien inilah yang disebut dokumentasi.

Dokumentasi asuhan keperawatan adalah suatu catatan yang memuat seluruh data yang dibutuhkan untuk melakukan pengkajian menentukan diagnosis keperawatan, perencanaan keperawatan, tindakan keperawatan, dan penilaian keperawatan yang disusun secara sistematis, valid, dan dapat dipertanggungjawabkan secara moral dan hukum (Zaidin Ali, 2009).

Dokumentasi keperawatan bukan hanya sebagai persyaratan untuk akreditasi, tetapi juga merupakan catatan permanen tentang apa yang terjadi pada klien. Dokumentasi ini juga merupakan persyaratan legal dalam setiap lingkungan pelayanan kesehatan, dimana dengan banyaknya gugatan dan sorotan malpraktik agresif dalam masyarakat, semua aspek rekam medis penting untuk pencatatan legal. Untuk lebih dapat memahami manfaat dan pentingnya penyimpanan dokumentasi keperawatan, pelajaryliah dengan cermat uraian materi berikut ini.

A. MANFAAT DOKUMENTASI

Dokumentasi keperawatan mempunyai makna penting bisa dilihat dari berbagai aspek (Nursalam, 2009), antara lain:

1. Hukum

Semua catatan informasi tentang klien merupakan dokumentasi resmi dan bernilai hukum. Bila terjadi suatu masalah (*misconduct*) 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), diberi tanggal, dan perlu dihindari adanya penulisan yang dapat menimbulkan interpretasi yang salah.

2. Kualitas Pelayanan

Pendokumentasian data klien yang lengkap dan akurat akan memberi kemudahan bagi perawat dalam membantu menyelesaikan masalah klien. 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 ekonomi, semua asuhan keperawatan yang belum, sedang, dan telah diberikan dan didokumentasikan dengan lengkap dapat dipergunakan sebagai acuan atau pertimbangan dalam perhitungan biaya keperawatan bagi klien.

5. Pendidikan

Dokumentasi mempunyai nilai pendidikan, karena dokumentasi menyangkut kronologis 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 dijadikan 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 tingkat lanjut. Hal ini selain bermanfaat bagi peningkatan mutu kualitas pelayanan juga bagi individu perawat dalam mencapai tingkat kepangkatan yang lebih tinggi.

Menurut Isti (2009), manfaat dan pentingnya dokumentasi keperawatan:

a. Hukum.

Dokumentasi dapat digunakan sebagai barang bukti di pengadilan. Oleh karena itu data-data harus diidentifikasi secara lengkap, jelas, obyektif dan ditanda tangani oleh perawat pelaksana, diberi tanggal dan perlu dihindari adanya penulisan yang dapat menimbulkan interpretasi yang salah.

- b. Jaminan mutu.
Dengan pencatatan yang lengkap dan akurat akan membantu meningkatkan mutu pelayanan keperawatan
- c. Komunikasi.
Dokumentasi keperawatan merupakan perekam terhadap masalah yang berkaitan dengan klien yang bisa dijadikan pedoman dalam memberikan asuhan keperawatan bagi semua profesional kesehatan.
- d. Keuangan.
Dokumentasi dapat menjadi sumber pertimbangan biaya perawatan.
- e. Pendidikan.
Data yang ada dalam dokumentasi dapat menjadi sumber belajar
- f. Penelitian.
Data dalam dokumentasi dapat menjadi bahan penelitian
- g. Akreditasi.
Melalui dokumentasi keperawatan akan dapat dilihat sejauh mana peran dan fungsi perawat dalam memberikan asuhan keperawatan klien. Hal ini akan bermanfaat bagi peningkatan mutu pelayanan dan bahan pertimbangan dalam kenaikan jenjang karir/kenaikan pangkat.

Sedangkan menurut Serri (2010), manfaat dokumentasi keperawatan adalah:

- a. Bernilai hukum yaitu dokumentasi keperawatan dapat dijadikan sebagai bukti dalam persoalan yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan yang diberikan kepada klien yang bersangkutan.
- b. Kualitas pelayanan yaitu memberi kemudahan dalam menyelesaikan masalah pelayanan kesehatan sehingga tercapai pelayanan kesehatan yang berkualitas.
- c. Sebagai alat komunikasi yaitu sebagai alat perekam terhadap masalah yang berkaitan dengan klien.
- d. Terhadap keuangan yaitu sebagai acuan atau pertimbangan dalam biaya perawatan terhadap klien.
- e. Terhadap pendidikan yaitu sebagai bahan atau referensi pembelajaran.
- f. Terhadap penelitian, sebagai bahan atau objek riset dalam pengembangan profesi keperawatan.
- g. Untuk akreditasi sebagai acuan untuk mengetahui sejauh mana peran dan fungsi perawat dalam memberikan asuhan keperawatan kepada klien.

B. KEGUNAAN DOKUMENTASI

Dokumentasi dapat menjadi bukti dari persoalan hukum sehingga dokumentasi ini mempunyai banyak kegunaan baik yang berkaitan dengan masalah klien sehingga bentuk pertanggungjawaban dan pertanggunggugatan perawat secara professional. Dokumentasi keperawatan mempunyai beberapa kegunaan bagi perawat dan klien (Hidayat, 2002), antara lain:

1. Sebagai alat komunikasi
Dokumentasi dalam memberikan asuhan keperawatan yang terkoordinasi dengan baik akan menghindari atau mencegah informasi yang berulang. Kesalahan juga akan berkurang sehingga dapat meningkatkan kualitas asuhan keperawatan. Di samping itu, komunikasi juga dapat dilakukan secara efektif dan efisien.
2. Sebagai mekanisme pertanggungjawaban.
Standar dokumentasi memuat aturan atau ketentuan tentang pelaksanaan pendokumentasian. Kualitas kebenaran standar pendokumentasian akan mudah dipertanggungjawabkan dan dapat digunakan sebagai perlindungan atas gugatan karena sudah memiliki standar hukum.
3. Metode pengumpulan data.
Dokumentasi dapat digunakan untuk melihat data-data pasien tentang kemajuan atau perkembangan dari pasien secara objektif dan mendeteksi kecenderungan yang mungkin terjadi. Dokumentasi dapat digunakan juga sebagai bahan penelitian, karena data-datanya otentik dan dapat dibuktikan kebenarannya. Selain itu, dokumentasi dapat digunakan sebagai data statistik.
4. Sarana pelayanan keperawatan secara individual.
Tujuan ini merupakan integrasi dan berbagai aspek klien tentang kebutuhan terhadap pelayanan keperawatan yang meliputi kebutuhan biologi, psikologi, sosial, dan spiritual sehingga individu dapat merasakan manfaat dari pelayanan keperawatan.
5. Sarana evaluasi.
Hasil akhir dari asuhan keperawatan yang telah didokumentasikan adalah evaluasi tentang hal-hal yang berkaitan dengan tindakan keperawatan dalam memberikan asuhan keperawatan.
6. Sarana meningkatkan kerjasama antar tim kesehatan.
Melalui dokumentasi, tenaga dokter, ahli gizi, fisioterapi, dan tenaga kesehatan akan saling berkerjasama dalam memberikan tindakan yang berhubungan dengan klien. Karena hanya lewat bukti-bukti otentik dari tindakan yang telah dilaksanakan, kegiatan tersebut berjalan secara profesional.
7. Sarana pendidikan lanjutan.
Bukti yang telah ada menuntut adanya sistem pendidikan yang lebih baik dan terarah sesuai dengan program yang diinginkan klien. Khusus bagi tenaga perawat, bukti tersebut dapat digunakan sebagai alat untuk meningkatkan pendidikan lanjutan tentang layanan keperawatan.
8. Digunakan sebagai audit pelayanan keperawatan.
Dokumentasi berguna untuk memantau kualitas layanan keperawatan yang telah diberikan sehubungan dengan kompetensi dalam melaksanakan asuhan keperawatan.

C. TUJUAN

Dalam Kozier (2011), tujuan dokumentasi adalah:

1. Komunikasi: catatan berfungsi sebagai sarana komunikasi bagi berbagai professional kesehatan yang berinteraksi dengan klien. Hal ini mencegah keterlambatan perawatan klien.
2. Merencanakan asuhan klien: setiap profesional menggunakan data dari catatan klien untuk merencanakan asuhan bagi klien tersebut.
3. Mengaudit institusi kesehatan: audit adalah tinjauan catatan klien untuk tujuan jaminan mutu. Untuk menentukan apakah institusi kesehatan tersebut memenuhi standar yang ditetapkan.
4. Penelitian: informasi yang tercantum dalam catatan dapat menjadi sumber data yang berharga untuk penelitian. Rencana terapi untuk sejumlah klien dengan masalah kesehatan yang sama dapat memberikan informasi yang bermanfaat dalam menangani klien lain.
5. Pendidikan: mahasiswa dalam disiplin kesehatan seringkali menggunakan catatan klien sebagai instrument pembelajaran. Catatan seringkali dapat memberikan pandangan komprehensif tentang klien, penyakit, strategi pengobatan yang efektif dan faktor yang mempengaruhi penyakit.
6. Penggantian pembayaran: dokumentasi juga membantu fasilitas menerima penggantian pembayaran dari pemerintah atau asuransi.
7. Dokumentasi sah: catatan klien adalah dokumentasi sah dan biasanya dapat diterima di pengadilan sebagai bukti.
8. Analisis layanan kesehatan: informasi dari catatan dapat membantu pembuat rencana perawatan kesehatan untuk mengidentifikasi kebutuhan institusi. Catatan dapat digunakan untuk menetapkan biaya berbagai layanan dan mengidentifikasi layanan yang menghabiskan dana institusi dan layanan yang menghasilkan pendapatan.

D. PENTINGNYA DOKUMENTASI KEPERAWATAN

Dalam Patricia (2005), responsibilitas dan akuntabilitas profesional merupakan salah satu alasan penting dibuatnya dokumentasi yang akurat. Dokumentasi adalah bagian dari keseluruhan tanggungjawab perawat untuk perawatan pasien. Catatan klinis memfasilitasi pemberian perawatan, meningkatkan kontinuitas perawatan, dan membantu mengkoordinasikan pengobatan dan evaluasi klien.

American Nurses Association menekankan peran dokumentasi dengan pernyataan sebagai berikut: "Perawat bertanggungjawab untuk mengumpulkan data dan mengkaji status kesehatan klien, menentukan rencana asuhan keperawatan yang ditujukan untuk mencapai tujuan perawatan, mengevaluasi efektivitas asuhan keperawatan dalam mencapai tujuan perawatan dan mengkaji ulang serta merevisi kembali rencana asuhan keperawatan".

Salah satu fungsi profesional perawat adalah mengevaluasi respon pasien terhadap asuhan keperawatan. Perawat profesional bertanggungjawab untuk menatalaksanakan masalah pasien yang bertambah kompleks dan mengkoordinasikan perawatan pasien ke berbagai tingkat tenaga kesehatan. Dokumentasi harus dengan jelas mengkomunikasikan penilaian dan evaluasi perawat terhadap status pasien. Kemampuan perawat untuk membuat perubahan dalam hasil yang didapat harus ditunjukkan dalam praktik dan dalam pencatatan.

Salah satu tugas dan tanggung jawab perawat adalah melakukan pendokumentasian mengenai intervensi yang telah dilakukan, akan tetapi akhir-akhir ini tanggung jawab perawat terhadap dokumentasi sudah berubah, akibatnya isi dan fokus dokumentasi telah di modifikasi.

Oleh karena perubahan tersebut maka perawat perlu menyusun suatu model dokumentasi baru yang lebih efisien dan lebih bermakna dalam pencatatan dan penyimpanan. Maka pendokumentasian itu sangat penting bagi perawat karena sebagai dasar hukum tindakan keperawatan yang sudah di lakukan jika suatu saat nanti ada tuntutan dari pasien.

Latihan

Setelah Anda selesai mempelajari Topik 3, maka kerjakanlah tugas mandiri di bawah ini!

Diskusikanlah dengan rekan kerja Anda selama Anda bekerja di institusi pelayanan kesehatan berdasarkan berbagai manfaat dan kegunaan dari dokumentasi keperawatan tersebut diatas bagian manakah yang pernah Anda rasakan secara langsung? Berikan contoh konkritnya.

Selanjutnya untuk mengukur keberhasilan belajar Anda cobalah mengerjakan test di bawah ini, janganlah melihat bagian umpan balik sebelum Anda mengerjakannya sampai selesai, agar Anda dapat objektif mengukur keberhasilan belajar Anda.

Ringkasan

Anda telah mempelajari uraian materi tersebut di atas, adapun rangkuman untuk Topik 3 adalah sebagai berikut:

1. Manfaat dokumentasi keperawatan: bernilai hukum, kualitas pelayanan, alat komunikasi, keuangan, pendidikan, penelitian dan akreditasi.
2. Kegunaan dokumentasi: komunikasi, pertanggunggugatan, metode pengumpulan data, sarana pelayanan keperawatan individual, sarana evaluasi, kerjasama antar tim kesehatan, sarana pendidikan lanjut dan audit pelayanan keperawatan.
3. Pentingnya dokumentasi: responsibilitas dan akuntabilitas profesional, dasar hukum tindakan keperawatan.

Tes 3

Selanjutnya untuk mengukur keberhasilan belajar Anda cobalah mengerjakan test di bawah ini !

Petunjuk: Pilihlah jawaban yang paling tepat ! Berilah tanda silang pada alternatif jawaban yang Anda anggap paling benar diantara 5 alternatif jawaban yang tersedia:

- 1) Untuk mengetahui sejauh mana masalah klien dapat teratasi dan seberapa jauh masalah dapat diidentifikasi dan dimonitor melalui dokumentasi yang akurat. Hal ini akan membantu
 - A. akreditasi
 - B. komunikasi
 - C. kualitas pelayanan
 - D. pendidikan
- 2) Dalam dokumentasi keperawatan data-data harus diidentifikasi secara lengkap, jelas, objektif, dan ditandatangani oleh tenaga kesehatan (perawat), tanggal, dan perlu dihindari adanya penulisan yang dapat menimbulkan interpretasi yang salah. Dengan demikian dokumentasi akan bernilai
 - A. hukum
 - B. akreditasi
 - C. pendidikan
 - D. komunikasi
- 3) Pada dokumentasi keperawatan terdapat adanya integrasi dan berbagai aspek klien tentang kebutuhan terhadap pelayanan keperawatan yang meliputi kebutuhan biologi, psikologi, sosial, dan spiritual. Hal ini menunjukkan kegunaan
 - A. penelitian
 - B. pendidikan
 - C. keuangan
 - D. sarana pelayanan individual
- 4) Dengan dokumentasi keperawatan dapat dilihat peran dan fungsi perawat dalam memberikan asuhan keperawatan, sehingga menjadi bahan pertimbangan dalam kenaikan jenjang karir. Hal ini menunjukkan manfaat dokumentasi untuk
 - A. akreditasi
 - B. penelitian
 - C. pendidikan
 - D. komunikasi

✍ ■ Dokumentasi Keperawatan ✍ ■

- 5) Alasan penting dibuatnya dokumentasi keperawatan yang akurat adalah menunjukan
- A. tanggungjawab
 - B. metode akurat
 - C. akreditasi
 - D. peraturan

Topik 4

Implikasi, Legal dan Etik pada Dokumentasi Keperawatan Serta Strategi Manajemen Risiko

Salah satu tugas dan tanggung jawab perawat adalah melakukan pendokumentasian. Dokumentasi adalah suatu catatan yang dapat dibuktikan atau dijadikan bukti dalam persoalan hukum. Sedangkan proses pendokumentasian adalah kegiatan mencatat atau merekam peristiwa baik dari objek maupun pemberi jasa yang dianggap penting atau berharga.

Tanpa adanya dokumentasi yang jelas dan benar, kegiatan keperawatan yang telah dilakukan oleh perawat tidak dapat dipertanggungjawabkan dalam upaya peningkatan mutu pelayanan keperawatan dan perbaikan status klien. Dokumentasi dapat dijadikan sarana komunikasi antara petugas kesehatan dalam rangka pemulihan kesehatan klien.

Perawat memerlukan standar dokumentasi sebagai petunjuk dan arah terhadap petunjuk terhadap teknik pencatatan yang sistematis dan mudah diterapkan, agar tercapai catatan keperawatan yang akurat dan informasi yang bermanfaat. Aspek legal yang sering disebut dasar hukum praktik keperawatan mengacu kepada hukum nasional yang berlaku pada suatu negara. Hukum adalah aturan tingkah laku yang ditetapkan dan diberlakukan oleh pemerintahan suatu masyarakat. Hukum bermaksud melindungi hak publik, misalnya undang-undang keperawatan bermaksud melindungi hak publik dan kemudian melindungi hak perawatan. Jadi hukum dapat dipandang sebagai standar perilaku yang melindungi hak publik dan memungkinkan orang banyak hidup bersama secara damai. Agar anda lebih bisa memahami tentang dokumentasi keperawatan terkait dengan implikasi dan legal etik pelajailah dengan baik uraian berikut ini!

A. IMPLIKASI HUKUM DAN ASPEK LEGAL DOKUMENTASI

Kode etik American Nurses Association (2001), menyatakan bahwa perawat bertugas menjaga kerahasiaan semua informasi pasien. Catatan klien juga dilindungi secara hukum sebagai catatan pribadi perawatan klien. Akses terhadap catatan tersebut terbatas pada profesional kesehatan yang terlibat dalam memberikan asuhan keperawatan kepada klien. Institusi atau lembaga adalah pemilik sah yang berhak atas catatan klien. Namun hal ini tidak mengabaikan hak klien terhadap catatan yang sama. Menurut Guido (2001), klien memiliki hak untuk mengakses semua informasi yang tercantum dalam catatannya dan memiliki salinan dari catatan asli rumah sakit. Rumah sakit dapat memungut biaya salinan atau dapat juga mensyaratkan prosedur tertentu seperti adanya perwakilan rumah sakit untuk menjawab pertanyaan. Klien yang kompeten dapat memberi hak akses catatan mereka kepada pihak asuransi atau penasehat hukum.

Bila terjadi suatu masalah yang berhubungan dengan profesi keperawatan, dimana perawat sebagai pemberi jasa dan klien sebagai pengguna jasa, maka dokumentasi sangat

diperlukan untuk dapat dipergunakan sebagai barang bukti di pengadilan. Maka pendokumentasian itu sangat penting bagi perawat karena sebagai dasar hukum tindakan keperawatan yang sudah dilakukan jika suatu saat nanti ada tuntutan dari pasien.

Dokumentasi asuhan dalam pelayanan keperawatan adalah bagian dari kegiatan yang harus dikerjakan oleh perawat setelah memberi asuhan kepada pasien. Dokumentasi merupakan suatu informasi lengkap meliputi status kesehatan pasien, kebutuhan pasien, kegiatan asuhan keperawatan serta respons pasien terhadap asuhan yang diterimanya. Dengan demikian dokumentasi keperawatan mempunyai porsi yang besar dari catatan klinis pasien yang menginformasikan faktor tertentu atau situasi yang terjadi selama asuhan dilaksanakan. Disamping itu catatan juga dapat sebagai wahana komunikasi dan koordinasi antar profesi (*interdisipliner*) yang dapat dipergunakan untuk mengungkap suatu fakta aktual untuk dipertanggung-jawabkan.

Dokumentasi asuhan keperawatan merupakan bagian integral dari asuhan keperawatan yang dilaksanakan sesuai standar. Dengan demikian pemahaman dan keterampilan dalam menerapkan standar dengan baik merupakan suatu hal yang mutlak bagi setiap tenaga keperawatan agar mampu membuat dokumentasi keperawatan secara baik dan benar.

Sebagai upaya untuk melindungi pasien terhadap kualitas pelayanan keperawatan yang diterima dan perlindungan terhadap keamanan perawat dalam melaksanakan tugasnya, maka perawat diharuskan mencatat segala tindakan yang dilakukan terhadap pasien. Hal ini penting berkaitan dengan langkah antisipasi terhadap ketidakpuasan pasien terhadap pelayanan yang diberikan dan kaitannya dengan aspek hukum yang dapat dijadikan *settle concern*, artinya dokumentasi dapat digunakan untuk menjawab ketidakpuasan terhadap pelayanan yang diterima secara hukum.

Dalam Undang-undang Kesehatan RI No. 36 tahun 2009 tentang Kesehatan pada Bab 1 Ketentuan Umum Pasal 1 tercantum: Tenaga kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan/atau keterampilan melalui pendidikan di bidang kesehatan yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan untuk melakukan upaya kesehatan.

Upaya kesehatan adalah setiap kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan yang dilakukan secara terpadu, terintegrasi dan berkesinambungan untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dalam bentuk pencegahan penyakit, peningkatan kesehatan, pengobatan penyakit, dan pemulihan kesehatan oleh pemerintah dan/atau masyarakat.

Tenaga kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan atau keterampilan melalui pendidikan di bidang kesehatan yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan untuk melakukan upaya kesehatan. Makna yang dapat diambil dan dipahami dari ketentuan umum yang tercantum dalam undang-undang tersebut di atas adalah bahwa dalam melakukan tugas dan kewenangannya seorang perawat harus dapat membuat keputusan model asuhan keperawatan yang akan dilakukan. Proses tersebut dilakukan berdasarkan ilmu pengetahuan keperawatan yang dimiliki oleh perawat, kemampuan tata kelola masalah yang dimiliki oleh perawat dan

kewenangan yang melekat pada profesi keperawatan. Rangkaian proses tatalaksana masalah keperawatan tersebut digambarkan dalam suatu lingkaran tidak terputus yang terdiri dari mengumpulkan data, memproses data, umpan balik, tentunya untuk dapat menunjang terlaksananya seluruh kegiatan di atas diperlukan upaya pencatatan dan pendokumentasian yang baik.

Berdasarkan uraian tersebut perawat adalah salah satu bagian dari tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan keperawatan berdasarkan pengetahuan dan keterampilan yang dimilikinya, berperan dalam pemeliharaan, penyembuhan dan pemulihan kesehatan. Dalam pelaksanaan tugas profesi keperawatan diperlukan berbagai data kesehatan klien sebagai dasar dari penentuan keputusan model asuhan keperawatan yang akan diberikan. Oleh karenanya sangat diperlukan suatu proses pendokumentasian yang berisikan data dasar keperawatan, hasil pemeriksaan atau *assesment* keperawatan, analisa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi tindak lanjut keperawatan.

Berdasarkan Permenkes No. 269/Menkes/Per III/2008, dalam Bab I Ketentuan Umum Pasal 1 dinyatakan bahwa rekam medik adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. Tenaga kesehatan tertentu adalah tenaga kesehatan yang ikut memberikan pelayanan kesehatan secara langsung kepada pasien selain dokter dan dokter gigi. Dokumen adalah catatan dokter, dokter gigi, dan/atau tenaga kesehatan tertentu, laporan hasil pemeriksaan penunjang catatan observasi dan pengobatan harian dan semua rekaman, baik berupa foto radiologi, gambar pencitraan (*imaging*), dan rekaman elektro diagnostik. Jelas sekali dinyatakan bahwa rekam medik berisikan berkas catatan baik catatan medik (dokter) maupun catatan tenaga kesehatan lain yang berarti termasuk perawat dan atau catatan petugas kesehatan lain yang berkolaborasi melakukan upaya pelayanan kesehatan dimaksud. Berdasarkan hal di atas serta melihat pada tanggung jawab atas tugas profesi dengan segala risiko tanggung gugatnya di hadapan hukum, maka dokumentasi keperawatan memang benar diakui eksistensinya dan keabsahannya serta mempunyai kedudukan yang setara dengan dokumen medik lain. Dengan demikian dapat dipahami bahwa undang-undang dan Permenkes yang berisikan tentang kewajiban tenaga kesehatan untuk mendokumentasikan hasil kerjanya didalam rekam kesehatan juga berlaku untuk profesi keperawatan.

Dokumentasi keperawatan dapat menjadi alat bukti hukum yang sangat penting, kebiasaan membuat dokumentasi yang baik tidak hanya mencerminkan kualitas mutu keperawatan tetapi juga membuktikan pertanggunggugatan setiap anggota tim keperawatan dalam memberikan asuhan keperawatan. Beberapa aturan pencatatan yang perlu diikuti agar dokumentasi keperawatan yang dibuat sesuai dengan standar hukum diantaranya:

1. Dokumentasi keperawatan yang dibuat memenuhi dan memahami dasar hukum terhadap kemungkinan tuntutan malpraktek keperawatan.
2. Catatan keperawatan memberikan informasi kondisi pasien secara tepat meliputi proses keperawatan yang diberikan, evaluasi berkala dan mencerminkan kewaspadaan terhadap perburukan keadaan klien.

3. Memiliki catatan singkat komunikasi perawat dengan dokter dan intervensi perawatan yang telah dilakukan.
4. Memperhatikan fakta-fakta secara tepat dan akurat mengenai penerapan proses keperawatan. Data tersebut mencakup anamnesis kesehatan, pengkajian data, diagnosis keperawatan, menentukan tujuan dan kriteria hasil, membuat rencana tindakan keperawatan, melaksanakan tindakan keperawatan, mengevaluasi hasil tindakan keperawatan, membubuhkan tanda tangan dan nama terang perawat yang melaksanakan, membuat catatan keperawatan, membuat resume keperawatan serta catatan pulang atau meninggal dunia.
5. Selalu memperhatikan situasi perawatan pasien dan mencatat secara rinci masalah kesehatan pasien terutama pada pasien yang memiliki masalah yang kompleks atau penyakit yang serius.

Dalam melakukan tugasnya perawat menempati posisi terdepan dari sistem pelayanan kesehatan di ruang rawat inap karena perawatlah yang secara terus-menerus selama 24 jam memantau perkembangan pasien dari sudut biopsikososiokultural dan spiritual. Dengan demikian peningkatan mutu pelayanan kesehatan serta keberhasilan pelayanan di rumah sakit sangat bergantung pada keberhasilan asuhan keperawatan yang dilakukan di rumah sakit tersebut. Mudah dipahami bila proses asuhan keperawatan tidak dilaksanakan dengan baik akan menyebabkan mutu pelayanan keperawatan menjadi kurang baik pula dan dengan demikian mutu pelayanan kesehatan rumah sakit secara keseluruhan menjadi tidak memuaskan klien. Agar mempunyai nilai hukum maka penulisan suatu dokumentasi keperawatan sangat dianjurkan untuk memenuhi standar profesi. Kelengkapan dan kejelasan mutlak disyaratkan dalam penulisan dokumen keperawatan. Bila salah satu kriteria belum terpenuhi maka dokumentasi tersebut belum bisa dianggap sempurna secara hukum. Beberapa upaya yang dapat dilakukan agar dokumentasi keperawatan yang dibuat dapat memenuhi persyaratan di atas yaitu: Segeralah mencatat sesaat setelah selesai melaksanakan suatu asuhan keperawatan.

1. Mulailah mencatat dokumentasi dengan waktu (tanggal, bulan, tahun) pada keadaan tertentu diperlukan pula penulisan waktu yang lebih detil (jam dan menit) serta diakhiri dengan tanda tangan dan nama jelas.
2. Catatlah fakta yang aktual dan berkaitan.
3. Catatan haruslah jelas, ditulis dengan tinta dalam bahasa yang lugas dan dapat dibaca dengan mudah.
4. Periksa kembali catatan dan koreksilah kesalahan sesegera mungkin.
5. Buatlah salinan untuk diri sendiri karena perawat harus bertanggung jawab dan bertanggung gugat atas informasi yang ditulisnya.
6. Jangan menghapus atau menutup tulisan yang salah dengan cairan penghapus atau apapun, akan tetapi buatlah satu garis mendatar pada bagian tengah tulisan yang salah, tulis kata salah' lalu diparaf kemudian tulis catatan yang benar disebelahnya atau di atasnya agar terlihat sebagai pengganti tulisan yang salah.

7. Jangan menulis komentar yang bersifat mengkritik klien ataupun tenaga kesehatan lain. Tulislah hanya uraian objektif perilaku klien dan tindakan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan.
8. Hindari penulisan yang bersifat umum, diplomatis dan tidak terarah, akan tetapi tulislah dengan lengkap, singkat, padat dan objektif.
9. Bila terdapat pesan atau instruksi yang meragukan berilah catatan/ tulisan: perlu klarifikasi.
10. Jangan biarkan pada catatan akhir perawat kosong, tutuplah kalimat dengan suatu tanda baca atau titik yang jelas yang menandakan bahwa kalimat tersebut telah berakhir.

Terdapat beberapa situasi yang memiliki kecenderungan dapat menyebabkan proses tuntutan hukum dalam pemberian asuhan keperawatan yaitu:

1. Kesalahan dalam administrasi pengobatan/salah memberi obat.
2. Kelemahan dalam supervisi diagnosis.
3. Asisten dalam tindakan bedah lalai dalam mengevaluasi peralatan operasi maupun bahan habis pakai yang digunakan (kasa steril).
4. Akibat kelalaian menyebabkan klien terancam perlukaan.
5. Penghentian obat oleh perawat.
6. Tidak memperhatikan teknik dan antiseptik yang semestinya.
7. Tidak mengikuti standar operasional prosedur yang seharusnya.

Dengan makin meningkatnya kebutuhan dan keinginan masyarakat untuk mendapatkan pelayanan keperawatan yang baik, aman dan bermutu, maka sudah menjadi keharusan bagi profesi perawat untuk lebih maju, lebih berhati-hati, lebih mengerti kemungkinan munculnya tuntutan hukum dan lebih profesional dalam menjalankan tugasnya.

B. IMPLIKASI ETIK DOKUMENTASI

Menurut Aziz (2002), pelaksanaan etik dalam dokumentasi keperawatan ada tiga hal yang perlu diperhatikan:

1. Pandangan etik dokumentasi keperawatan. Artinya asuhan keperawatan pasien ditujukan untuk seluruh proses kehidupan dan keadaan. Perawatan sangat kompleks dan etis seperti bagaimana menimbulkan kepercayaan kepada pasien, penentuan kematian, instruksi resusitasi tidak perlu dilakukan termasuk obat-obat pendukung dalam memberikan dukungan keluarga bagi pasien yang menghadapi kematian. Proses dokumentasi akan menjawab pertanyaan secara jelas. Informasi yang akurat akan membantu dalam pemecahan masalah yang membutuhkan dokumentasi yang objektif dalam situasi apapun.

2. Menjaga kerahasiaan (privasi pasien). Hal ini dilakukan dalam praktik perawatan. Pencatatan tentang pelayanan kesehatan merupakan suatu jaminan kerahasiaan dan keakuratan asuhan keperawatan. Perawat berperan penting dalam menjaga kerahasiaan dan keamanan pencatatan kesehatan pasien. Dalam penyiapan pencatatan harus berhati-hati karena kegiatan tersebut dijadikan jaminan kepercayaan. Kegiatan tersebut antara lain mengeluarkan informasi data pasien, nama pasien, alamat, tanggal masuk dan data klinis.
3. Moral perjanjian, merupakan suatu pertimbangan etik yang digunakan dalam melaksanakan dokumentasi keperawatan. Yang termasuk dalam moral perjanjian adalah etik perizinan yang mencakup; perizinan yang tak langsung seperti pengambilan darah, perizinan langsung seperti pasien dengan kemauannya sendiri datang ke rumah sakit dan perizinan yang perlu pemberitahuan seperti pasien perlu membuat keputusan yang rasional sebelum menentukan keputusan, pasien perlu tindakan harus ada penjelasan terlebih dahulu.

Sedangkan menurut Serri (2010), hal yang perlu diperhatikan dalam perizinan atau perjanjian yang sesuai dengan standar dokumentasi keperawatan adalah:

1. Surat perjanjian yang telah diterima harus diarsipkan pada tempat yang tepat untuk menghindari hal yang tidak diinginkan. Surat perjanjian harus mencantumkan tanggal, waktu, prosedur, tanda tangan yang lengkap dan jelas serta beberapa format yang memuat atau mencatat sejumlah adanya alergi sesuai keadaan pasien saat itu.
2. Jika persetujuan diberikan secara lisan maka fakta harus disaksikan dan dicatat oleh dokter dan perawat serta harus ada saksi lain. Dapat juga berupa rekaman.
3. Catatan perkembangan pasien harus memuat pernyataan tentang penjelasan yang telah diberikan, termasuk media apa yang digunakan, tanggal dan waktu surat perjanjian tersebut ditandatangani.

Dalam kaitan aspek legal dan standar keperawatan perlu dijumpai dengan manajemen keperawatan. Salah satu manajemen yang harus dipahami adalah manajemen kasus. Menurut Brokopp (1992), manajemen kasus adalah sistem yang dirancang sebagai proses kontinu identifikasi dan penyelesaian masalah dengan tujuan mempengaruhi biaya dan kualitas populasi klien tertentu.

Manajemen kasus mengalami pengembangan dan menurut Cesta (1993), perkembangan manajemen kasus dipengaruhi oleh:

1. Perubahan pada pendekatan pelayanan kesehatan yang lebih berorientasi kepada konsumen.
2. Pembayaran prospektif yang mengubah kecepatan lingkup dan finansial dari pemberian pelayanan kesehatan.
3. Makin meningkatnya pendidikan konsumen perawatan kesehatan sehingga penghargaan perawatan akan lebih meningkat.
4. Kenyataan bahwa teknik yang berhasil dimasa lampau tidak lagi layak secara finansial.

C. STRATEGI MANAJEMEN RISIKO

Manajemen risiko merupakan perilaku dan intervensi proaktif untuk mengurangi kemungkinan cedera serta kehilangan. Dalam perawatan kesehatan, manajemen risiko bertujuan untuk mencegah cedera pada pasien dan menghindari tindakan yang merugikan profesi. Asuhan keperawatan yang bermutu tinggi dan sistem pelaksanaannya yang aman, merupakan kunci bagi manajemen risiko yang efektif dalam keperawatan kedaruratan. Mayoritas cedera pada pasien dapat ditelusuri sampai kepada ketidaksempurnaan sistem yang dapat menjadi penyebab primer cedera atau yang membuat perawat melakukan kesalahan sehingga terjadi cedera pada pasien. Begitu terjadi cedera, manajemen risiko harus memfokuskan perhatiannya pada upaya mengurangi akibat cedera tersebut untuk memperkecil kemungkinan diambilnya tindakan hukum terhadap petugas.

Tugas dan pelanggaran diukur oleh standar perawatan. Standar perawatan menurut hukum merupakan derajat perawatan yang harus diwujudkan oleh seorang perawat yang cukup bijaksana dalam kondisi yang sama atau serupa. “Derajat perawatan” mengharuskan perbandingan perilaku perawat yang nyata dengan standar pelaksanaan profesi (seperti standar yang diterbitkan oleh *Emergency Nurses Association*). Selain itu, kebijakan rumah sakit, prosedur dan protokol pelaksanaan di samping pelbagai standar yang ditetapkan oleh organisasi akreditasi, seperti *Joint Commission of Healthcare Hospital Organization* (JCAHO) digunakan untuk menjangkau derajat perawatan yang dipersyaratkan. Di pengadilan, saksi perawat ahli akan menyampaikan kesaksiannya sebagai bukti derajat keperawatan yang seharusnya diwujudkan oleh seorang perawat yang bijaksana dalam situasi atau keadaan ketika perawat yang dituntut oleh hukum mewujudkan derajat tersebut dalam pekerjaannya.

Berdasarkan uraian di atas dan mengingat kembali kegiatan belajar sebelumnya tentang tujuan dan manfaat dokumentasi keperawatan tentu Anda akan mengambil kesimpulan bahwa dokumentasi keperawatan akan sangat berperan dalam menghadapi tindakan hukum terhadap petugas dan dokumentasi keperawatan adalah bagian dari manajemen risiko.

Coba perhatikan berbagai risiko yang dihadapi dalam ruang perawatan di bawah ini:

1. Tidak dipasangnya *side-rail*.
2. Bel pasien tidak berfungsi.
3. Bel pintu masuk berbunyi tidak ada yang peduli.
4. Selang waktu antara panggilan pasien/bel dengan datangnya perawat lama.
5. Tabung oksigen kosong.
6. Kunjungan diluar jam besuk.
7. Brandkar tidak dilengkapi tabung O2 atau tidak ber-hek?.
8. Pemberian obat tidak menerapkan prinsip-prinsip pemberian obat yang benar.
9. Kurang perhatian terhadap laporan penunggu pasien atau tenaga penunjang.
10. Pemberian transfusi.

Sasaran/tujuan manajemen risiko:

1. Mengidentifikasi berbagai variabel kualitas asuhan yang membahayakan.
2. Mengkoreksi atau meminimalkan sehingga mencegah terjadinya masalah.

Langkah-langkah proses manajemen risiko:

1. Menentukan tujuan yang ingin dicapai.
2. Mengidentifikasi risiko-risiko yang dihadapi atau terjadinya kerugian (paling sulit tapi penting).
3. Menentukan besarnya risiko atau kerugian:
 - a. Frekuensi kejadian.
 - b. Besarnya akibat dari kerugian tersebut terhadap keuangan (kegawatannya).
 - c. Kemampuan meramalkan besarnya kerugian yang jelas akan timbul.
4. Mencari cara penanggulangan yang paling baik, tepat dan ekonomis.
5. Mengkoordinir dan melaksanakan keputusan untuk penanggulangan.
6. Mencatat, memonitor, dan mengevaluasi langkah-langkah yang ditempuh.

Agar program penanggulangan risiko berlangsung efektif:

1. Telaah secara berkala, apakah ada perubahan, dampak terhadap kerugian/bahaya dan upaya penanggulangannya yg menyangkut biaya, program keselamatan, pencegahan kerugian, dan sebagainya.
2. Dokumentasi kerugian harus selalu diperiksa untuk mengetahui perkembangan.

Latihan

Untuk memperdalam pemahaman Anda mengenai materi praktikum di atas, kerjakanlah latihan berikut!

Ambillah satu dokumentasi keperawatan baik dari puskesmas atau rumah sakit tempat anda bekerja kemudian analisislah apakah dokumentasi tersebut telah memperhatikan hal yang harus dipenuhi dalam pelaksanaan etik dalam dokumentasi keperawatan anda dapat mendiskusikan hal ini dengan sesama rekan perawat kemudian buatlah laporan tertulisnya hasil analisa tersebut.

Ringkasan

1. Pendokumentasian asuhan keperawatan merupakan upaya untuk melindungi pasien terhadap kualitas pelayanan keperawatan yang diterima dan perlindungan terhadap keamanan perawat dalam melaksanakan tugasnya, maka perawat diharuskan mencatat dan mendokumentasikan segala tindakan yang dilakukan terhadap pasien.

2. Upaya yang dapat dilakukan agar dokumentasi keperawatan yang dibuat dapat memenuhi persyaratan secara hukum: segera catat, tuliskan waktu, tulisan jelas, terapkan prinsip dokumentasi serta memiliki salinan.
3. Dokumentasi keperawatan adalah bagian dari strategi manajemen risiko sebagai bentuk pertanggungjawaban yang dapat dijadikan bukti di pengadilan.

Tes 4

Pilihlah satu jawaban yang paling tepat!

- 1) Penulisan dokumentasi bersifat
 - A. diplomatis
 - B. tidak terarah
 - C. objektif
 - D. subjektif
- 2) Situasi yang dapat menyebabkan proses hukum
 - A. bel tidak berfungsi
 - B. kunjungan diluar jam
 - C. kurang perhatian
 - D. tidak mengikuti SOP
- 3) Dokumentasi yang memenuhi persyaratan
 - A. aktual dan berkaitan
 - B. kurang jelas dapat terbaca
 - C. catat sesuai kondisi
 - D. copy sesuai keperluan
- 4) Pelaksanaan etik dalam dokumentasi keperawatan
 - A. data laboratorium
 - B. akurat
 - C. biodata lengkap
 - D. jelas
- 5) Jika persetujuan pasien secara lisan maka agar memenuhi standart dokumentasi harus
 - A. dituliskan
 - B. saksi perawat
 - C. tanda tangan
 - D. segera

Kunci Jawaban Tes

Tes 1

- 1) B
- 2) D
- 3) D
- 4) D
- 5) B

Tes 2

- 1) D
- 2) B
- 3) D
- 4) D
- 5) B

Tes 3

- 1) C
- 2) A
- 3) D
- 4) A
- 5) A

Tes 4

- 1) C
- 2) D
- 3) A
- 4) B
- 5) B

Daftar Pustaka

- Chabeli, M.M. 2007. *Facilitating Critical Thinking Within The Nursing Process Frame Work: A literatur Review*. Health Sa Gesondheid.
- Hidayat, A, A. 2002. *Pengantar Dokumentasi Proses Keperawatan*. EGC. Jakarta.
- Hidayat. 2004. *Pengantar Konsep Dasar Keperawatan*. Jakarta: Salemba.
- Isti Hanyaningsih. 2009. *Dokumentasi Keperawatan Panduan, Konsep dan Aplikasi*. Yogyakarta, Mtra Cendikia.
- Kozier. 2011. *Buku Ajar Fundamental Keperawatan Konsep, Proses dan Praktik Edisi 7*, Jakarta, EGC.
- Kristina Häyrinena, J. L., Kaija Saranto. 2010. *Evaluation of electronic nursing documentation-nursing process model and standardized terminologies as keys to visible and transparent nursing*.
- Nursalam. 2009. *Proses dan Dokumentasi Keperawatan Konsep dan Praktik*. Salemba Medika. Jakarta.
- Patricia, W. L. Nancy, H.C. 2005. *Dokumentasi Keperawatan Suatu Pendekatan*.
- Potter-Perry, 2002. *Fundamental of Nursing: Concepts, Process, and Practice*, 4th edition. Pearson Prentice Hall.
- Proses Keperawatan*. Edisi 3. Jakarta: EGC.
- Serri Hutahaeen. 2010. *Konsep dan Dokumentasi Proses Keperawatan*. Jakarta: Trans Info Media
- Undang-undang RI Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan.
- Zaidin Ali (2010). *Dasar-Dasar Dokumentasi Keperawatan*, Jakarta, EGC.

BAB II

STANDAR DAN MODEL DOKUMENTASI

Abdul Ghofur, S.Kp, M.Kes.
Yustiana Olfah, APP., M.Kes.

PENDAHULUAN

Dokumentasi keperawatan merupakan aspek penting dalam praktik keperawatan, menggambarkan catatan kesehatan klien dan dijadikan alat komunikasi dengan tenaga kesehatan lainnya.

Ada lima pokok bahasan yang akan dibahas dalam Bab II ini yaitu pengertian standar dokumentasi, pentingnya dokumentasi, tujuan dokumentasi, prinsip-prinsip dalam dokumentasi dan karakteristik standar dokumentasi, komponen standar dokumentasi dan indikator pada setiap standar.

Untuk membantu proses belajar mandiri Anda, materi dalam Bab II ini dikemas dalam 3 (tiga) topik yaitu:

Topik 1 : Pengenalan Standar Dokumentasi, Karakteristik, Komponen Standar Dokumentasi.

Topik 2 : Standar Dokumentasi Keperawatan dan Standar Dokumentasi Asuhan Keperawatan.

Topik 3 : Model Dokumentasi Keperawatan.

Topik 1

Pengenalan Standar Dokumentasi, Karakteristik dan Komponen Standar

Dokumentasi keperawatan merupakan komponen penting dari praktik keperawatan dan dokumentasi *interprofessional* yang terjadi dalam catatan kesehatan *klien*. Dokumentasi baik berupa kertas, elektronik, audio maupun visual dapat digunakan untuk memantau kemajuan *klien* serta dapat dijadikan alat komunikasi dengan tenaga kesehatan lainnya. Hal ini juga mencerminkan perawatan yang diberikan kepada *klien*.

Secara umum setelah mempelajari Topik 1 ini, Anda diharapkan mampu menjelaskan peraturan dan persyaratan hukum untuk dokumentasi keperawatan. Standar ini juga untuk membantu Anda memahami dan menerapkan standar praktik sesuai dengan tatanan layanan dimana perawat tersebut bertugas.

Tujuan khusus: secara rinci setelah mempelajari Topik 1 ini, Anda diharapkan mampu menjelaskan standar dokumentasi mulai dari pengertian standar dokumentasi, pentingnya dokumentasi, tujuan standar dokumentasi dan prinsip-prinsip dokumentasi, karakteristik dan komponen standar.

URAIAN MATERI

1. Pengertian Standar Dokumentasi

Standar dokumentasi adalah pernyataan tentang kualitas dan kuantitas dokumentasi dipertimbangkan secara baik untuk memperkuat pola pencatatan dan sebagai petunjuk atau pedoman pendokumentasian dalam tindakan keperawatan. Perawat memerlukan standar dokumentasi sebagai petunjuk dan arah agar tidak terjadi penyimpangan dan melakukan teknik pencatatan dengan benar.

Setelah memberikan asuhan keperawatan kepada *klien* dan keluarga, dokumentasi merupakan bagian yang tidak bisa di pisahkan, terutama dalam pencapaian mutu kualitas pelayanan asuhan. Setiap pelaksanaan tugas dalam keperawatan, harus ada bukti yang tercatat dan nantinya bila ada sesuatu yang terjadi bisa ditelusuri semenjak awal dari dokumentasi keperawatan yang telah dibuat.

Dokumentasi keperawatan adalah 'bukti otentik' yang dituliskan dalam format yang telah tersedia dan dibubuhi dengan inisial dan tanda tangan/paraf nama perawat dan juga menyatu dalam rekam medis pasien. Dalam pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien, maka setiap langkah dari proses keperawatan yang dimulai dari pengkajian, penentuan diagnosis keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi keperawatan harus masuk dalam dokumentasi keperawatan.

Pemenuhan kebutuhan klien dan asuransi kepegawaian harus memenuhi standar profesi. Standar perlu diobservasi sehingga perawat, pasien akan dilindungi dari kesalahan.

2. Mengapa Dokumentasi Keperawatan Penting?

Dokumentasi keperawatan mampu mengidentifikasi kebutuhan asuhan keperawatan klien, mencerminkan sudut pandang klien serta memberikan informasi pola asuhan keperawatan yang berkesinambungan dan menjadi alat komunikasi antar tim kesehatan lainnya. Melalui dokumentasi juga, informasi pelayanan keperawatan dan riwayat keperawatan pasien dapat dilacak manakala di perlukan secara hukum.

Dokumentasi keperawatan juga mampu menunjukkan komitmen perawat untuk memberikan perawatan yang aman, efektif dan ber-etika dengan menunjukkan akuntabilitas untuk praktik profesional. Hasil dokumentasi merupakan bukti perawat telah menerapkan asuhan keperawatan terhadap klien, pengetahuan, keterampilan dan pengambilan keputusan perawat berdasarkan pertimbangan profesional sesuai dengan standar pelayanan keperawatan yang ditetapkan.

Pernahkan Anda mendengar atau membaca tentang tenaga kesehatan yang digugat ke pengadilan dengan tuduhan mal praktik? Tuduhan ini akan mudah diantisipasi jika dokumentasi lengkap dan terstandar.

3. Tujuan Standar Dokumentasi Keperawatan

Standar dokumentasi keperawatan dibuat dengan tujuan untuk:

- a. Mengetahui kemampuan perawat dalam memberikan asuhan keperawatan.
- b. Mengetahui mutu asuhan keperawatan.
- c. Meningkatkan kualitas asuhan keperawatan.
- d. Meningkatkan kepuasan pasien terhadap asuhan keperawatan yang diberikan.
- e. Menurunkan biaya perawatan.
- f. Melindungi kepentingan pasien dan perawat.
- g. Dengan adanya standar dokumentasi ini perawat akan senantiasa meningkatkan kemampuannya dalam memberikan asuhan keperawatan sehingga mutu asuhan keperawatan dapat terjamin.

4. Prinsip Dokumentasi Keperawatan

Prinsip dokumentasi keperawatan menjelaskan tentang peraturan dan persyaratan untuk melaksanakan dokumentasi keperawatan. Untuk membantu perawat memahami dan menerapkan standar praktik pelayanan keperawatan, ada baiknya mengetahui tentang prinsip pendokumentasian dalam keperawatan.

Prinsip pendokumentasian dalam pelayanan keperawatan adalah memberikan informasi tentang:

- a. Mencerminkan sudut pandang klien terhadap pelayanan yang diberikan oleh perawat, mengidentifikasi kualitas pemberi asuhan dan catatan pelaksanaan asuhan keperawatan termasuk hasil kesehatan klien saat ini.
- b. Mempromosikan kesinambungan pelayanan keperawatan melalui komunikasi antar profesi.

- c. Mampu menunjukkan komitmen perawat untuk memberikan perawatan yang aman, kompeten dan etis.
- d. Menunjukkan bahwa perawat telah menerapkan pengetahuan keperawatan, keterampilan dan penilaian yang diperlukan oleh standar profesional dan etika, perundang-undangan yang relevan sesuai kebijakan rumah sakit.

Ketika akan menuliskan dokumentasi yang efektif perawat harus mengikuti kaidah-kaidah sebagai berikut:

- a. **Simplicity:** menggunakan kata-kata dasar, sederhana dan mudah dipahami.
- b. **Conservatism:** pendokumentasian kesimpulan diagnosa keperawatan harus akurat, didasarkan informasi yang terkumpul.
- c. **Ptience:** Penggunaan waktu yang cukup untuk mengetahui apa yang terjadi pada pasien dan apa yang dilakukan pasien.
- d. **Irrefutability:** pendokumentasian yang jelas dan obyektif.

5. Karakteristik Standar Dokumentasi Keperawatan

Karakteristik standar dokumentasi keperawatan dibuat berdasarkan:

- a. Karakteristik standar dokumentasi dari sudut pandang umum.
Standar dokumentasi keperawatan ditetapkan oleh PPNI, berdasarkan definisi keperawatan dan proses keperawatan untuk menunjukkan tingkat kualitas sesuai tujuan yang spesifik, mudah dipahami, yang dapat memandu tindakan keperawatan, dilaksanakan oleh semua perawat di sistem pelaksanaan kesehatan dapat dicapai dan meningkatkan tingkat praktik yang baik serta dapat diakses oleh yang memerlukan publikasi.
- b. Karakteristik standar dokumentasi dilihat dari sudut pandang perawat. Karakteristik ini memberikan panduan bagi perawat untuk memberikan pertanggungjawaban yang profesional, yang mampu meningkatkan kepuasan perawat sesuai dengan prosedur standar yang harus ditaati dengan kriteria hasil yang dapat mengevaluasi asuhan keperawatan, memberikan kerangka bagi pendekatan sistematis untuk pengambilan keputusan praktik keperawatan.
- c. Karakteristik standar dokumentasi dilihat dari sudut pandang klien. Berdasarkan sudut pandang klien, karakteristik ini memungkinkan klien memberikan ide pertanggungjawaban terhadap kualitas asuhan keperawatan, meningkatkan kepuasan klien dan merefleksikan hak klien. Karakteristik standar dokumentasi ini memberikan penetapan terhadap pelayanan keperawatan dan keuntungan bagi klien serta model pelayanan keperawatan yang sesuai. Standar praktik ini menjelaskan peraturan dan persyaratan hukum untuk dokumentasi keperawatan. Dalam pelaksanaannya dokumentasi dibagi menjadi tiga pernyataan standar yang menggambarkan prinsip-prinsip praktik secara luas. Setiap pernyataan diikuti dengan indikator yang sesuai yang menguraikan tanggungjawab dan akuntabilitas disertai bimbingan untuk melaksanakan penerapan pernyataan standar. Pernyataan standar menggambarkan prinsip panduan

praktik secara umum bagi perawat, sedangkan indikator merupakan pernyataan standar dalam mencapai prinsip sesuai dengan praktik pada tatanan pelayanan keperawatan secara spesifik.

6. Komponen Standar Dokumentasi

Standar dokumentasi yang lengkap menunjukkan tiga komponen dimana setiap komponen disertai indikator. Komponen standar dokumentasi terdiri dari (1) Komunikasi, (2) Akuntabilitas dan Kewajiban, dan (3) Keamanan.

Standar 1: Komunikasi

Perawat melakukan dokumentasi yang berisi informasi yang akurat, relevan dan komprehensif mengenai kondisi *klien*, kebutuhan *klien*, intervensi keperawatan dan hasil kesehatan *klien*.

Indikator Perawat

- a. Memberikan tanda tangan lengkap atau inisial, dan gelar profesional dengan semua dokumentasi;
- b. Memberikan tanda tangan lengkap, dan inisial pada data *base* saat *initialling* dokumentasi;
- c. Memastikan bahwa dokumentasi tulisan tangan terbaca dan menggunakan tinta permanen;
- d. Menggunakan singkatan dan simbol yang masing-masing singkatan dan simbol tersebut memiliki interpretasi berbeda dan telah disepakati dan diterima dalam bidang pelayanan dan profesi kesehatan;
- e. Mendokumentasikan saran, perawatan atau layanan yang diberikan kepada individu dalam kelompok, kelompok khusus, komunitas atau populasi (misalnya: sesi pendidikan kelompok);
- f. Mendokumentasikan asuhan keperawatan yang diberikan teknologi informasi dan telekomunikasi (misalnya: memberikan terapi melalui telepon);
- g. Mendokumentasikan *inform consent* ketika perawat memberikan pengobatan atau intervensi tertentu dan advokasi kebijakan dokumentasi yang jelas dan prosedur yang konsisten dengan Standar Asuhan Keperawatan (SAK).

Seorang perawat dapat memenuhi standar dokumentasi keperawatan dengan cara:

- a. Memastikan dokumentasi yang merupakan catatan lengkap tentang asuhan keperawatan tersedia dan mencerminkan semua aspek proses keperawatan, termasuk penilaian, perencanaan, intervensi (*independen* dan *kolaboratif*) dan evaluasi;
- b. Mendokumentasikan informasi baik berupa data objektif maupun data subjektif;
- c. Memastikan bahwa rencana perawatan jelas, terkini, relevan dan individual untuk memenuhi kebutuhan dan keinginan *klien*;
- d. Meminimalkan duplikasi informasi dalam catatan kesehatan;

- e. Mendokumentasikan komunikasi yang signifikan dengan anggota keluarga/orang lain yang signifikan, pengganti pengambil keputusan dan penyedia perawatan lainnya;
- f. Memastikan bahwa data informasi perawatan klien telah disimpan dalam dokumen *hard copy* sementara (seperti KARDEX, laporan *shift* atau buku komunikasi) serta disimpan dalam catatan kesehatan permanen. Sebagai contoh, jika sistem elektronik tidak tersedia, perawat harus memastikan bahwa informasi yang disimpan dalam dokumen sementara dimasukkan dalam sistem elektronik bila telah tersedia lagi.

Standar 2: Akuntabilitas dan Kewajiban

Perawat mendokumentasikan asuhan keperawatan sesuai dengan standar profesional dan etika, peraturan dan kebijakan yang relevan dari rumah sakit.

Indikator Perawat:

- a. Pendokumentasian perawatan dilakukan sesegara mungkin setelah tindakan perawatan dilakukan.
- b. Penulisan tanggal dan waktu pelaksanaan tindakan perawatan.
- c. Dokumentasi di buat berdasarkan urutan kronologis kejadian.
- d. Pendokumentasian tidak boleh meninggalkan baris kosong pada lembar dokumentasi perawat harus menutup bagian yang kosong itu dengan garis yang memenuhi lembar dokumentasi. Bilamana dokumentasi menggunakan sistem elektronik perawat harus menahan diri sampai koreksi entri data yang keliru sambil memastikan bahwa informasi asli tetap terlihat sesuai dengan kebijakan aturan rumah sakit.
- e. Mengoreksi entri data yang keliru sambil memastikan bahwa informasi asli tetap terlihat.
- f. Dilarang menghapus, mengubah atau memodifikasi dokumentasi orang lain
- g. Dokumen apapun yang tak terduga, kejadian tak terduga atau abnormal untuk klien, harus di rekam berdasarkan fakta kejadian dengan berkaitan dengan proses perawatan.

Standar 3: Keamanan

Perawat melindungi informasi kesehatan klien dengan menjaga kerahasiaan dan menyimpan informasi sesuai dengan prosedur yang konsisten sesuai dengan standar profesional dan etika berdasarkan peraturan perundang-undangan yang relevan.

Indikator Perawat

- a. Memastikan bahwa informasi perawatan klien yang relevan diambil dalam catatan kesehatan klien, seperti yang didefinisikan oleh kebijakan rumah sakit.
- b. Mempertahankan kerahasiaan informasi kesehatan klien, termasuk *password* atau informasi yang diperlukan untuk mengakses catatan kesehatan klien.
- c. Memahami dan mematuhi kebijakan, standar dan peraturan perundang-undangan yang berkaitan dengan kerahasiaan, privasi dan keamanan.

- d. Mengakses informasi hanya dapat dilakukan oleh perawat yang memiliki kebutuhan profesional untuk memberikan perawatan.
- e. Menjaga kerahasiaan *klien* lain dengan menggunakan inisial atau kode ketika mengacu pada *klien* lain dalam catatan kesehatan *klien* (misalnya, menggunakan inisial ketika mengutip teman sekamar *klien*)
- f. Memfasilitasi hak-hak klien untuk mengakses informasi kesehatan tentang dirinya.
- g. Memeriksa dan mendapatkan salinan catatan kesehatan, seperti yang didefinisikan oleh kebijakan rumah sakit.
- h. Memperoleh persetujuan dari *klien* atau pengganti pengambil keputusan untuk menggunakan dan mengungkapkan informasi kepada orang lain di luar lingkaran perawatan, sesuai dengan peraturan yang relevan.
- i. Menggunakan metode yang aman untuk mengirimkan informasi kesehatan klien (misalnya, menggunakan garis aman untuk *fax* atau *e-mail*).
- j. Mempertahankan catatan kesehatan sesuai dengan kebijakan dan peraturan organisasi dan melakukannya sebagai bagian dari tanggungjawab perawat.
- k. Memastikan penghancuran dokumen yang sudah tidak diperlukan dengan aman dan menjaga rahasia dokumen tetap terjaga.

Latihan

Untuk memperdalam pemahaman Anda mengenai materi praktikum di atas, kerjakanlah latihan berikut!

- 1) Jelaskan apa yang dimaksud dengan standar dokumentasi keperawatan.
- 2) Mengapa dokumentasi keperawatan penting?
- 3) Sebutkan tujuan pembuatan standar dokumentasi keperawatan!
- 4) Sebutkan kaidah-kaidah dalam menuliskan dokumentasi keperawatan!
- 5) Jelaskan karakteristik standar dokumentasi keperawatan!
- 6) Jelaskan komponen standar dokumentasi!

Petunjuk Jawaban Latihan

Untuk menjawab pertanyaan di atas, baca dan pelajarilah bagian yang bersesuaian dengan soal di atas dan referensi lain yang terkait.

Ringkasan

Berdasarkan uraian materi di atas, dokumentasi perawatan memerlukan standar penulisan dokumentasi. Standar dokumentasi adalah pernyataan tentang kualitas dan kuantitas dokumentasi. Standar dokumentasi yang lengkap harus memenuhi kriteria standar komunikasi, akuntabilitas dan kewajiban dan keamanan.

Standar dokumentasi bertujuan untuk meningkatkan kualitas asuhan keperawatan, meningkatkan kepuasan pasien terhadap asuhan keperawatan yang diberikan, menurunkan biaya perawatan dan melindungi kepentingan pasien dan perawat. Standar dokumentasi juga harus mencerminkan sudut pandang klien terhadap pelayanan yang diberikan oleh perawat, mengidentifikasi kualitas pemberi asuhan dan catatan pelaksanaan asuhan keperawatan termasuk hasil kesehatan klien. Standar dokumentasi perawatan mempunyai karakteristik dan komponen standar. Karakteristik standar dokumentasi dilihat dari umum, sudut pandang perawat dan sudut pandang klien. Terdapat 3 komponen yang perlu ada dalam standar dokumentasi yaitu komunikasi, akuntabilitas dan kemanan yang disertai dengan indikator dari masing-masing komponen.

Tes 1

Pilihlah satu jawaban yang paling tepat!

1. Berikut merupakan pernyataan yang kurang tepat terkait dengan pengertian standar dokumentasi
 - A. pernyataan tentang kualitas dan kuantitas dokumentasi
 - B. akan memperkuat pola pencatatan
 - C. sebagai pedoman/petunjuk pendokumentasian asuhan keperawatan
 - D. menunjukkan kualitas asuhan keperawatan
- 2) Informasi yang dapat dilacak dari dokumentasi keperawatan adalah
 - A. data pasien
 - B. diagnosa medis
 - C. riwayat keperawatan
 - D. riwayat pengobatan
- 3) Berikut yang bukan merupakan kaidah-kaidah ketika akan menuliskan dokumentasi yang efektif adalah
 - A. *simplicity*
 - B. *conservatism*
 - C. *accuracy*
 - D. *ptience*
- 4) Pendokumentasian yang jelas dan objektif menunjukkan kaidah
 - A. *irrefutability*
 - B. *accuracy*
 - C. *simplicity*
 - D. *conservatism*

- 5) Mempergunakan waktu yang cukup untuk mengetahui apa yang terjadi dan apa yang dilakukan pasien menunjukkan kaidah
- A. *simplicity*
 - B. *irrefutability*
 - C. *conservatism*
 - D. *accuracy*
- 6) Prinsip Standar dokumentasi keperawatan ditetapkan oleh
- A. pemerintah
 - B. PPNI
 - C. rumah sakit
 - D. perawat
- 7) Perawat melakukan dokumentasi yang berisi informasi yang akurat, relevan dan komprehensif mengenai kondisi klien, kebutuhan klien, intervensi keperawatan dan hasil kesehatan klien, merupakan pernyataan standar
- A. keamanan
 - B. komunikasi
 - C. strategi
 - D. akuntabilitas
- 8) Mendokumentasikan *inform consent* ketika perawat memberikan pengobatan atau intervensi tertentu merupakan indikator perawat dari komponen
- A. keamanan
 - B. komunikasi
 - C. strategi
 - D. akuntabilitas
- 9) Berikut merupakan pernyataan indikator perawat dari standar komunikasi, *kecuali*
- A. memberikan tandatangan lengkap
 - B. memastikan bahwa dokumentasi tulisan tangan terbaca
 - C. menggunakan singkatan dan simbol yang tepat
 - D. dilakukan sesegera mungkin
- 10) Pernyataan berikut merupakan indikator perawat yang terkait dengan standar 2 (dua), *kecuali*
- A. dibuat berdasarkan urutan kronologis kegiatan
 - B. tidak boleh meninggalkan baris kosong pada lembar dokumentasi
 - C. mengoreksi entri keliru sambil memastikan bahwa informasi asli tetap terlihat
 - D. mempertahankan kerahasiaan klien

Topik 2

Standar Dokumentasi Keperawatan dan Standar Dokumentasi Asuhan Keperawatan

Dokumentasi keperawatan merupakan aspek penting dalam praktik keperawatan, menggambarkan catatan kesehatan klien dan dijadikan alat komunikasi dengan tenaga kesehatan lainnya. Kualitas dari dokumentasi keperawatan tercermin dari standar yang diterapkan terhadap dokumentasi tersebut. Dokumentasi keperawatan juga dapat menggambarkan kualitas asuhan keperawatan yang diberikan oleh seorang perawat.

Ada enam pokok bahasan yang akan dibahas dalam Topik 2 ini yaitu pentingnya standar dokumentasi, karakteristik standar dokumentasi, Standar *Individual Profesional Accountability*, Standar Tanggungjawab Profesi, Standar yang dibuat Pelayanan Kesehatan dan Standar Dokumentasi Asuhan Keperawatan.

Setelah Anda mempelajari materi dalam Topik 2 ini dengan sungguh-sungguh, di akhir proses pembelajaran, diharapkan Anda dapat:

1. Menjelaskan pentingnya standar dokumentasi.
2. Menyebutkan karakteristik standar dokumentasi.
3. Menjelaskan standar *Individual Professional Accountability*.
4. Menjelaskan standar tanggungjawab profesi.
5. Menjelaskan standar yang dibuat pelayanan kesehatan.
6. Menjelaskan standar dokumentasi asuhan keperawatan.
7. Menjelaskan pengertian standar pengkajian.
8. Menjelaskan standar diagnosa keperawatan.
9. Menjelaskan standar hasil identifikasi hasil.
10. Menjelaskan standar perencanaan.
11. Menjelaskan standar implementasi.
12. Menjelaskan standar evaluasi.

A. PENTINGNYA STANDAR DOKUMENTASI

Dokumentasi keperawatan merupakan bukti pencatatan dan pelaporan yang dimiliki perawat dalam melakukan catatan perawatan yang berguna untuk kepentingan klien, perawat, dan tim kesehatan dalam memberikan pelayanan kesehatan dengan dasar komunikasi yang akurat dan lengkap secara tertulis dengan tanggung jawab perawat. Dokumentasi ini penting karena pelayanan keperawatan yang diberikan pada klien membutuhkan catatan dan pelaporan yang dapat digunakan sebagai tanggungjawab dan tanggung gugat dari berbagai kemungkinan masalah yang dialami klien baik masalah kepuasan maupun ketidakpuasan terhadap pelayanan yang diberikan.

Standar proses keperawatan berkaitan dengan kegiatan keperawatan profesional yang ditunjukkan oleh perawat melalui proses keperawatan berdasarkan standar yang telah

disepakati oleh organisasi profesi. Aktifitasnya melibatkan pengkajian, penentuan diagnosa, identifikasi hasil, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi. Dokumentasi dalam catatan individu memfasilitasi komunikasi antara para profesional dari berbagai disiplin ilmu dan *shift* yang berbeda. Ini menyediakan informasi sehingga penyedia layanan kesehatan dapat memberikan perawatan secara terkoordinasi. Informasi dalam catatan individu merupakan sumber data. Untuk jaminan kualitas dan program *peer review*, pembayaran jasa asuransi sebagian didasarkan pada kualitas dan ketepatan waktu asuhan keperawatan yang tercermin dalam catatan individu. Dengan demikian dokumentasi perawatan yang diterima individu dapat berfungsi sebagai dokumen hukum yang dapat dimasukkan ke dalam proses pengadilan sebagai catatan perawatan yang diterima klien.

Standar keperawatan merupakan pernyataan yang menjelaskan tentang kualitas yang diharapkan dari berbagai aspek praktik keperawatan, dimana hal tersebut mencerminkan kualitas karakteristik tindakan keperawatan, kekayaan keterampilan berbasis teknologi serta performa yang diharapkan sesuai dengan standar pelayanan keperawatan. Dalam pelaksanaannya, perawat perlu membuat standar dokumentasi untuk menunjukkan arah dokumen dalam penyimpanan dan teknik pencatatan yang benar. Oleh karena itu standar harus dipahami oleh teman sejawat dan tenaga kesehatan profesional lainnya, termasuk tim akreditasi. Bagi perawat lainnya informasi tentang catatan perawatan yang akurat dan informasi yang bermanfaat mempunyai hak untuk memperoleh informasi sesuai dengan standar yang berlaku. Jika standar dapat diobservasi, perawat, pekerja, dan pasien akan dihargai dan dilindungi dari kesalahan.

B. KARAKTERISTIK STANDAR KEPERAWATAN

Karakteristik standar keperawatan secara umum harus memenuhi ketentuan sebagai berikut:

1. Standar di buat dan di bentuk oleh lembaga yang diakui oleh negara.
2. Berdasarkan pada definisi keperawatan dan proses keperawatan yang sudah ditentukan.
3. Mendefinisikan suatu tingkat kualitas atau pelaksanaan yang sesuai terhadap tujuan yang spesifik.
4. Dapat diterapkan oleh perawat pada semua tatanan pelayanan kesehatan.
5. Menjelaskan kondisi keamanan minimum pada setiap tindakan dalam praktik.
6. Memberikan petunjuk terhadap tindakan keperawatan.
7. Dinyatakan dengan istilah yang rasional, jelas, dan mencakup secara luas.
8. Dapat dipertahankan dan dipromosikan pada tatanan kesehatan yang optimal.
9. Standar dipublikasikan terutama terhadap perkembangan yang baru yang perlu diperhatikan.
10. Bahasa yang digunakan mudah dimengerti dan bermakna yang mudah dioperasikan oleh perawat.
11. Standar dapat diakses oleh siapa yang memerlukan.

C. STANDAR INDIVIDUAL PROFESIONAL *ACCOUNTABILITY*

Standar ini menjelaskan bagaimana perawat bertanggung jawab dalam melakukan pendokumentasian praktik keperawatan. Tanggung jawab untuk bekerja yang terbaik dalam praktik keperawatan meliputi kegiatan dokumentasi yang dilaksanakan baik secara independen maupun interdependen.

1. Standar Tindakan Keperawatan.

Dalam melaksanakan tindakan perawatan, perawat memiliki tanggungjawab:

- a. Memberikan pelayanan dengan menghargai klien sebagai makhluk hidup.
- b. Melindungi hak pasien.
- c. Mempertahankan kompetensi dalam tindakan keperawatan dan mengenali pasien dengan baik serta menerima tanggung-jawab pribadi terhadap tindakannya.
- d. Melindungi pasien jika tindakan dan keselamatannya terancam yang diakibatkan oleh orang lain yang tidak kompeten, tidak etis dan ilegal.
- e. Menggunakan kemampuan individu sebagai kriteria untuk menerima tanggungjawab dan tugas limpah dalam tindakan keperawatan kepada tenaga kesehatan lainnya.
- f. Partisipasi dalam kegiatan riset jika hak responden dilindungi.
- g. Partisipasi dalam kegiatan profesi keperawatan untuk meningkatkan standar praktik/pelayanan keperawatan dan pendidikan.
- h. Meningkatkan dan mempertahankan kualitas keperawatan tenaga perawat lainnya dengan partisipasi dalam kegiatan profesi.
- i. Mempromosikan kesehatan dengan bekerjasama dengan masyarakat dan tenaga kesehatan lainnya.
- j. Menolak untuk memberikan persetujuan untuk promosi atau menjual produk komersial, pelayanan atau hiburan lainnya.

2. Lingkup Kegiatan Independen

Tanggung jawab perawat yang independen dalam kegiatan dokumentasi meliputi:

- a. Menjaga akurasi, terhadap catatan pelayan keperawatan.
- b. Mencatat semua tindakan keperawatan yang digunakan untuk mengurangi atau mencegah risiko pasien dan mempertahankan keselamatan pasien.
- c. Mencatat semua tindakan keperawatan pasien/mencatat semua respon terhadap tindakan.
- d. Mencatat semua komponen proses keperawatan sesuai dengan waktu pelaksanaannya.

3. Lingkup Kegiatan Interdependen

Kegiatan interdependen merupakan aktivitas keperawatan yang dilakukan secara tim dengan profesi kesehatan lainnya. Pengetahuan, keterampilan dan fokus praktik keperawatan merupakan aktifitas yang interdependen. Selama kegiatan interdependen, perawat membuat rencana keperawatan dengan anggota tim kesehatan lain (dokter,

farmasi, ahli gizi, fisiotherapis). Kegiatan dalam dokumentasi keperawatan yang interdependen meliputi:

- a. Pengukuran tanda-tanda vital.
- b. Penghisapan sekret.
- c. Rekaman EKG jantung.
- d. Pemeriksaan laboratorium.
- e. Menentukan diet.
- f. Memberikan makan melalui NGT.
- g. Memberikan oksigen.
- h. Memberikan obat.
- i. Pemeriksaan penunjang lain.
- j. Dan lain-lain.

D. STANDAR TANGGUNG JAWAB PROFESI KEPERAWATAN

Tanggung jawab profesi keperawatan dalam pendokumentasian keperawatan meliputi:

1. Menggunakan standar untuk pencatatan dan penyimpanan.
2. Memberikan masukan sebagai suatu “code”.
3. Menggunakan kebijaksanaan tenaga keperawatan untuk pencatatan.
4. Melaksanakan kegiatan yang berhubungan dengan praktik keperawatan dan multidisiplin profesi keperawatan.
5. Memprioritaskan masalah dan kebutuhan klien.
6. Memenuhi permintaan kelompok.

E. STANDAR DISUSUN OLEH PELAYANAN KESEHATAN

Standar yang disusun oleh pelayanan kesehatan meliputi:

1. Isi setiap data masuk, meliputi tanggal, waktu, aspek legal, judul dan identifikasi individu/perawat.
2. Penggunaan singkatan dan simbol yang disepakati.
3. Prosedur koreksi jika ada kesalahan.
4. Orang yang berwenang untuk memasukkan data.
5. Prosedur untuk pencatatan perintah verbal.
6. Tanggal pencatatan.
7. Akses terhadap pencatatan klien.
8. Penggunaan formulir standar.
9. Prosedur untuk pencatatan tindakan pengobatan.

F. STANDAR PROSES KEPERAWATAN

Proses keperawatan dijadikan dasar dalam pengambilan keputusan klinis dan mencakup semua tindakan signifikan yang diambil oleh perawat dalam memberikan pelayanan kepada pasien. Terdapat 6 (enam) standar asuhan keperawatan yaitu: pengkajian, diagnosa keperawatan, identifikasi hasil, perencanaan, implementasi dan evaluasi. Berikut penjelasan dari setiap standar asuhan keperawatan.

1. Standar I: Pengkajian

Pengkajian merupakan suatu proses dinamis dimana perawat, melalui interaksi dengan klien, orang lain yang signifikan, dan penyedia layanan kesehatan, mengumpulkan dan menganalisis data tentang klien. Penilaian lebih luas daripada mengamati dan mengumpulkan data. Ini mencakup penerapan proses seperti berpikir kritis dan penilaian profesional yang digunakan dalam memprioritaskan, mengidentifikasi kebutuhan yang mendesak dan diantisipasi, menganalisa implementai medis dan keperawatan ditujukan untuk hasil yang tepat, dan menyediakan kontinum perawatan holistik (ANA, 2008).

Pengkajian merupakan langkah pertama dalam proses keperawatan dan melibatkan pengumpulan sistematis dan disengaja informasi untuk menentukan status fungsional dan kesehatan seseorang saat ini dan masa lalu. Selain itu, selama pengkajian keperawatan, perawat mengevaluasi sekarang dan masa lalu pola koping orang tersebut. Informasi untuk pengkajian keperawatan diperoleh melalui wawancara dengan orang atau keluarga atau staf yang sesuai anggota, pemeriksaan fisik, observasi, review catatan, dan kolaborasi dengan profesional kesehatan lainnya.

Standar penilaian dan pengumpulan data dari pengkajian meliputi:

- a. Komponen pengkajian proses Keperawatan.
 - 1) Tentukan kondisi fisik pasien menggunakan metode pemeriksaan fisik inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi.
 - 2) Data yang dikumpulkan sesuai dengan kondisi pasien disusun secara sistematis berdasarkan hasil pengkajian maupun laporan.
 - 3) Menentukan status kesehatan saat ini dan menganalisis potensi perubahan status tersebut.
 - 4) Mengevaluasi pola koping pasien pada masa sekarang maupun masa lalunya.
 - 5) Menganalisis data yang dikumpulkan untuk mengidentifikasi masalah dan penyebab masalah, merumuskan diagnosis keperawatan dan merekomendasikan intervensi keperawatan.
- b. Proses pengkajian harus mencakup pertimbangan sebagai berikut:
 - 1) Kondisi biofisik (meliputi diagnosa medis dan rencana perawatan).
 - 2) Masalah lingkungan psikososial.
 - 3) Kemampuan merawat diri/defisit self care.
 - 4) Identifikasi kebutuhan pendidikan kesehatan bagi klien.

- c. Pengkajian keperawatan dapat dilakukan dengan cara pemeriksaan langsung melalui pemeriksaan fisik, observasi, wawancara dan tidak langsung dengan melihat data dokumen perawatan sebelumnya maupun keluarga.
- d. Pengumpulan data melibatkan pasien, keluarga, dan pemberi perawatan lain jika sesuai.
- e. Prioritas aktivitas pengumpulan data ditentukan oleh kondisi pasien yang segera atau sesuai kebutuhan.
- f. Data yang diperlukan dikumpulkan menggunakan tehnik pengkajian dan instrumen yang tepat.
- g. Data yang relevan di dokumentasikan dalam format yang dapat diperoleh kembali.
- h. Proses pengumpulam data bersifat sistematis dan berkelanjutan.
- i. Data hasil pengkajian dapat dikumpulkan dengan menggunakan format yang sudah baku, bisa menggunakan pendekatan pola fungsional atau menggunakan pendekatan sistem.

2. Standar II: Diagnosa Keperawatan

Penentuan diagnostik adalah langkah ke dua dalam proses keperawatan dan melibatkan analisis informasi yang diperoleh selama tahap penilaian dan evaluasi atas status kesehatan seseorang berdasarkan informasi tersebut. Diagnosa keperawatan sebagai komponen proses keperawatan adalah untuk mencerminkan penilaian klinis perawat tentang respon seseorang untuk kondisi kesehatan aktual atau potensial atau kesejahteraan.

Perawat menganalisis data pengkajian dalam menetapkan diagnosis dengan pertimbangan sebagai berikut:

- a. Diagnosis berasal dari pengkajian.
- b. Diagnosis divalidasi bersama pasien, keluarga, dan pemberi perawatan lain, jika memungkinkan dan sesuai.
- c. Diagnosis didokumentasikan dengan cara yang memudahkan penetapan hasil yang diharapkan dan memudahkan rencana perawatan.
- d. Pernyataan diagnosis keperawatan yang didokumentasikan terdiri dari masalah, etiologi, serta tanda dan gejala yang mendukung masalah tersebut. Contoh pernyataan diagnosis keperawatan adalah nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan masukan tidak adekuat ditandai dengan pasien menyatakan “saya tidak selera untuk makan”, porsi makan tidak dihabiskan, berat badan turun 1 (satu) kilogram dalam 1 (satu) minggu terakhir.

Kriteria Pengukuran

- a. Diagnosa keperawatan dan/atau pernyataan masalah berasal dari data hasil pengkajian.
- b. Mengidentifikasi secara interpersonal, sistemik, atau lingkungan keadaan, yang mempengaruhi kesejahteraan pasien, keluarga atau masyarakat.

- c. Diagnosis didasarkan pada kerangka diterima yang mendukung pengetahuan keperawatan yang tepat dan penilaian yang digunakan dalam menganalisis data.
- d. Diagnosa sesuai dengan sistem klasifikasi diterima, seperti NANDA, Klasifikasi Internasional Penyakit (WHO 1993), Manual Diagnostik dan Statistik Gangguan Mental dan standar lembaga yang digunakan dalam pengaturan praktek.
- e. Diagnosis dan faktor risiko divalidasi dan diprioritaskan sesuai kondisi pasien, orang yang bermakna, dan penyedia perawatan kesehatan lainnya yang sesuai dan memungkinkan.
- f. Diagnosa mengidentifikasi masalah kesehatan aktual, risiko atau potensial yang berkaitan dengan:
 - 1. Pemeliharaan kesehatan yang optimal dan kesejahteraan dan pencegahan masalah kesehatan psychobiological; keterbatasan perawatan diri atau gangguan fungsi yang berhubungan dengan tekanan mental dan emosional atau retardasi mental.
 - 2. Defisit dalam fungsi sistem biologis, emosional dan kognitif yang signifikan.
 - 3. Perubahan konsep diri, masalah perkembangan, dan perubahan proses kehidupan.
 - 4. Masalah yang berkaitan dengan emosi seperti kecemasan, agresi, sedih, kesepian, dan kesedihan.
 - 5. Sistem fisik yang terjadi bersama dengan fungsi diubah psikologis, kecanduan, atau keterlambatan perkembangan.
 - 6. Kesulitan dalam berhubungan dengan orang lain.
 - 7. Perilaku dan kondisi mental yang menunjukkan pasien adalah bahaya bagi diri sendiri atau orang lain atau memiliki cacat berat.
 - 8. Interpersonal, keadaan sosial/etnis/budaya, spiritual atau lingkungan sistemik atau kejadian yang berpengaruh pada mental dan emosional kesejahteraan masyarakat pasien, keluarga atau, dan manajemen gejala, efek samping/toksisitas terkait dengan implementai psychopharmacological dan aspek lain dari rejimen pengobatan.
 - 9. Perawatan dasar logis untuk implementai prioritas bertumpu pada identifikasi diagnosa keperawatan yang memandu promosi kesehatan, kesehatan pengurangan masalah dan rehabilitasi.
 - 10. Diagnosa keperawatan dan kondisi klinis didokumentasikan dengan cara mengidentifikasi kondisi pasien dan penggunaannya dalam rencana perawatan dan penelitian.

3. Standar III: Identifikasi Hasil

Perawat mengidentifikasi hasil individual yang diharapkan pasien.

- a. Hasil berasal dari diagnosis.
- b. Hasil dirumuskan bersama pasien, keluarga, dan pemberi perawatan lain, jika memungkinkan dan sesuai.

- c. Hasil secara kultural sesuai dan realistis dalam hubungannya dengan keberadaan dan potensi kemampuan pasien.
- d. Hasil dapat dicapai dalam hubungannya dengan sumber yang tersedia untuk pasien.
- e. Hasil mencakup prediksi waktu untuk pencapaian tujuan.
- f. Hasil memberi arahan untuk kontinuitas perawatan.
- g. Hasil didokumentasikan sesuai tujuan yang dapat diukur.
- h. Contoh pernyataan hasil yang didokumentasikan adalah “Dalam waktu 2 x 24 jam kekurangan nutrisi dapat diatasi” dengan kriteria hasil:
Pasien menyatakan mau makan untuk kesembuhan, porsi makan yang diberikan selalu dihabiskan, berat badan meningkat 0,2 kilogram dalam waktu 1 (satu) minggu.

4. Standar IV: Perencanaan

Rencana keperawatan merupakan dokumen perawatan terhadap pola respon manusia yang akan ditangani oleh implementasi keperawatan, tujuan dan panduan setiap perawat untuk melakukan tindakan sesuai dengan kebutuhan pasien dan memberikan kriteria hasil untuk pengukuran kemajuan pasien. Atas dasar rencana ini, perawat berkontribusi secara efektif dengan perumusan rencana perawatan interdisipliner dan implementasi terapeutik yang kolaboratif. Perawat membuat rencana keperawatan yang menentukan implementasi untuk mencapai hasil yang diharapkan dengan ketentuan sebagai berikut:

- a. Rencana perawatan individual pada pasien dan kondisi atau kebutuhan pasien.
- b. Rencana perawatan dikembangkan bersama pasien, keluarga, dan pemberi perawatan lain, jika memungkinkan dan sesuai.
- c. Rencana perawatan merefleksikan praktik keperawatan saat ini.
- d. Rencana perawatan memungkinkan kontinuitas perawatan.
- e. Prioritas keperawatan ditetapkan.
- f. Rencana perawatan didokumentasikan.
- g. Komponen perencanaan proses keperawatan adalah untuk membuat perencanaan perawatan yang bertujuan untuk menentukan tujuan dan implementasi yang akan diberikan kepada orang tersebut untuk mempromosikan, memelihara, atau memulihkan kesehatan mereka, mencegah penyakit.
- h. Melibatkan pasien dan keluarga dalam rencana perawatan.
- i. Mengelompokkan data berdasarkan permasalahan yang dikelompokkan sesuai prioritas masalah, yang memberikan kontribusi pada identifikasi tujuan yang realistis dan terukur.
- j. Revisi/perbaikan dari dokumentasi yang tidak sesuai dengan standar pelayanan di tuliskan secara terpisah.

Kriteria Pengukuran

- a. Rencananya bersifat individual, disesuaikan dengan masalah kesehatan pasien, kondisi atau kebutuhan psikoterapi dan fisiologis dan menggunakan proses keperawatan.

- b. Mengidentifikasi prioritas perawatan dalam kaitannya dengan hasil yang diharapkan.
- c. Tujuan yang realistis dan atau terukur.
- d. Mengidentifikasi implementasi psikoterapi dan fisiologis yang efektif untuk mencapai hasil.
- e. Menentukan implementasi yang mencerminkan praktik keperawatan saat ini dan penelitian.
- f. Mencakup program pendidikan berkaitan dengan masalah kesehatan pasien, pengobatan dan aktivitas perawatan diri.
- g. Menunjukkan tanggung jawab perawat dan pasien, dan dapat mencakup tanggung jawab anggota tim interdisipliner untuk melaksanakan rencana perawatan.
- h. Melakukan intervensi yang tepat dan bervariasi sesuai dengan kebutuhan unik pasien, untuk mencapai tujuan tertentu.
- i. Memberikan arahan untuk kegiatan perawatan pasien didelegasikan oleh perawat ke penyedia layanan lainnya.
- j. Menyediakan rujukan yang sesuai dan manajemen kasus untuk memastikan kesinambungan perawatan.
- k. Menetapkan proses perencanaan yang menyediakan konsultasi, rujukan, dan tindak lanjut bagi pasien.
- l. Menggunakan strategi yang sistematis untuk memantau berkembang status kesehatan pasien dan untuk mengevaluasi dan merevisi rencana perawatan.
- m. Rencana ini dikembangkan bekerjasama dengan pasien, bila perlu keluarga terdekat dan anggota tim interdisipliner.
- n. Rencana tersebut didokumentasikan dengan cara yang memungkinkan akses oleh anggota tim lainnya dan modifikasi rencana bila diperlukan.
- o. Rencana keperawatan yang didokumentasikan dapat meliputi, intervensi keperawatan untuk pengkajian ulang, intervensi keperawatan mandiri, pendidikan kesehatan pasien, dan intervensi keperawatan kolaboratif sesuai dengan kebutuhan masing-masing pasien.

5. Standar V: Implementasi

Dalam melaksanakan rencana perawatan, perawat menggunakan berbagai implementasi yang dirancang untuk mencegah masalah kesehatan mental dan fisik serta mempromosikan, memelihara, dan memulihkan kesehatan mental dan fisik. Perawat memilih implementasi sesuai dengan level praktik.

Kriteria pengukuran

- a. Implementasi yang dipilih berdasarkan kebutuhan dan/atau keinginan dari pasien yang sesuai dengan standar praktik keperawatan.
- b. Implementasi yang dipilih sesuai tingkat perawat praktik, pendidikan, dan sertifikasi.
- c. Implementasi diterapkan dalam rencana didirikan perawatan.
- d. Implementasi dilakukan dengan cara yang aman, etis dan sesuai.

- e. Implementasi didokumentasikan.
- f. Implementasi yang disesuaikan dengan perubahan kebutuhan pasien dan situasi, menggunakan pengetahuan dan prinsip-prinsip dalam proses pengambilan keputusan.
- g. Pengetahuan dan prinsip-prinsip modalitas pengobatan yang relevan saat ini digunakan untuk membantu pasien dalam memahami dan mengatasi masalah kesehatan mereka aktual atau potensial.
- h. Kemajuan atau kurangnya kemajuan menuju tujuan diidentifikasi secara periodik didokumentasikan dengan reprioritization atau revisi tujuan yang tepat.
- i. Implementasi dijelaskan kepada rekan-rekan, profesional dari disiplin lain, dan pasien, dan penegasan pada kesesuaian implementasi dicari.
- j. Implementasi didokumentasikan segera setelah tindakan selesai dilakukan.

6. Standar VI: Evaluasi

Evaluasi adalah langkah ke lima dalam proses keperawatan. Dalam langkah ini perawat menentukan kemajuan seseorang menuju tujuan pertemuan kesehatan, nilai rencana keperawatan perawat dalam mencapai tujuan tersebut, dan kualitas keseluruhan perawatan yang diterima oleh orang tersebut. Ada beberapa kesimpulan yang dapat ditarik dan tindakan yang mungkin hasil dari langkah evaluasi.

Asuhan keperawatan merupakan proses dinamis yang melibatkan perubahan status kesehatan pasien dari waktu ke waktu, sehingga menimbulkan kebutuhan akan data baru, diagnosa yang berbeda, dan modifikasi dalam rencana perawatan. Oleh karena itu, evaluasi merupakan proses yang berkesinambungan menilai pengaruh intervensi keperawatan dan rejimen pengobatan pada status kesehatan konsumen dan hasil kesehatan yang diharapkan.

Kriteria Pengukuran

- a. Evaluasi bersifat sistematis dan terus-menerus.
- b. Alat evaluatif sesuai digunakan.
- c. Tanggapan konsumen terhadap intervensi didokumentasikan.
- d. Konsumen, orang lain yang signifikan, dan anggota tim yang terlibat dalam proses evaluasi, sebanyak mungkin, untuk memastikan tingkat kepuasan konsumen dengan perawatan dan mengevaluasi biaya dan manfaat yang terkait dengan proses pengobatan.
- e. Efektivitas implementasi sehubungan dengan hasil dievaluasi.
- f. Data hasil pengkajian yang digunakan untuk merevisi diagnosa, hasil, dan rencana perawatan yang diperlukan.
- g. Revisi dalam diagnosis, hasil, dan rencana perawatan didokumentasikan.
- h. Revisi rencana untuk menyediakan kesinambungan perawatan.
- i. Evaluasi yang didokumentasikan sesuai dengan hasil yang didapatkan dari implementasi keperawatan yang telah dilakukan pada pasien, dengan indikator keberhasilan adalah penilaian kriteria hasil yang telah ditetapkan sebelumnya.

Latihan

Untuk memperdalam pemahaman Anda mengenai materi praktikum di atas, kerjakanlah latihan berikut!

- 1) Jelaskan pentingnya standar dokumentasi !
- 2) Sebutkan karakteristik standar keperawatan!
- 3) Apa yang dimaksud dengan Standar Individual Profesional Accountability?
- 4) Sebutkan tanggungjawab profesi keperawatan dalam pendokumentasian keperawatan.
- 5) Sebutkan standar yang disusun oleh Pelayanan Kesehatan. Sebutkan standar dalam proses keperawatan!
- 6) Jelaskan apa yang dimaksud dengan pengkajian?
- 7) Standar apa saja yang ada dalam pengkajian?
- 8) Sebutkan pertimbangan dalam menetapkan diagnosis!

Petunjuk Jawaban Latihan

Untuk menjawab pertanyaan diatas, baca dan pelajaryliah bagian yang bersesuaian dengan soal diatas dan referensi lain yang terkait.

Ringkasan

Dokumentasi keperawatan merupakan bukti pencatatan dan pelaporan yang dimiliki perawat dalam melakukan catatan perawatan yang berguna untuk kepentingan klien, perawat, dan tim kesehatan dalam memberikan pelayanan kesehatan dengan dasar komunikasi yang akurat dan lengkap secara tertulis dengan tanggung jawab perawat. Untuk mencapai kualitas dokumentasi yang diharapkan diperlukan standar asuhan keperawatan. Terdapat 6 (enam) standar dalam dokumentasi asuhan keperawatan yaitu: pengkajian, diagnosa keperawatan, identifikasi hasil, perencanaan, implementasi dan evaluasi. Setiap standar dilengkapi dengan indikator yang dapat menuntun perawat untuk menuntun ke arah dokumentasi keperawatan yang berkualitas.

Tes 2

Pilihlah satu jawaban yang paling tepat!

- 1) Tujuan standar dokumentasi keperawatan dibuat adalah
 - A. memberikan arah pelaksanaan standar yang diharapkan profesi. Menjadi dasar bagi penentuan strategi perencanaan
 - B. membantu perawat memudahkan dokumentasi

- C. mendukung upaya pelayanan kesehatan.
 - D. memberikan dasar untuk pembuatan dokumentasi elektronik.
- 2) Melindungi pasien jika tindakan dan keselamatannya terancam yang diakibatkan oleh orang lain yang tidak kompeten, tidak etis dan ilegal merupakan standar
- A. independen
 - B. profesional
 - C. interdependen
 - D. tindakan keperawatan
- 3) Berikut merupakan tanggungjawab profesi keperawatan dalam pendokumentasian keperawatan, *kecuali*
- A. menggunakan standar untuk pencatatan dan penyimpanan
 - B. akses terhadap pencatatan klien
 - C. memprioritaskan masalah dan kebutuhan klien
 - D. memberikan masukan sebagai suatu *code*
- 4) Pernyataan berikut yang *bukan* merupakan standar tindakan keperawatan terkait dengan tanggungjawab perawat
- A. melindungi hak pasien
 - B. partisipasi dalam kegiatan riset jika hak responden dilindungi
 - C. menjaga akurasi terhadap catatan pelayanan keperawatan
 - D. mempromosikan kesehatan dengan bekerjasama dengan masyarakat dan tenaga kesehatan lainnya
- 5) Aktivitas keperawatan yang dilakukan secara tim dengan profesi kesehatan lain merupakan lingkup kegiatan keperawatan yang bersifat
- A. umum
 - B. dependen
 - C. independen
 - D. interdependen
- 6) Pernyataan berikut yang *tidak* termasuk karakteristik standar keperawatan secara umum adalah
- A. berdasarkan pada definisi keperawatan dan proses keperawatan yang sudah ditentukan
 - B. memberikan petunjuk pada tindakan keperawatan
 - C. dinyatakan dengan istilah yang rasional, jelas dan mencakup secara luas
 - D. dipublikasikan dalam organisasi keperawatan

- 7) Suatu proses dinamis dimana perawat, melalui interaksi dengan klien, orang lain dan penyedia layanan kesehatan, mengumpulkan dan menganalisa data, merupakan pengertian dari
- A. proses keperawatan
 - B. pengkajian
 - C. pengumpulan data
 - D. analisa data
- 8) Pernyataan berikut merupakan standar penilaian dan pengumpulan data dari pengkajian, *kecuali*
- A. tentukan kondisi fisik dengan cara observasi dan laporan
 - B. data disusun secara sistematis
 - C. tentukan status kesehatan saat ini dan analisa perubahan status tersebut
 - D. identifikasi kebutuhan pendidikan kesehatan
- 9) Berikut pernyataan yang berhubungan dengan standar III
- A. hasil berasal dari diagnosis
 - B. diagnosa keperawatan dan kondisi klinis di dokumentasikan
 - C. diagnosis dan faktor risiko di validasi
 - D. diagnosis berasal dari data pengkajian
- 10) Berikut merupakan kriteria dari standar perencanaan, *kecuali*
- A. mengidentifikasi prioritas perawatan
 - B. tujuan realistis dan terukur
 - C. mencakup program pendidikan kesehatan
 - D. mencakup prediksi waktu
- 11) Kemajuan atau kurangnya kemajuan menuju tujuan diidentifikasi secara periodik merupakan kriteria pengukuran dari standar
- A. pengkajian
 - B. identifikasi hasil
 - C. perencanaan
 - D. implementasi
- 12) Menentukan implementasi yang mencerminkan praktik keperawatan saat ini, merupakan salah satu pengukuran dari standar
- A. pengkajian
 - B. identifikasi hasil
 - C. perencanaan
 - D. implementasi

Topik 3

Model Dokumentasi Keperawatan

Dalam pendokumentasian keperawatan terdapat beberapa model yang dapat Anda terapkan akan diuraikan dalam Topik 3. Ada 6 (enam) pokok bahasan yang akan dibahas dalam Topik 3, yaitu model pendokumentasian POR (*Problem Oriented Record*), model pendokumentasian SOR (*Source Oriented Record*), model pendokumentasian CBE (*Charting By Exception*), model pendokumentasian PIE (*Problem Intervention & Evaluation*), model pendokumentasian fokus (*Process Oriented System*) dan kekurangan serta kelebihan dari masing masing model dokumentasi.

Setelah Anda mempelajari materi dalam Topik 3 ini dengan sungguh-sungguh, di akhir proses pembelajaran, diharapkan Anda dapat:

1. Menjelaskan model pendokumentasian SOR (*Source Oriented Record*).
2. Menjelaskan model pendokumentasian POR (*Problem Oriented Record*).
3. Menjelaskan model pendokumentasian catatan berorientasi pada perkembangan (*Progress Oriented Record*).
4. Menjelaskan model pendokumentasian CBE (*Charting by Exception*).
5. Menjelaskan model pendokumentasian Problem Intervention and Evaluation (PIE).
6. Menjelaskan model pendokumentasian Focus (*Process Oriented System*).
7. Menjelaskan keuntungan maupun kerugian menggunakan masing-masing model dokumentasi keperawatan.

A. URAIAN MATERI

Dokumentasi dalam pelayanan keperawatan merupakan bagian yang tidak terpisahkan dalam pelayanan keperawatan yang komprehensif. Kualitas pelayanan tim keperawatan dapat diukur melalui kelengkapan dokumen perawatan yang ada. Mengingat pentingnya dokumentasi keperawatan dalam menjamin terselenggaranya pelayanan keperawatan yang komprehensif, maka pada kegiatan belajar ini akan Anda pelajari beberapa model dokumentasi, yang dalam pelaksanaannya penggunaan model ini didasarkan pada karakteristik tatanan pelayanan yang diharapkan.

Model pendokumentasian adalah merupakan cara menggunakan dokumentasi dalam penerapan proses asuhan. Dalam Topik 3 ini akan dibahas 6 (enam) model dokumentasi yang dapat digunakan di dalam sistem pelayanan kesehatan di Indonesia yaitu SOR (*Source-Oriented Record*), POR (*Problem-Oriented Record*), *Discharge Notes*, CBE (*Charting By Exception*), PIE (*Problems Intervention and Evaluation*) dan *Focus*.

B. SOR (*SOURCE ORIENTED RECORD*)

1. Pengertian

Sistem model pendokumentasian ini berorientasi pada sumber informasi. Dokumentasi ini memungkinkan setiap anggota tim kesehatan membuat catatannya sendiri dari hasil observasi. Hasil pengkajian tersebut dikumpulkan menjadi satu. Setiap anggota dapat melaksanakan aktifitas profesionalnya secara mandiri tanpa tergantung dengan tim kesehatan lainnya.

Model ini menempatkan catatan atas dasar disiplin orang atau sumber yang mengelola pencatatan. Bagian penerimaan klien mempunyai lembar isian tersendiri, dokter menggunakan lembar untuk mencatat instruksi, lembaran riwayat penyakit dan perkembangan penyakit, perawat menggunakan catatan keperawatan, begitu pula disiplin lain mempunyai catatan masing-masing.

2. Komponen

Catatan berorientasi pada sumber terdiri dari beberapa komponen, yaitu:

- a. lembar penerimaan berisi biodata.
- b. catatan dokter.
- c. riwayat medik/penyakit.
- d. catatan perawat.
- e. catatan dan laporan khusus.
- f. formulir grafik.
- g. format pemberian obat.
- h. format catatan perawat.
- i. riwayat penyakit/perawatan/pemeriksaan.
- j. perkembangan pasien.
- k. format pemeriksaan laboratorium, x-Ray, dll.
- l. Formulir masuk RS.
- m. Formulir untuk operasi yang ditandatangani oleh pasien/keluarga.

Contoh format SOR

Tanggal	Waktu	Sumber	Catatan Perkembangan
tanggal/ bulan/ tahun	Waktu tindakan	P	- Meliputi: (1) pengkajian, (2) identifikasi masalah, (3) perlunya rencana tindakan, (4) rencana segera, (5) intervensi, (6) penyelesaian masalah, (7) evaluasi efektifitas tindakan, dan (8) hasil. - Tanda tangan perawat.
		D	- Meliputi observasi keadaan pasien, evaluasi kemajuan, identifikasi masalah baru dan penyelesaian lainnya, rencana tindakan dan pengobatan terbaru. - Tanda tangan dokter.

Tanggal	Waktu	Sumber	Catatan Perkembangan
		F	- Meliputi hal-hal yang perlu dilakukan fisioterapi, masalah pasien, rencana, intervensi dan hasil. - Tanda tangan fisioterapis.

Sumber: Tanda tangan & tanggal

P : Perawat

D : Dokter

F : Fisioterapis

G : Ahli Gizi

C. POR (PROBLEM ORIENTED RECORD)

1. Pengertian

Model dokumentasi ini merupakan pengembangan dari dokumentasi model SOR. Dokumentasi ini merupakan alat yg efektif guna mendokumentasikan sistem pelayanan kesehatan yang berorientasi pada klien. Pendokumentasian ini memungkinkan digunakan oleh multidisplin tenaga kesehatan dengan pendekatan pemecahan masalah. Model pendokumentasian ini mengarahkan pada ide dan pemikiran anggota tim, sehingga masing-masing anggota tim bisa saling mengemukakan pandangannya dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada klien. Model ini juga memudahkan dalam perencanaan tindakan keperawatan dan memungkinkan antar anggota tim kesehatan saling berkomunikasi dengan baik.

Model ini memusatkan data tentang klien didokumentasikan dan disusun menurut masalah klien. Sistem dokumentasi jenis ini mengintegrasikan semua data mengenai masalah yang dikumpulkan oleh dokter, perawat atau tenaga kesehatan lain yang terlibat dalam pemberian layanan kepada klien. Penekanannya tidak pada siapa yang memberi pelayanan, tetapi pada masalah untuk apa asuhan kesehatan klien itu diberikan.

Berikut ini beberapa istilah yang berhubungan dengan sistem pendokumentasian model ini adalah:

- PORS : *Problem Oriented Record System*, biasa dikenal sebagai model dokumentasi yang berorientasi pada masalah.
- POR : *Problem Oriented Record*.
- POMR : *Problem Oriented Medical Record*.
- PONR : *Problem Oriented Nursing Record*, yaitu metode untuk menyusun data pasien yang diatur untuk mengidentifikasi masalah keperawatan dan medik yang dialami oleh klien.

2. Komponen Model

Komponen model dokumentasi POR terdiri dari 4 (empat) komponen meliputi data dasar, daftar masalah, daftar awal rencana asuhan dan catatan perkembangan (*progress note*).

a. Data Dasar

Data dasar merupakan data yang diperoleh dari hasil pengkajian saat pasien pertama kali masuk rumah sakit. Data dasar pengkajian keperawatan meliputi riwayat kesehatan/perawatan sebelumnya, pemeriksaan fisik keperawatan, diet dan pemeriksaan penunjang, seperti foto *rontgent*, hasil laboratorium. Berdasarkan data yang diperoleh dari data dasar ini dijadikan dasar untuk menentukan masalah klien.

b. Daftar Masalah

Daftar masalah berisi data yang telah diidentifikasi dari data dasar yang dikategorikan sebagai masalah. Data masalah di susun secara kronologis sesuai dengan hasil identifikasi masalah prioritas. Data disusun pertama kali oleh tenaga kesehatan yang pertama kali bertemu klien atau orang yang diberi tanggung jawab. Pengkategorian data dikelompokkan berdasarkan masalah fisiologis, psikologis, sosio kultural, spiritual, tumbuh kembang, ekonomi dan lingkungan. Daftar ini berada pada bagian depan status klien dan tiap masalah diberi tanggal, nomor, dirumuskan dan dicantumkan nama orang yang menemukan masalah tersebut.

Contoh:

Tanggal	No	Masalah Klien	Diidentifikasi oleh	Keterangan
	1A	Pasien Tn. Andi menderita CVA yang berakibat hemiplegia kanan dan lemah pada sisi kanan tubuh, wajah tidak simetris.	Dr. Doel	
	1B	Defisit asuhan mandiri	Ns. Rahma	
	1C	(kebersihan tubuh, eliminasi, makan).	Ns. Aini	
	1D	Gangguan mobilitas fisik Inkontinensia total Disfasia progresif.	Ns. Nunuk Dr. Basuki	
	2	Gangguan penyesuaian sehubungan dengan stresor kehidupan dan dukungan sosial yang kurang.	Ns. Titik	

c. Daftar Awal Rencana Asuhan

Rencana asuhan keperawatan disusun berdasarkan daftar prioritas masalah dan dituliskan pada rencana asuhan keperawatan. Bilamana terdapat tindakan kolaborasi maka dokter akan menuliskan instruksinya pada catatan medis, kemudian diterjemahkan oleh perawat untuk dituliskan pada rencana perawatan.

d. Catatan Perkembangan (Progress Notes)

Catatan perkembangan berisikan tentang kemajuan yang dialami oleh klien pada setiap masalah kesehatan yang dialaminya. Setiap tim kesehatan yang terlibat merawat klien memberikan laporannya pada lembar catatan perkembangan yang sama, disusun sesuai

dengan profesionalnya masing-masing. Berikut ini beberapa catatan perkembangan yang dapat digunakan antara lain:

- 1) SOAP (subjektif data, objektif data, analisis/*assesment* dan *plan*).
- 2) SOAPIER (SOAP ditambah intervensi, evaluasi dan revisi).
- 3) PIE (problem-intervensi-evaluasi).

Dalam pelaksanaan dokumentasi keperawatan, catatan perkembangan (*progress notes*) terdiri dari 3 (tiga) jenis yaitu catatan perawat, *flowsheet* dan *discharge note*.

1) Catatan perawat

Catatan perawat harus ditulis oleh perawat setiap *shift* kerja dalam 24 jam. Dokumentasi keperawatan berisi informasi tentang:

- a) Pengkajian.
- b) Intervensi keperawatan mandiri.
- c) Intervensi keperawatan kolaboratif/instruksi dokter.
- d) Evaluasi keberhasilan tiap tindakan keperawatan.
- e) Tindakan yang dilakukan oleh dokter tetapi mempengaruhi tindakan keperawatan.
- f) Kunjungan berbagai team kesehatan misalnya: visite dokter, pekerja sosial dan lain lain.

2) Lembar alur (*flowsheet*)

Lembar ini digunakan oleh perawat untuk mencatat hasil observasi maupun pengukuran yang telah dilakukan seperti data tentang *vital sign*, berat badan serta pemberian obat, yang tidak perlu dicatat secara naratif. Selain itu tim kesehatan lainnya dapat dengan mudah mengakses keadaan klien hanya dengan melihat grafik yang ada di *flowsheet*. Sehingga *flowsheet* lebih sering digunakan di IGD, terutama data fisiologis.

Contoh format Model POR

Data Dasar	Daftar Masalah	Rencana Tindakan	Catatan Perkembangan
Data Subjektif Data Objektif	1.	1. 2. 3. Dst	S O A P I E R
Data Subjektif Data Objektif	2.	1. 2 3 dst	S O A P I E R

- 3) *Discharge Notes* (catatan pemulangan dan ringkasan rujukan).
Discharge notes ini akan lebih sesuai untuk pasien yang akan dipulangkan atau dipindahkan pada ruang perawatan lainnya untuk perawatan lanjutan. Catatan ini juga ditujukan bagi tenaga kesehatan yang akan melanjutkan perawatan dengan *home care* dan informasi untuk lanjutan.
- a) Informasi untuk tenaga kesehatan berisi tentang:
 - (1) Mengambarkan tindakan keperawatan yang dilakukan.
 - (2) Menjelaskan tentang informasi yang akan disampaikan pada klien.
 - (3) Menjelaskan kemajuan perkembangan yang telah dialami klien terutama keterampilan tertentu seperti klien yang menderita stroke sudah mampu berjalan sendiri.
 - (4) Menjelaskan keterlibatan anggota keluarga dalam pemberian asuhan keperawatan.
 - (5) Menguraikan sumberdaya yang diperlukan di rumah.
 - b) Informasi untuk klien hendaknya berisi tentang:
 - (1) Menggunakan bahasa yang singkat jelas dan mudah dipahami oleh klien.
 - (2) Menjelaskan prosedur tindakan tertentu yang bisa dilakukan keluarga saat di rumah, misalnya cara menggunakan obat di rumah, perlu diberi petunjuk tertulis.
 - (3) Mengidentifikasi tindakan pencegahan yang perlu diikuti ketika melakukan asuhan mandiri.
 - (4) Memberikan daftar nama dan nomor telepon tenaga kesehatan yang dapat dihubungi klien.

D. MODEL DOKUMENTASI CBE (*CHARTING BY EXEPTION*)

Model dokumentasi ini hanya mencatat secara naratif hasil pengkajian yang menyimpang dari data normal atau standar yang ada. Model pendokumentasian seperti ini mengurangi penggunaan waktu yang lama, karena lebih menekankan pada data yang penting saja, mudah untuk mencari data yang penting, pencatatan langsung ketika memberikan asuhan, pengkajian yang terstandar, meningkatkan komunikasi antara tenaga kesehatan, lebih mudah melacak respons klien dan lebih murah.

Dokumentasi model CBE mengidentifikasi 3 (tiga) komponen penting, yaitu:

1. Lembar alur (*flowsheet*).
2. Pencatatan dilaksanakan berdasarkan standar praktik.

Format dokumentasi diletakkan di tempat tidur klien sehingga dapat segera digunakan untuk pencatatan dan tidak perlu memindahkan data.

E. **PROBLEM INTERVENTION AND EVALUATION (PIE)**

Sistem dokumentasi ini menggunakan pendekatan orientasi-proses dokumentasi dengan penekanan pada proses keperawatan dan diagnosa keperawatan. Penggunaan format ini sangat tepat digunakan pada pemberian asuhan keperawatan primer. Pada keadaan klien yang akut, perawat primer dapat melaksanakan dan mencatat pengkajian waktu klien masuk dan pengkajian sistem tubuh dan diberi tanda PIE setiap hari.

Setelah itu perawat *associate* (PA) akan melaksanakan tindakan sesuai yang telah direncanakan. Karena PIE didasarkan pada proses keperawatan, akan membantu memfasilitasi perbedaan antara pembelajaran di kelas dan keadaan nyata pada tatanan praktik pendokumentasian yang sesungguhnya.

Karakteristik model pendokumentasian PIE adalah pengkajian klien dimulai saat dia masuk rumah sakit, dilakukan pengkajian sistem tubuh setiap pergantian jaga. Informasi yang diperoleh hanya dipergunakan pada klien dengan masalah keperawatan yang kronis.

Catatan perkembangan digunakan untuk mencatat intervensi keperawatan spesifik pada masalah yang khusus, sehingga bentuk dokumentasi dari hasil intervensi berupa “*flowsheet*”.

Intervensi langsung terhadap penyelesaian masalah ditandai dengan “I” (intervensi) dan nomor masalah klien yang relevan dicatat. Keadaan klien sebagai pengaruh dari intervensi diidentifikasi dengan tanda “E” (evaluasi) dan nomor masalah.

Contoh Format PIE

Tanggal	Jam	Pencatatan (Remarks)
	08.00	P # 1 Resiko injuri berhubungan dengan kelemahan fisik akibat anemia
		IP # 1 Sarankan klien untuk meminta bantuan jika ingin beraktifitas
		P # 2 kurangnya pengetahuan yang berhubungan dengan tindakan BMP
		EP # 2 Diskusikan dengan klien. Jelaskan prosedur BMP
	09.30	IP # 2, dst

F. **FOCUS (PROCESS ORIENTED SYSTEM)**

Pencatatan *model Focus* menggambarkan suatu proses pencatatan yang memfokuskan pada keluhan klien, dokumentasi ini digunakan untuk mengorganisir dokumentasi asuhan keperawatan. Jika menuliskan catatan perkembangan, gunakan format DAR (*Data-Action-Respon*) dengan 3 kolom.

Data : Berisi tentang data subjektif dan objektif yang mengandung dokumentasi fokus.

Actin : Merupakan tindakan keperawatan yang segera atau yang akan dilakukan berdasarkan pengkajian/evaluasi keadaan klien.

Response : Menyediakan keadaan respon klien terhadap tindakan medis atau keperawatan.

Focus dapat dipergunakan untuk menyusun fungsi DAR sebagai kunci dan pedoman terhadap kewajiban orientasi proses.

G. KEUNTUNGAN DAN KERUGIAN MODEL DOKUMENTASI SOR (*SOURCE ORIENTED REPORT*)

Berikut keuntungan dan kerugian dari model dokumentasi SOR:

1. Keuntungan

- a. Data disajikan secara berurutan dan mudah diidentifikasi.
- b. Memudahkan perawat untuk melakukan akses secara mandiri informasi kesehatan pasien yang telah dicatat.
- c. Format dapat menyederhanakan proses pencatatan masalah, kejadian, perubahan, intervensi dan respon klien atau hasil.

2. Kerugian

- a. Risiko data yang terfragmentasi karena pencatatan dibuat tidak berdasarkan urutan waktu.
- b. Data yang terdokumentasi kadang-kadang lebih sulit mencari data sebelumnya, tanpa harus mengulang pada awal.
- c. Dokumentasi bersifat superficial tanpa data yang jelas.
- d. Memerlukan pengkajian data dari beberapa sumber untuk menentukan masalah dan tindakan kepada klien.
- e. Pelaksanaan asuhan keperawatan memerlukan waktu lebih lama.
- f. Perkembangan status kesehatan klien sulit di monitor.

H. KEUNTUNGAN DAN KERUGIAN MODEL DOKUMENTASI POR

Berikut keuntungan dan kerugian dari model dokumentasi POR:

1. Keuntungan

- a. Data yang perlu diintervensi dijabarkan dalam rencana tindakan keperawatan.
- b. Kesenambungan pelaksanaan asuhan keperawatan terdokumentasi dengan baik.
- c. Hasil evaluasi dan penyelesaian masalah disusun secara jelas. Data disusun berdasarkan masalah yang spesifik.
- d. Fokus catatan asuhan keperawatan lebih menekankan pada masalah klien dan proses penyelesaian masalah dari pada tugas dokumentasi.
- e. Daftar masalah merupakan "*checklist*" untuk diagnosa keperawatan dan masalah klien. Daftar masalah dibuat untuk mengingatkan perawat agar mendapatkan perhatiannya.

2. Kerugian

- a. Dapat menimbulkan kebingungan karena setiap informasi yang masuk dicatat pada daftar masalah.
- b. Penekanan hanya berdasarkan masalah yang di keluhkan klien, sedangkan kondisi tentang penyakit dan ketidakmampuan tidak tergali dengan baik sehingga mengakibatkan pada pendekatan pengobatan yang menjadi negatif.
- c. Kemungkinan muncul kesulitan bilamana daftar masalah belum dilakukan tindakan atau timbulnya masalah yang baru dikeluhkan oleh klien.
- d. SOAPIER dapat menimbulkan pengulangan yang tidak perlu, jika sering adanya target evaluasi dan tujuan perkembangan klien sangat lambat.
- e. Perawatan yang rutin mungkin diabaikan dalam pencatatan jika flowsheet untuk pencatatan tidak tersedia.
- f. P (dalam SOAP) mungkin terjadi duplikasi dengan rencana tindakan keperawatan.

I. KEUNTUNGAN DAN KERUGIAN MODEL DOKUMENTASI CBE (*CHARTING BY EXCEPTION*)

Berikut keuntungan dan kerugian dari model dokumentasi CBE:

1. Keuntungan

- a. Tersusunnya standar minimal untuk pengkajian dan intervensi.
- b. Data yang tidak normal nampak jelas, sehingga mudah ditandai dan dipahami.
- c. Data normal atau respon yang diharapkan tidak mengganggu informasi lain.
- d. Pencatatan lebih fokus dan duplikasi dapat dihindari.
- e. Data klien dapat dicatat pada format klien secepatnya.
- f. Informasi terbaru dapat diletakkan pada tempat tidur klien.
- g. Jumlah halaman lebih sedikit digunakan dalam dokumentasi.
- h. Rencana tindakan keperawatan disimpan sebagai catatan yang permanen.

2. Kerugian

- a. Dokumentasi sangat tergantung pada “checklist”.
- b. Kemungkinan ada pencatatan yang masih kosong atau tidak ada.
- c. Hasil pengamatan rutin sering diabaikan.
- d. Adanya pencatatan kejadian yang tidak semuanya didokumentasikan.
- e. Tidak mengkomodasikan pencatatan disiplin ilmu lain.
- f. Dokumentasi proses keperawatan tidak selalu berhubungan dengan adanya suatu kejadian.

J. KEUNTUNGAN DAN KERUGIAN MODEL DOKUMENTASI PIE

Berikut keuntungan dan kerugian dari model dokumentasi PIE:

1. Keuntungan

- a. Memungkinkan penggunaan proses keperawatan.
- b. Rencana tindakan dan catatan perkembangan dapat dihubungkan.
- c. Memungkinkan pemberian asuhan keperawatan yang kontinyu karena secara jelas mengidentifikasi masalah klien dan intervensi keperawatan.
- d. Perkembangan klien, mulai dari masuk sampai pulang dapat dengan mudah digambarkan.

2. Kerugian

- a. Tidak dapat dipergunakan untuk pencatatan pada semua ilmu.
- b. Pembatasan rencana tindakan yang tidak aplikatif untuk beberapa situasi keperawatan.

K. KEUNTUNGAN DAN KERUGIAN MODEL DOKUMENTASI FOKUS

Berikut keuntungan dan kerugian dari model dokumentasi FOKUS:

1. Keuntungan

- a. Istilah fokus lebih luas dan positif dibandingkan penggunaan istilah “Problem”.
- b. Pernyataan fokus, pada tingkat yang tinggi, adalah diagnosa keperawatan.
- c. Fokus dengan DAR adalah fleksibel dan menyediakan kunci dan pedoman pencatatan diagnosa keperawatan.
- d. Waktu lebih singkat tanpa harus menuliskan pada beberapa bagian pada format.
- e. Sistem ini mudah dipergunakan dan dimengerti oleh tenaga kesehatan lainnya. Bahasa dan proses pencatatan menggunakan istilah umum.

2. Kerugian

- a. Penggunaan pencatatan action dapat membingungkan, khususnya tindakan yang akan atau yang telah dilaksanakan.
- b. Penggunaan Fokus pada kolom tidak konsisten dengan istilah pada rencana tindakan keperawatan.

Latihan

Untuk memperdalam pemahaman Anda mengenai materi praktikum di atas, kerjakanlah latihan berikut!

- 1) Jelaskan model pendokumentasian POR !
- 2) Jelaskan model pendokumentasian SOR !
- 3) Jelaskan model pendokumentasian CBE !
- 4) Jelaskan model pendokumentasia PIE!
- 5) Jelaskan model pendokumentasian Focus !

- 6) Sebutkan keuntungan dan kerugian model dokumentasi SOR!
- 7) Sebutkan keuntungan dan kerugian model dokumentasi POR!
- 8) Sebutkan keuntungan dan kerugian model dokumentasi CBE!
- 9) Sebutkan keuntungan dan kerugian model dokumentasi PIE!
- 10) Sebutkan keuntungan dan kerugian model dokumentasi FOKUS!

Petunjuk Jawaban Latihan

Untuk menjawab pertanyaan di atas, baca dan pelajarilah bagian yang bersesuaian dengan soal di atas dan referensi lain yang terkait.

Ringkasan

Pelaksanaan asuhan keperawatan yang paripurna dan komprehensif memerlukan data yang lengkap, objektif, dapat dipercaya dan dapat dipertanggung jawabkan. Pemberian asuhan keperawatan merupakan pemberian jasa pelayanan yang bisa direkam dan dicatat secara lengkap dan jelas sehingga menjadi dokumen yang bisa menggambarkan status kondisi pasien saat ini. Untuk memudahkan kerja perawat dalam memberikan asuhan keperawatan dan sebagai jaminan mutu sehingga kegiatan pendokumentasian keperawatan dicatat secara sistematis dalam kurun waktu tertentu secara jelas, lengkap dan obyektif.

Terdapat 5 model dokumentasi yang dapat diterapkan di pelayanan kesehatan yaitu POR (*Problem Oriented Record*), SOR (*Source Oriented Record*), CBE (*Charting By Exception*), PIE (*Problem Intervention & Evaluation*) dan Fokus (*Process Oriented System*). Setiap model dokumentasi dapat diterapkan sesuai dengan kondisi pelayanan kesehatan. Model dokumentasi yang dapat dijalankan dalam proses keperawatan dapat dilaksanakan sesuai dengan pelayanan keperawatan yang tersedia. Masing-masing model dapat digunakan sesuai dengan karakteristik pelayanan keperawatan. Tidak ada model dokumentasi yang paling baik, yang baik adalah model dokumentasi yang mampu mengatasi persoalan pencatatan yang efektif dan efisien.

Tes 3

Pilihlah satu jawaban yang paling tepat!

- 1) Sistem pembuatan dokumentasi dimana setiap anggota tim kesehatan membuat sendiri catatan hasil observasinya dan melaksanakan suatu tindakan tanpa tergantung pada anggota lain, disebut
 - A. pencatatan yang beorientasi pada sumber
 - B. pencatatan yang beorientasi pada masalah
 - C. pencatatan dalam bentuk kardex
 - D. sistem pencatatan naratif

- 2) Berbagai kumpulan informasi dari dan tentang klien sejak pertama kali diterima petugas kesehatan, tertuang dalam
 - A. *problem list*
 - B. *data base*
 - C. *initial plan*
 - D. *progress note*
- 3) Berikut merupakan komponen yang terdapat dalam model dokumentasi POR, *kecuali*
 - A. data dasar
 - B. daftar masalah
 - C. daftar awal rencana asuhan
 - D. catatan medik
- 4) PIE Charting lebih efektif atau lebih tepat bila diterapkan pada seting pelayanan asuhan keperawatan klien
 - A. akut
 - B. kronis
 - C. gawat
 - D. darurat
- 5) Yang dimaksud dengan *initial plan* adalah
 - A. mengidentifikasi masalah pasien
 - B. menjelaskan langkah-langkah permulaan yang diambil untuk mengatasi tiap masalah
 - C. mencatat data pasien saat pertama kali masuk rumah sakit
 - D. mengevaluasi keadaan pasien
- 6) Model dokumentasi fokus menggambarkan suatu proses pencatatan yang memfokuskan pada
 - A. kondisi *klien*
 - B. keluhan *klien*
 - C. data-data abnormal
 - D. organisir tim kesehatan
- 7) Memudahkan perawat untuk melakukan akses secara mandiri, merupakan salah satu keuntungan dari model dokumentasi
 - A. SOR
 - B. POR
 - C. CBE
 - D. PIE

- 8) Dokumentasi bersifat superfisial tanpa data yang jelas merupakan salah satu kerugian dari model dokumentasi
- A. SOR
 - B. POR
 - C. CBE
 - D. PIE
- 9) Pernyataan berikut merupakan salah satu keuntungan dari model dokumentasi POR, *kecuali*
- A. kesinambungan pelaksanaan askep terdokumentasi dengan baik
 - B. fokus catatan askep lebih menekankan pada masalah klien dan proses menyelesaikan
 - C. data disajikan secara berurutan dan mudah dipahami
 - D. hasil evaluasi dan penyelesaian masalah disusun secara jelas
- 10) Pernyataan berikut merupakan kerugian dari model dokumentasi CBE, *kecuali*
- A. dokumentasi sangat tergantung pada "*checklist*"
 - B. kemungkinan ada pencatatan yang masih kosong
 - C. kemungkinan muncul kesulitan bilaman daftar maslah belum dilakukan tindakan
 - D. hasil pengamatan rutin sering diabaikan
 - E. tidak mengakomodasikan pencatatan disiplin ilmu lain
- 11) Keuntungan dari model dokumentasi PIE terdapat pada pernyataan di bawah ini, *kecuali*
- A. perkembangan klien dari masuk sampai pulang dapat mudah digambarkan
 - B. memungkinkan penggunaan proses keperawatan
 - C. rencana tindakan dan catatan perkembangan dapat dihubungkan
 - D. pencatatan lebih fokus dan duplikasi dapat dihindari
- 12) Pernyataan berikut yang bukan merupakan keuntungan dari model dokumentasi FOKUS
- A. waktu lebih singkat
 - B. mudah dipergunakan dan dimengerti
 - C. memungkinkan pemberian asuhan keperawatan yang kontinue
 - D. istilah fokus lebih luas dan positif dibanding penggunaan istilah problem

Kunci Jawaban Tes

Tes 1

- 1) D
- 2) C
- 3) C
- 4) A
- 5) D
- 6) B
- 7) B
- 8) B
- 9) D
- 10) D

Tes 2

- 1) A
- 2) D
- 3) B
- 4) C
- 5) D
- 6) D
- 7) B
- 8) D
- 9) A
- 10) D
- 11) D
- 12) C

Tes 3

- 1) A
- 2) B
- 3) D
- 4) A
- 5) B
- 6) B
- 7) A
- 8) B
- 9) C
- 10) C
- 11) D
- 12) C

Daftar Pustaka

- Anderson E, 2000. *Issues surrounding record keeping in district nursing practice*. British Journal of Community Nursing. 5, 7, 352-356.
- ANA Nursing World, *The Nursing Process: A Common Thread Amongst All Nurses*, copyright January 2008, American Nurses Association
- Anonim, 2010, *Practice Standard: Documentation*, The Nurses Association of New Brunswick
- A, Sheldrake D (Eds) *Health Visiting: Specialist and Higher Level Practice*. Churchill Livingstone, Edinburgh, 218-225.
- Aspirational Standards of Developmental Disabilities Nursing Practice, Developmental Disabilities Nurses Association, 2008.
- Audit Commission 2002. *Setting the Record Straight*. Audit Commission, London
- CGS, Chapter 378, 20-87a (a)-(e) *Nurse Practice Act*
<http://www.cga.ct.gov/2007/pub/Chap378.htm>
- Connecticut Board of Examiners for Nursing Declaratory Ruling – Licensed Practical Nurses
http://www.dph.state.ct.us/Public_Health_Hearing_Office/hearing_office/Nursing_Board/Guidelines/LPN_Declaratory_Ruling.pdf
- Connecticut Board of Examiners for Nursing Declaratory Ruling- Delegation by Licensed Nurses to Unlicensed Assistive Personnel Charles R, Frost J, Glynn J, Leach J, Plant A (2000) *Issues in practice*. In Robotham
- College of Nurses of Ontario, 2009, *Documentation, Revised 2008*, Toronto, Canada.
- Davy M (2001) *The benefits of care plans in patient assessment and care*. Community Nurse. 7, 4, 17-19.
- Department of Health (2003) *The Essence of Care: Patient-focused Benchmarks for Clinical Governance*. The Stationery Office, London.
- Dion X (2001) *Record keeping and nurse prescribing: an area of concern*. British Journal of Community Nursing. 6, 4, 193-198.

- Fitri. 2009. <http://infobidanfitri.blogspot.com/2009/03/model-pendokumentasian-asuhan-kebidanan.html>. 06 Oktober 2011.
- Griffith R (2004) *Putting the record straight: the importance of documentation*. British Journal of Community Nursing. 9, 3, 122-125.
- Hebda, T. Czar, P. Mascara, C. (2005). *Handbook of Informatics for Nurses and Healthcare Professionals* 3rd Edition New York Pearson Prentice Hall.
- Health Visitors Association (1991) *In Their Own Hands*. HVA, London.
- Hutahaean, S, 2010, *Konsep dan Dokumentasi Proses Keperawatan*, CV.Trans Infomedia, Jakarta.
- [http://www.dph.state.ct.us/Public Health Hearing Office/hearing office/Nursing Board/Guidelines/unlicensed ap dec rul.pdf](http://www.dph.state.ct.us/Public%20Health%20Hearing%20Office/hearing_office/Nursing%20Board/Guidelines/unlicensed%20ap%20dec%20rul.pdf).
- Iyer, P.W., and Camp.N.H, *Dokumentasi Keperawatan: Suatu pendekatan Proses Keperawatan, edisi 3*, editor Rosidah D, EGC, Jakarta.
- Nursalam. 2001. *Proses dan Dokumentasi Keperawatan Konsep dan Praktik edisi 1*. Jakarta : Salemba Medika, Jakarta.
- Nursing and Midwifery Council (2002) *Guidelines for Records and Record Keeping*. NMC, London.
- Nursing and Midwifery Council (2003) *Professional Conduct Annual Report 2002/2003*. NMC, London.
- Rahayu Iskandar. 2001. [http://www.scribd.com/doc/12359380/ Model-Dokumentasi-Keperawatan-Rahayu-Iskandar](http://www.scribd.com/doc/12359380/Model-Dokumentasi-Keperawatan-Rahayu-Iskandar). 06 Oktober 2011.
- Scott, R.W. (2006). *Legal Aspects of Documenting Patient Care for Rehabilitation Professionals* (3rd ed.). Sudbury, MA: Jones and Bartlett Publishers.
- Tingle J, 2002. *Health professionals keep making the same mistakes*. British Journal of Nursing. 11, 7, 414.
- Toms EC, 1992. *Evaluating the quality of patient care in district nursing*. Journal of Advanced Nursing. 17, 12, 1489-1495

BAB III

DOKUMENTASI ASUHAN KEPERAWATAN BERDASARKAN METODE PROSES KEPERAWATAN

*Abdul Ghofur, SKP., M.Kes
Yustiana Olfah, APP., M.Kes.*

PENDAHULUAN

Dokumentasi keperawatan merupakan aspek penting dalam praktik keperawatan. Dokumentasi keperawatan memberikan gambaran catatan kesehatan klien dan dijadikan alat komunikasi dengan tenaga kesehatan lainnya. Kualitas dari dokumentasi keperawatan tercermin dari standar yang diterapkan terhadap dokumentasi tersebut. Dokumentasi keperawatan juga dapat menggambarkan kualitas proses keperawatan yang diberikan oleh seorang perawat.

Proses keperawatan adalah metode pemberian asuhan keperawatan yang dilakukan secara sistematis, teratur dan berkelanjutan untuk membantu klien/pasien mengatasi masalah keperawatan yang dihadapinya melalui serangkaian intervensi berdasarkan ilmu dan kiat keperawatan. Proses tersebut meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, tindakan dan evaluasi.

Pendokumentasian proses keperawatan sangatlah penting dalam menjaga kualitas dan kontinuitas pelayanan keperawatan. Untuk itu dokumentasi dalam setiap tahapan proses keperawatan yang terdiri dari pengkajian, penentuan diagnosa, intervensi, implementasi dan evaluasi perlu dipelajari dengan baik, agar pencatatan asuhan perawatan dapat terjamin.

Pada Bab 3 ini akan dibahas dokumentasi pada proses keperawatan yang akan dibagi menjadi lima pokok bahasan yaitu dokumentasi pengkajian keperawatan, dokumentasi diagnosa keperawatan, dokumentasi perencanaan keperawatan, dokumentasi implementasi keperawatan dan dokumentasi evaluasi keperawatan.

Untuk membantu proses belajar mandiri Anda, materi dalam Bab 3 ini dikemas dalam empat topik yaitu:

Topik 1 : Dokumentasi pada Pengkajian.

Topik 2 : Dokumentasi pada Perencanaan.

Topik 3 : Dokumentasi pada Diagnosa Keperawatan.

Topik 4 : Dokumentasi pada Implementasi dan Evaluasi keperawatan.

Topik 1

Dokumentasi pada Pengkajian

Proses keperawatan adalah metode pemberian asuhan keperawatan yang dilakukan secara sistematis, teratur dan berkelanjutan untuk membantu klien/pasien mengatasi masalah keperawatan yang dihadapinya melalui serangkaian intervensi berdasarkan ilmu dan kiat keperawatan. Proses tersebut meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, tindakan dan evaluasi.

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan yang secara sistematis data dikumpulkan dan di evaluasi untuk menentukan status kesehatan *klien*. Tahap ini merupakan dasar dalam mengidentifikasi kebutuhan keperawatan *klien*. Pengkajian yang akurat, sistematis dan kontinu akan membantu menentukan tahapan selanjutnya dalam proses keperawatan.

Tujuan Umum:

Setelah mempelajari Topik 1 diharapkan Anda mampu mendokumentasikan pengkajian dalam proses keperawatan.

Tujuan Khusus:

Setelah mempelajari Topik 1 diharapkan Anda mampu:

1. Menjelaskan pengertian dokumentasi pengkajian keperawatan.
2. Menyebutkan tujuan dokumentasi dalam pengkajian.
3. Menyebutkan jenis dokumentasi pengkajian.
4. Menjelaskan metode memperoleh data.
5. Menyebutkan masalah yang sering terjadi saat pendokumentasian pengkajian.

URAIAN MATERI

1. Pengertian Dokumentasi Pengkajian

Dokumentasi pengkajian merupakan catatan tentang hasil pengkajian yang dilaksanakan untuk mengumpulkan informasi dari pasien, membuat data dasar tentang klien, dan membuat catatan tentang respons kesehatan klien. Dengan demikian hasil pengkajian sangat mendukung untuk mengidentifikasi masalah kesehatan klien dengan baik dan tepat.

2. Tujuan

Metode dokumentasi dalam pengkajian keperawatan bertujuan untuk:

- a. Hasil dokumentasi pada pengkajian akan menjadi dasar penulisan rencana asuhan keperawatan.

- b. Mengidentifikasi kebutuhan dan respons klien terhadap masalah-masalah yang dialami klien.
- c. Data yang diperoleh dari klien dapat terdokumentasi dengan baik sehingga dapat digabungkan dan diorganisasikan sesuai hasil pengkajian.
- d. Memberikan keyakinan tentang informasi dasar tentang kesehatan klien, untuk dijadikan referensi status kesehatannya saat ini atau yang lalu
- e. Memberikan data yang cukup untuk menentukan strategi perawatan yang sesuai dengan kebutuhan klien.

3. Jenis dokumentasi Pengkajian

Dalam melaksanakan dokumentasi pada fase pengkajian perlu kita ketahui dahulu tentang jenis dokumentasi pengkajian yang meliputi:

- a. Dokumentasi pada saat pengkajian awal atau dikenal dengan Initialassessment. Dokumentasi yang dibuat manakala pasien pertama kali masuk rumah sakit. Data yang dikaji pada pasien berupa data awal yang digunakan sebagai dasar dalam pemberian asuhan keperawatan.
- b. Dokumentasi pengkajian lanjutan atau Ongoing assessment. Data pada pendokumentasian ini merupakan pengembangan data dasar, yang dilakukan untuk melengkapi pengkajian awal agar semua data menjadi lengkap sehingga mendukung informasi tentang permasalahan kesehatan pasien. Hasil pengkajian pada dokumentasi ini di masukkan dalam catatan perkembangan pasien atau pada lembar data penunjang.
- c. Dokumentasi pengkajian ulang (*reassessment*) merupakan pencatatan terhadap hasil pengkajian yang didapat dari informasi selama evaluasi. Dalam hal ini perawat mengevaluasi kemajuan data terhadap masalah klien yang sudah ditemukan.

4. Jenis Data pada Pengkajian

Dalam melakukan pengkajian kita mengenal data itu menjadi 2 yaitu data subjektif dan data objektif.

a. Data Subjektif

Data subjektif diperoleh dari hasil pengkajian terhadap pasien dengan tehnik wawancara, keluarga, konsultan, dan tenaga kesehatan lainnya serta riwayat keperawatan. Data ini berupa keluhan atau persepsi subjektif pasien terhadap status kesehatannya.

b. Data Objektif

Informasi data obyektif diperoleh dari hasil observasi, pemeriksaan fisik, hasil pemeriksaan penunjang dan hasil laboratorium. Fokus dari pengkajian data obyektif berupa: status kesehatan, pola koping, fungsi status respons pasien terhadap terapi, risiko untuk masalah potensial, dukungan terhadap pasien. Karakteristik data yang diperoleh dari hasil pengkajian seharusnya memiliki karakteristik yang lengkap, akurat, nyata dan relevan. Data yang lengkap mampu mengidentifikasi semua masalah keperawatan pada pasien.

Perawat harus memperoleh data yang akurat dan terukur. Jika data yang tidak sesuai dengan yang diharapkan, maka perawat sebaiknya memvalidasi data dengan melakukan wawancara ulang langsung dengan pasiennya. Data dalam pengkajian juga harus relevan dengan kondisi pasien saat ini. Pendokumentasian data yang dikumpulkan memakan waktu cukup lama untuk mengidentifikasi data, untuk itu perawat perlu mengantisipasinya dengan membuat catatan ringkas dan jelas yang menggambarkan kondisi pasien saat ini.

5. Metode Memperoleh Data

Untuk memperoleh data pada tahap pengkajian, metode yang digunakan adalah komunikasi yang efektif, observasi dan pemeriksaan fisik.

a. Komunikasi yang efektif

Komunikasi dalam pengkajian keperawatan lebih dikenal dengan komunikasi terapeutik merupakan upaya mengajak klien dan keluarga untuk bertukar pikiran dan perasaan. Untuk dapat memperoleh data yang akurat perawat perlu menjadi pendengar aktif terhadap keluhan pasien, adapun unsur yang menjadi pendengar yang aktif adalah:

- 1) Mengurangi hambatan dalam berkomunikasi
- 2) Memperhatikan keluhan yang disampaikan oleh pasien dan menghubungkannya dengan keluhan yang dialami oleh pasien
- 3) Mendengarkan dengan penuh perhatian apa yang dikeluhkan pasien
- 4) Memberikan kesempatan pasien untuk menyelesaikan pembicaraannya, bersikap empati dan hindari untuk interupsi.
- 5) Berikan perhatian penuh pada saat berbicara dengan pasien.

Data yang lengkap memerlukan upaya pengkajian yang fokus dan lebih komprehensif. Beberapa persyaratan yang harus dipenuhi agar data yang diperoleh menjadi data yang baik adalah menjaga kerahasiaan pasien, memperkenalkan diri, menjelaskan tujuan wawancara, pertahankan kontak mata serta mengusahakan agar saat pengkajian tidak tergesa-gesa.

b. Observasi

Observasi merupakan tahap kedua dari pengumpulan data. Pada pengumpulan data ini perawat mengamati perilaku dan melakukan observasi perkembangan kondisi kesehatan pasien. Kegiatan observasi meliputi *sight, smell, hearing, feeling, dan taste*. Kegiatan tersebut mencakup aspek fisik, mental, sosial dan spiritual.

c. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik dilakukan berbarengan dengan wawancara, yang menjadi fokus perawat pada pemeriksaan ini adalah kemampuan fungsional pasien. Misalnya pasien mengeluh sakit jantung, maka perawat mengkaji apakah gangguan tersebut mempengaruhi klien dalam melaksanakan kegiatan sehari-hari. Tujuan dari pemeriksaan fisik ini adalah untuk menentukan status kesehatan klien, mengidentifikasi masalah kesehatan dan mengambil data dasar untuk menentukan rencana tindakan perawatan.

6. Masalah yang Sering Terjadi Saat Pengumpulan Data

Beberapa permasalahan yang sering terjadi pada saat pengumpulan data adalah:

- a. Ketidakmampuan perawat mengorganisir data.
- b. Kehilangan data yang telah di kumpulkan.
- c. Adanya data yang tidak relevan.
- d. Adanya duplikasi data.
- e. Data tidak lengkap.
- f. Kegagalan dalam mengambil data dasar yang baru.
7. Interpretasi data dalam mengobservasi perilaku.

Latihan

Untuk memperdalam pemahaman Anda mengenai materi praktikum di atas, kerjakanlah latihan berikut!

Ambillah dan analisa satu dokumentasi keperawatan di tempat Anda bekerja baik di Puskesmas maupun rumah sakit:

- 1) Apakah ada duplikasi data?
- 2) Apakah ada yang tidak relevan ?
- 3) Bagaimana dengan kelengkapan datanya?

Petunjuk Jawaban Latihan

- 1) Baca secara seksama uraian materi Topik 1 di atas.
- 2) Untuk menambah wawasan sebaiknya Anda melakukan *browsing* internet.

Ringkasan

Dokumentasi pengkajian merupakan catatan tentang hasil pengkajian yang dilaksanakan untuk mengumpulkan informasi dari pasien, membuat data dasar tentang klien, dan membuat catatan tentang respons kesehatan *klien*. Dengan demikian hasil pengkajian dapat mendukung untuk mengidentifikasi masalah kesehatan klien dengan baik dan tepat. Tujuan dari dokumentasi pada intinya untuk mendapatkan data yang cukup untuk menentukan strategi perawatan. Terdapat 3 jenis dokumentasi yaitu *initial assesment*, *ongoing assesment*, dan *reassesment*. Dikenal dua jenis data pada pengkajian yaitu data objektif dan subjektif. Perawat perlu memahami metode memperoleh data. Dalam memperoleh data tidak jarang terdapat masalah yang perlu diantisipasi oleh perawat. Data hasil pengkajian perlu didokumentasikan dengan baik.

Tes 1

Pilihlah satu jawaban yang paling tepat!

- 1) Berikut merupakan pernyataan yang benar tentang dokumentasi pengkajian
 - A. catatan tentang hasil pengkajian
 - B. merupakan tahap awal dari proses perawatan
 - C. merupakan dasar dalam mengidentifikasi kebutuhan keperawatan klien
 - D. menentukan tahapan selanjutnya

- 2) Dokumentasi yang dibuat manakala pasien pertama kali masuk rumah sakit disebut
 - A. *early assessment*
 - B. *initial assement*
 - C. *ongoing assesment*
 - D. *first assesment*

- 3) Data pada pendokumentasian ini merupakan pengembangan data dasar, disebut
 - A. *initial assessment*
 - B. *midlessesment*
 - C. *ongoing assesment*
 - D. *reassesment*

- 4) Metode yang dapat digunakan dalam memperoleh data antara lain
 - A. diskusi
 - B. observasi
 - C. dokumentasi
 - D. hasil terapi

- 5) Berikut merupakan kegiatan observasi kecuali
 - A. *sight*
 - B. *hearing*
 - C. *touch*
 - D. *feeling*

Topik 2

Dokumentasi Diagnosa Keperawatan

A. PENDAHULUAN

Diagnosa keperawatan merupakan tahap selanjutnya pada proses keperawatan yang dilakukan setelah pengkajian. Diagnosa keperawatan merupakan dasar dalam penyusunan rencana tindakan asuhan keperawatan. Dokumentasi diagnosa keperawatan perlu diperhatikan karena diagnosa keperawatan merupakan dasar dalam penyusunan perencanaan keperawatan, oleh karena itu diagnosa keperawatan ini harus terdokumentasi dengan baik.

1. Tujuan Umum:

Setelah mempelajari Topik 2 diharapkan Anda mampu mendokumentasikan diagnosa keperawatan.

2. Tujuan khusus:

Setelah mempelajari Topik 2 diharapkan Anda mampu:

- a. Menjelaskan dokumentasi diagnosa keperawatan.
- b. Menjelaskan perbedaan diagnosa keperawatan dan diagnosa medis.
- c. Menyebutkan tujuan dokumentasi diagnosa keperawatan keperawatan.
- d. Menjelaskan metode dokumentasi diagnosa keperawatan.
- e. Menyebutkan langkah-langkah dalam penulisan diagnosa keperawatan.
- f. Menjelaskan kategori diagnosa keperawatan.

B. URAIAN MATERI

1. Pengertian

Diagnosa keperawatan adalah keputusan klinis mengenai seseorang, keluarga, atau masyarakat sebagai akibat dari masalah kesehatan atau proses kehidupan yang aktual atau potensial. Diagnosa keperawatan merupakan dasar dalam penyusunan rencana tindakan asuhan keperawatan. Diagnosis keperawatan sejalan dengan diagnosis medis sebab dalam mengumpulkan data-data saat melakukan pengkajian keperawatan yang dibutuhkan untuk menegakkan diagnosa keperawatan ditinjau dari keadaan penyakit dalam diagnosa medis.

NANDA menyatakan bahwa diagnosa keperawatan adalah "keputusan klinik tentang respons individu, keluarga dan masyarakat tentang masalah kesehatan aktual atau potensial, sebagai dasar seleksi intervensi keperawatan untuk mencapai tujuan asuhan keperawatan sesuai dengan kewenangan perawat". Semua diagnosa keperawatan harus didukung oleh data, dimana menurut NANDA diartikan sebagai "definisi karakteristik". Definisi karakteristik tersebut dinamakan "tanda dan gejala", Tanda adalah sesuatu yang dapat diobservasi dan gejala adalah sesuatu yang dirasakan oleh klien.

Apabila perawat menegakan diagnosa keperawatan maka dokter menegakan diagnosa medik, Tabel dibawah ini menunjukkan perbedaan antara diagnosa medis dan diagnosa keperawatan.

Tabel 3.1
Perbedaan Diagnosa Keperawatan dan Diagnosa Medis

Diagnosa Medis	Diagnosa Keperawatan
Fokus: Faktor-faktor pengobatan penyakit.	Fokus: reaksi/respons klien terhadap tindakan keperawatan dan tindakan medis/lainnya.
Orientasi: keadaan patologis.	Orientasi: kebutuhan dasar individu.
Cenderung tetap, mulai sakit sampai sembuh.	Berubah sesuai perubahan respons klien.
Mengarah pada tindakan medis yang sebagian dilimpahkan kepada perawat.	Mengarah pada fungsi mandiri perawat dalam melaksanakan tindakan dan evaluasinya.

2. Tujuan Dokumentasi Diagnosa Keperawatan

Tujuan dokumentasi diagnosa keperawatan adalah:

- Menyampaikan masalah klien dalam istilah yang dapat dimengerti semua perawat.
- Mengenali masalah-masalah utama klien pada pengkajian.
- Mengetahui perkembangan keperawatan.
- Masalah dimana adanya respons klien terhadap status kesehatan atau penyakit.
- Faktor-faktor yang menunjang atau menyebabkan suatu masalah (*etiologi*).
- Kemampuan klien untuk mencegah atau menyelesaikan masalah.

3. Metode Dokumentasi

Metode dokumentasi diagnosa keperawatan meliputi:

- Tuliskan masalah/problem pasien atau perubahan status kesehatan pasien.
- Masalah yang dialami pasien didahului adanya penyebab dan keduanya dihubungkan dengan kata "sehubungan dengan atau berhubungan dengan".
- Setelah masalah (*problem*) dan penyebab (*etiologi*), kemudian diikuti dengan tanda dan gejala (*symtom*) yang dihubungkan dengan kata "ditandai dengan".
- Tulis istilah atau kata-kata yang umum digunakan.
- Gunakan bahasa yang tidak memvonis.

4. Langkah-Langkah Penulisan Diagnosa Keperawatan

Langkah-langkah dalam penulisan diagnosa keperawatan terdiri dari:

a. Pengelompokan Data dan Analisa data

1) Data Subjektif

Contoh

"Klien mengeluhkan nyeri saat menelan karena ada tumor di leher, akibatnya BB turun lebih dari 10 kg dalam 12 bulan berakhir, karena nyeri menelan."

2) Data Objektif

Contoh : TB = 165 cm, BB = 45 kg

b. Interpretasi data

Contoh: Gangguan pemenuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh.

c. Validasi data

Validasi data ini dilakukan untuk memastikan ke akuratan diagnosa dimana perawat bersama klien memvalidasi diagnosa sehingga diketahui bahwa klien setuju dengan masalah yang sudah dibuat dan faktor-faktor yang mendukungnya. Contoh: Perawat mengukur BB klien akibat tumor yang dideritanya.

d. Penyusunan Diagnosa Keperawatan (dengan rumusan P+E+S)

P = Problem

E = Etiolog

S = Symptom.

Contoh: Gangguan pemenuhan nutrisi : kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake yang tidak adekuat ditandai dengan klien mengatakan BB turun lebih dari 10 kg dalam 12 bulan terakhir, TB = 165 cm, BB = 45 kg.

Dari contoh diagnosa di atas, dapat diketahui:

■ Problemnya adalah: gangguan pemenuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh.

■ Etiologinya adalah: *intake* yang tidak adekuat.

Symtomnya adalah: klien mengatakan BB turun lebih dari 10 kg dalam 12 bulan terakhir, klien mengeluh nyeri saat menelan, sehinggann menghindari untuk tidak makan, TB = 170 cm, BB = 50 kg.

Tabel 3.2

Contoh Format Analisa Data

Nama Pasien :

Ruang :

Umur :

No Reg :

Tanggal di temukan	Symptom (S)	Etiologi (E)	Problem (P)

5. Katagori Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan dapat dibedakan menjadi 5 kategori: (1) Aktual, (2) Resiko, (3) Kemungkinan, (4) Keperawatan *welness*, (5) Keperawatan Sindrom.

a. *Aktual*

Diagnosa Keperawatan aktual menjelaskan masalah nyata saat ini sesuai dengan data klinik yang ditemukan. Syarat menegakkan diagnosa keperawatan aktual harus ada unsur PES. Symptom (S) harus memenuhi kriteria mayor dan sebagian kriteria minor dari pedoman diagnosa NANDA.

Misalnya: Hasil pengkajian diperoleh data klien mual, muntah, diare dan turgor jelek selama 3 hari. Diagnosa: Kekurangan volume cairan tubuh berhubungan dengan kehilangan cairan secara abnormal.

b. *Risiko*

Diagnosa Keperawatan Risiko menjelaskan masalah kesehatan yang nyata akan terjadi jika tidak dilakukan intervensi. Syarat menegakkan risiko diagnosa keperawatan adanya unsur PE (problem dan etiologi). Penggunaan istilah "risiko dan risiko tinggi" tergantung dari tingkat keparahan/kerentanan terhadap masalah. CDiagnosa: "Risiko gangguan integritas kulit berhubungan dengan diare yang terus menerus".

c. *Kemungkinan*

Diagnosa Keperawatan Kemungkinan menjelaskan bahwa perlu adanya data tambahan untuk memastikan masalah keperawatan kemungkinan. Pada keadaan ini masalah dan faktor pendukung belum ada tapi sudah ada faktor yang dapat menimbulkan masalah. Syarat menegakkan kemungkinan diagnosa keperawatan adanya unsur respons (Problem) dan faktor yang mungkin dapat menimbulkan masalah tetapi belum ada.

Contoh:

Diagnosa: Kemungkinan gangguan konsep diri: rendah diri/terisolasi berhubungan dengan diare. Perawat dituntut untuk berfikir lebih kritis dan mengumpulkan data tambahan yang berhubungan dengan konsep diri.

d. *Diagnosa Keperawatan "Wellness"*

Diagnosa keperawatan *wellness* (sejahtera) adalah keputusan klinik tentang keadaan individu, keluarga, dan atau masyarakat dalam transisi dari tingkat sejahtera tertentu ke tingkat sejahtera yang lebih tinggi. Ada 2 kunci yang harus ada:

- 1) Sesuatu yang menyenangkan pada tingkat kesejahteraan yang lebih tinggi
- 2) Adanya status dan fungsi yang efektif.

6. Petunjuk Kriteria Penulisan Diagnosa Keperawatan

Petunjuk kriteria penulisan diagnosa keperawatan sebagai berikut:

- a. Tulis masalah klien/perubahan status kesehatan klien.
- b. Pastikan bahwa masalah klien didahului adanya penyebab dan keduanya dihubungkan dengan kata "sehubungan dengan (*related to*)"
- c. Definisi karakteristik. Jika diikuti dengan penyebab kemudian dihubungkan dengan kata "ditandai dengan (*as manifested by*)".
- d. Tulis istilah yang umum digunakan.

- e. Gunakan bahasa yang tidak memvonis.
- f. Pastikan bahwa pernyataan masalah menandakan apakah keadaan yang tidak sehat dari klien atau apa yang diharapkan klien bisa dirubah.
- 7. Hindarkan menggunakan definisi karakteristik, diagnosa medis atau sesuatu yang tidak bisa dirubah dalam pernyataan masalah.
- 8. Baca ulang diagnosa keperawatan untuk memastikan bahwa pernyataan masalah bisa dicapai dan penyebabnya bisa diukur oleh perawat.

Latihan

Untuk memperdalam pemahaman Anda mengenai materi praktikum di atas, kerjakanlah latihan berikut!

Cobalah Anda buat diagnosa keperawatan Aktual, Risiko, Kemungkinan, Keperawatan wellness, Keperawatan Sindrom.

Petunjuk Jawaban Latihan

Lakukanlah dengan hati-hati, untuk mencapai hasil yang optimal.

Ringkasan

Diagnosa keperawatan adalah suatu pernyataan yang menjelaskan respons manusia (status kesehatan atau risiko perubahan pola) dari individu atau kelompok, dimana perawat secara akontabilitas dapat mengidentifikasi dan memberikan intervensi secara pasti untuk menjaga status kesehatan menurunkan, membatasi, mencegah, dan merubah. Diagnosa keperawatan adalah keputusan klinis mengenai seseorang, keluarga, atau masyarakat sebagai akibat dari masalah kesehatan atau proses kehidupan yang aktual atau potensial. Diagnosa keperawatan merupakan dasar dalam penyusunan rencana tindakan asuhan keperawatan, sangat perlu untuk didokumentasikan dengan baik.

Tes 2

Pilihlah satu jawaban yang paling tepat!

- 1) Jika pada diagnosa medis difokuskan pada faktor pengobatan penyakit, maka diagnosa keperawatan difokuskan pada
 - A. kebutuhan dasar individu
 - B. respons klien terhadap tindakan
 - C. tindakan keperawatan
 - D. memandirikan klien

- 2) Penyusunan diagnosa keperawatan merupakan langkah ke dalam penulisan diagnosa keperawatan.
- A. satu
 - B. dua
 - C. tiga
 - D. empat
- 3) Diagnosa keperawatan yang menjelaskan masalah kesehatan yang nyata akan terjadi jika tidak dilakukan intervensi disebut
- A. aktual
 - B. potensial
 - C. risiko
 - D. kemungkinan
- 4) Kunci yang harus ada saat menegakan diagnosa *welness* adalah ...
- A. sesuatu yang menyenangkan
 - B. adanya motivasi kuat dari klien
 - C. adanya status dan fungsi yang tidak efektif
 - D. tidak ada unsur P dan E
- 5) Berikut merupakan contoh data subjektif, *kecuali*
- A. klien mengeluh kepalanya pusing
 - B. klien memperlihatkan matanya yang bengkak
 - C. klien mengatakan nyerinya seperti ditusuk tusuk
 - D. klien mengatakan Bbnya turun 3 kg dalam dua hari setelah menderita DIARE

Topik 3

Dokumentasi Perencanaan Keperawatan

PENDAHULUAN

Perencanaan keperawatan merupakan tahap pada proses keperawatan yang dilakukan setelah penegakan Diagnosa Keperawatan. Perencanaan keperawatan adalah suatu rangkaian kegiatan penentuan langkah-langkah pemecahan masalah dan prioritasnya, perumusan tujuan, rencana tindakan dan penilaian asuhan keperawatan pada pasien/klien berdasarkan analisis data dan diagnosa keperawatan. Pada Topik 3 ini anda akan mempelajari tentang dokumentasi pada perencanaan keperawatan.

Tujuan Umum: Setelah mempelajari Topik 3 diharapkan Anda mampu mendokumentasikan perencanaan keperawatan.

Tujuan Khusus: Setelah mempelajari Topik 3, Anda diharapkan mampu:

1. Menjelaskan dokumentasi pada perencanaan keperawatan.
2. Menjelaskan tujuan dokumentasi perencanaan.
3. Menyebutkan tahapan penyusunan rencana keperawatan.
4. Menyebutkan karakteristik pendokumentasian rencana tindakan keperawatan.

1. Pengertian

Perencanaan merupakan pengembangan dari strategi untuk mencegah, mengurangi atau mengoreksi masalah-masalah yang diidentifikasi pada diagnosa keperawatan. Pada tahap ini perawat membuat rencana tindakan keperawatan untuk mengatasi masalah dan meningkatkan kesehatan pasien. Perencanaan keperawatan adalah suatu rangkaian kegiatan penentuan langkah-langkah pemecahan masalah dan prioritasnya, perumusan tujuan, rencana tindakan dan penilaian asuhan keperawatan pada pasien/klien berdasarkan analisis data dan diagnosa keperawatan.

2. Tujuan

Tujuan dokumentasi perencanaan keperawatan adalah:

- a. Untuk mengidentifikasi fokus keperawatan kepada klien atau kelompok
- b. Untuk membedakan tanggungjawab perawat dengan profesi kesehatan lainnya
- c. Untuk menyediakan suatu kriteria guna pengulangan dan evaluasi Keperawatan
- d. Untuk menyediakan kriteria klasifikasi klien
- e. Menyediakan suatu pedoman dalam penulisan.

Perawat menggunakan metode ilmiah dalam penyusunan rencana tindakan keperawatan, meliputi: (1) Mendefinisikan masalah (diagnosa); (2) Mengidentifikasi

kemungkinan alternatif; dan (3) Menyeleksi alternatif yang mungkin. Jika diagnosa keperawatan dan kriteria hasil sudah tersusun, maka perlu mengambil keputusan tentang bagaimana mempromosikan, mempertahankan atau meningkatkan kesehatan klien.

3. Tahap-tahap Perencanaan Keperawatan

Dalam membuat rencana keperawatan, ada beberapa hal yang perlu untuk diperhatikan sebagai berikut:

- a. Menentukan Prioritas Masalah.
- b. Menentukan Tujuan dan Kriteria Hasil.
- c. Menentukan Rencana Tindakan.
- d. Dokumentasi.

Tahap 1: Menentukan Prioritas Masalah.

Prioritas masalah merupakan upaya perawat untuk mengidentifikasi respons klien terhadap masalah kesehatannya, baik aktual maupun potensial. Untuk menetapkan prioritas masalah seringkali digunakan hierarki kebutuhan dasar manusia. Pada kenyataannya perawat tidak mampu menyelesaikan permasalahan klien secara bersamaan, oleh karena itu diperlukan upaya untuk memprioritaskan masalah. Prioritas diagnosa dibedakan dengan diagnosa yang penting sebagai berikut:

- a. Prioritas diagnosa merupakan diagnosa keperawatan, jika tidak diatasi saat ini akan berdampak buruk terhadap kondisi status fungsi kesehatan *klien*.
- b. Diagnosa penting adalah diagnosa atau masalah kolaboratif dimana intervensi dapat di tunda tanpa mempengaruhi status fungsi kesehatan *klien*.

Hierarki yang biasa dijadikan dasar untuk menetapkan prioritas masalah adalah hirarki Maslow; kegawatan masalah kesehatan berupa ancaman kesehatan maupun ancaman kehidupan; tingkat masalah berdasarkan aktual, risiko, potensial dan sejahtera sampai sindroma; keinginan pasien.

Tahap 2 : Menentukan Tujuan dan Kriteria Hasil (*outcome*).

Membuat tujuan berarti membuat standar atau ukuran yang digunakan untuk melakukan evaluasi terhadap perkembangan *klien* dan keterampilan dalam merawat *klien*. Tujuan keperawatan yang baik adalah pernyataan yang menjelaskan suatu tindakan yang dapat diukur berdasarkan kemampuan dan kewenangan perawat. Karena kriteria hasil diagnosa keperawatan mewakili status kesehatan klien yang dapat dicapai atau di pertahankan melalui rencana tindakan keperawatan yang mandiri, sehingga dapat membedakan antara diagnosa keperawatan dan masalah kolaboratif. Hasil dari diagnosa keperawatan tidak dapat membantu mengevaluasi efektivitas intervensi keperawatan jika tindakan medis juga diperlukan.

- a. Tujuan Perawatan berdasarkan SMART yaitu:
 - 1) S : Spesific (tidak memberikan makna ganda).

- 2) M : Measurable (dapat diukur, dilihat, didengar, diraba, dirasakan ataupun dibantu).
- 3) A : Achievable (secara realistis dapat dicapai).
- 4) R : Reasonable (dapat dipertanggung jawabkan secara ilmiah).
- 5) T : Time (punya batasan waktu yang sesuai dengan kondisi klien).

Contoh: Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1 x 24 jam, masalah gangguan rasa nyaman: nyeri dapat terasi.

b. Kriteria Hasil

Kriteria hasil merupakan standar yang harus dicapai manakala perawat memberikan asuhan keperawatan. Kriteria ini dipakai sebagai dasar untuk memberikan pertimbangan terhadap rencana tindakan yang akan diberikan kepada klien. Karakteristik kriteria hasil yang perlu mendapatkan perhatian adalah:

- 1) Berhubungan dengan tujuan perawatan yang telah ditetapkan.
- 2) Dapat dicapai.
- 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 di tuliskan hasilnya batas ukuran yang ditetapkan atau sesuai.

Contoh : capillary refills kurang dari 2 detik.

Tahap 3 : Rencana Tindakan Keperawatan (*nursing order*)

Rencana tindakan yang akan diberikan pada pasien ditulis secara spesifik, jelas dan dapat di ukur. Rencana perawatan dibuat selaras dengan rencana medis, sehingga saling melengkapi dalam meningkatkan status kesehatan pasien.

Dalam merumuskan rencana tindakan yang perlu diperhatikan adalah:

- a. Rencana tindakan keperawatan merupakan desain spesifik intervensi yang membantu klien mencapai kriteria hasil
- b. Dokumentasi rencana tindakan yang telah diimplementasikan harus ditulis dalam sebuah format agar dapat membantu perawat untuk memproses informasi yang didapatkan selama tahap pengkajian dan diagnosa keperawatan
- c. Perencanaan bersifat individual sesuai dengan kondisi dan kebutuhan klien
- d. Bekerjasama dengan klien dalam merencanakan intervensi

3. Karakteristik Pendokumentasian Rencana Tindakan Keperawatan

Karakteristik dalam pendokumentasian rencana tindakan keperawatan dapat terlihat sebagai berikut:

~~■~~ **Keperawatan Anak** ~~■~~

- a. *Di tulis oleh perawat*

Rencana tindakan dibuat oleh perawat dengan mempertimbangkan aspek profesionalisme sehingga rencana yang dibuat di dokumentasikan den dengan baik dan benar

- b. *Dilaksanakan setelah kontak pertama kali dengan pasien*

Segera setelah melakukan pengkajian, perawat seharusnya memulai untuk melakukan pendokumentasiannya diikuti dengan penentuan diagnosa keperawatan baik aktual atau risiko, tujuan, kriteria hasil, rencana tindakan.

- c. *Disimpan dalam tempat yang mudah untuk dijangkau*

Dokumentasi yang telah dilakukan oleh perawat, hendaknya di simpan di tempat yang mudah dijangkau oleh perawat atau tim kesehatan lainnya.

- d. Informasi yang ada harus diperbaharui

Semua komponen dalam rencana perawatan harus selalu diperbaharui. Tujuan, kriteria hasil dan rencana tindakan tidak valid harus diperbaiki.

Contoh: Rencana Tindakan Keperawatan

Nama Pasien : Ruang :

Umur : Register :

No Dx	Tujuan dan Kriteria Hasil	Rencana Tindakan	Rasional	Nama dan Paraf

Latihan

Untuk memperdalam pemahaman Anda mengenai materi praktikum di atas, kerjakanlah latihan berikut!

- Berdasarkan latihan yang Anda buat pada Topik 2, pilihlah salah satu diagnosanya kemudian susunlah perencanaannya yang memenuhi kriteria SMART.

Ringkasan

Perencanaan keperawatan adalah suatu rangkaian kegiatan penentuan langkah-langkah pemecahan masalah dan prioritasnya, perumusan tujuan, rencana tindakan dan penilaian asuhan keperawatan pda pasien/*klien* berdasarkan analisis data dan diagnosa keperawatan.

Dalam penyusunan rencana tindakan keperawatan perawat menggunakan metode ilmiah dengan memperhatikan kaidah-kaidah dalam merumuskan perencanaan dan pendokumentasiannya.

Tes 3

Pilihlah A. jika jawaban 1, 2 benar

B. jika 1, 3 benar

C. jika 2, 3 benar; dan

D. jika 1, 2, 3 benar.

- 1) Berikut merupakan hal-hal yang perlu diperhatikan dalam membuat rencana keperawatan
 - (1) menentukan prioritas masalah
 - (2) menentukan tujuan dan kriteria hasil
 - (3) menentukan rencana tindakan
- 2) Karakteristik kriteria hasil yang perlu mendapatkan perhatian adalah
 - (1) berhubungan dengan tujuan perawatan yang telah ditetapkan
 - (2) menuliskan kata positif
 - (3) menggunakan kata kerja
- 3) Perawat menggunakan metode ilmiah dalam penyusunan rencana tindakan keperawatan, meliputi
 - (1) mendefinisikan masalah (diagnosa)
 - (2) mengidentifikasi kemungkinan alternatif
 - (3) menyeleksi alternatif yang mungkin
- 4) Hal yang perlu diperhatikan dalam merumuskan rencana tindakan adalah
 - (1) merupakan desain spesifik intervensi yang membantu klien mencapai kriteria hasil
 - (2) dokumentasi harus ditulis dalam suatu format
 - (3) perencanaan bersifat individual
- 5) Pernyataan berikut merupakan karakteristik dalam pendokumentasian rencana tindakan keperawatan
 - (1) ditulis oleh perawat
 - (2) dilaksanakan setelah kontak pertamakali dengan pasien
 - (3) informasi yang ada harus diperbaharui

Topik 4

Dokumentasi Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

A. PENDAHULUAN

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Ukuran implementasi keperawatan yang diberikan kepada klien terkait dengan dukungan, pengobatan, tindakan untuk memperbaiki kondisi, pendidikan untuk klien-keluarga, atau tindakan untuk mencegah masalah kesehatan yang muncul di kemudian hari. Semua implementasi keperawatan harus terdokumentasi dengan baik. Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari rangkaian proses keperawatan yang berguna apakah tujuan dari tindakan keperawatan yang telah dilakukan tercapai atau perlu pendekatan lain. Kegiatan ini perlu terdokumentasi dengan baik. Dalam Topik 4 ini Anda akan mempelajari tentang dokumentasi evaluasi keperawatan.

Tujuan Umum:

Setelah mempelajari Topik 4 (empat) ini diharapkan Anda mampu mendokumentasikan implementasi dan evaluasi keperawatan.

Tujuan Khusus:

Setelah mempelajari Topik 4 diharapkan Anda mampu :

1. Menjelaskan dokumentasi pada pelaksanaan implementasi keperawatan.
2. Menyebutkan kategori implementasi keperawatan.
3. Menyebutkan Jenis Implementasi keperawatan.
4. Menjelaskan tahap-tahap implementasi keperawatan.
5. Menyebutkan prinsip implementasi keperawatan.
6. Menjelaskan dokumentasi pada evaluasi keperawatan.
7. Menyebutkan komponen evaluasi keperawatan.
8. Menyebutkan jenis evaluasi keperawatan.
9. Menjelaskan metode evaluasi keperawatan.
10. Menjelaskan pentingnya evaluasi keperawatan.

B. URAIAN MATERI

1. Pengertian Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Ukuran implementasi

keperawatan yang diberikan kepada klien terkait dengan dukungan, pengobatan, tindakan untuk memperbaiki kondisi, pendidikan untuk klien-keluarga, atau tindakan untuk mencegah masalah kesehatan yang muncul dikemudian hari. Proses pelaksanaan implementasi harus berpusat kepada kebutuhan klien, faktor-faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan keperawatan, strategi implementasi keperawatan, dan kegiatan komunikasi.

2. Tipe Implementasi

Terdapat tiga kategori dari implementasi keperawatan, antara lain:

- a. **Cognitive Implementations**, meliputi pengajaran/pendidikan, menghubungkan tingkat pengetahuan klien dengan kegiatan hidup sehari-hari, membuat strategi untuk klien dengan disfungsi komunikasi, memberikan umpan balik, mengawasi tim keperawatan, mengawasi penampilan klien dan keluarga, serta menciptakan lingkungan sesuai kebutuhan, dan lain lain.
- b. **Interpersonal Implementations**, meliputi koordinasi kegiatan-kegiatan, meningkatkan pelayanan, menciptakan komunikasi terapeutik, menetapkan jadwal personal, pengungkapan perasaan, memberikan dukungan spiritual, bertindak sebagai advokasi klien, *role model*, dan lain lain.
- c. **Technical Implementations**, meliputi pemberian perawatan kebersihan kulit, melakukan aktivitas rutin keperawatan, menemukan perubahan dari data dasar klien, mengorganisir respons klien yang abnormal, melakukan tindakan keperawatan mandiri, kolaborasi, dan rujukan, dan lain-lain.

3. Jenis Implementasi Keperawatan

Dalam pelaksanaannya terdapat tiga jenis implementasi keperawatan, yaitu:

a. Independent Implementations

Adalah implementasi yang diprakarsai sendiri oleh perawat untuk membantu klien dalam mengatasi masalahnya sesuai dengan kebutuhan, misalnya: membantu dalam memenuhi *activity daily living* (ADL), memberikan perawatan diri, mengatur posisi tidur, menciptakan lingkungan yang terapeutik, memberikan dorongan motivasi, pemenuhan kebutuhan psiko-sosio-spiritual, perawatan alat invasive yang dipergunakan klien, melakukan dokumentasi, dan lain-lain.

b. Interdependen/Collaborative Implementations

Adalah tindakan keperawatan atas dasar kerjasama sesama tim keperawatan atau dengan tim kesehatan lainnya, seperti dokter. Contohnya dalam hal pemberian obat oral, obat injeksi, infus, kateter urin, *naso gastric tube* (NGT), dan lain-lain. Keterkaitan dalam tindakan kerjasama ini misalnya dalam pemberian obat injeksi, jenis obat, dosis, dan efek samping merupakan tanggungjawab dokter tetapi benar obat, ketepatan jadwal pemberian, ketepatan cara pemberian, ketepatan dosis pemberian, dan ketepatan klien, serta respons klien setelah pemberian merupakan tanggung jawab dan menjadi perhatian perawat.

c. *Dependent Implementations*

Adalah tindakan keperawatan atas dasar rujukan dari profesi lain, seperti ahli gizi, *physiotherapies*, psikolog dan sebagainya, misalnya dalam hal: pemberian nutrisi pada klien sesuai dengan diit yang telah dibuat oleh ahli gizi, latihan fisik (mobilisasi fisik) sesuai dengan anjuran dari bagian fisioterapi.

4. Tahap Yang Perlu Diperhatikan Dalam Implementasi

Secara operasional hal-hal yang perlu diperhatikan perawat dalam pelaksanaan implementasi keperawatan adalah:

a. *Tahap persiapan*

- 1) Menggali perasaan, analisis kekuatan dan keterbatasan profesional sendiri.
- 2) Memahami rencana keperawatan secara baik.
- 3) Menguasai keterampilan teknis keperawatan.
- 4) Memahami rasional ilmiah dari tindakan yang akan dilakukan.
- 5) Mengetahui sumber daya yang diperlukan.
- 6) Memahami kode etik dan aspek hukum yang berlaku dalam pelayanan keperawatan.
- 7) Memahami standar praktik klinik keperawatan untuk mengukur keberhasilan.
- 8) Memahami efek samping dan komplikasi yang mungkin muncul.
- 9) Penampilan perawat harus menyakinkan.

b. *Tahap pelaksanaan*

- 1) Mengkomunikasikan/menginformasikan kepada klien tentang keputusan tindakan keperawatan yang akan dilakukan oleh perawat.
- 2) Beri kesempatan kepada klien untuk mengekspresikan perasaannya terhadap penjelasan yang telah diberikan oleh perawat.
- 3) Menerapkan pengetahuan intelektual, kemampuan hubungan antar manusia dan kemampuan teknis keperawatan dalam pelaksanaan tindakan keperawatan yang diberikan oleh perawat.
- 4) Hal-hal yang perlu diperhatikan pada saat pelaksanaan tindakan adalah energi klien, pencegahan kecelakaan dan komplikasi, rasa aman, privacy, kondisi klien, respons klien terhadap tindakan yang telah diberikan.

c. *Tahap terminasi*

- 1) Terus memperhatikan respons *klien* terhadap tindakan keperawatan yang telah diberikan.
- 2) Tinjau kemajuan *klien* dari tindakan keperawatan yang telah diberikan.
- 3) Rapikan peralatan dan lingkungan *klien* dan lakukan terminasi.
- 4) Lakukan pendokumentasian.

5. Pertimbangan dalam Implementasi Keperawatan

Dalam implementasi tindakan keperawatan memerlukan beberapa pertimbangan, antara lain:

- a. *Individualitas klien*, dengan mengkomunikasikan makna dasar dari suatu implementasi keperawatan yang akan dilakukan.
- b. Melibatkan klien dengan mempertimbangkan energi yang dimiliki, penyakitnya, hakikat *stressor*, keadaan psiko-sosio-kultural, pengertian terhadap penyakit dan intervensi.
- c. Pencegahan terhadap komplikasi yang mungkin terjadi.
- d. Mempertahankan kondisi tubuh agar penyakit tidak menjadi lebih parah serta upaya peningkatan kesehatan.
- e. Upaya rasa aman dan bantuan kepada klien dalam memenuhi kebutuhannya.
- f. Penampilan perawat yang bijaksana dari segala kegiatan yang dilakukan kepada klien.

6. Prinsip Implementasi Keperawatan

Beberapa pedoman atau prinsip dalam pelaksanaan implementasi keperawatan adalah sebagai berikut:

- a. Berdasarkan respons klien.
- b. Berdasarkan ilmu pengetahuan, hasil penelitian keperawatan, standar pelayanan profesional, hukum dan kode etik keperawatan.
- c. Berdasarkan penggunaan sumber-sumber yang tersedia.
- d. Sesuai dengan tanggung jawab dan tanggung gugat profesi keperawatan.
- e. Mengerti dengan jelas pesan-pesan yang ada dalam rencana intervensi keperawatan.
- f. Harus dapat menciptakan adaptasi dengan klien sebagai individu dalam upaya meningkatkan peran serta untuk merawat diri sendiri (*self care*).
- g. Menekankan pada aspek pencegahan dan upaya peningkatan status kesehatan. Menjaga rasa aman, harga diri dan melindungi klien.
- h. Memberikan pendidikan, dukungan dan bantuan.
- i. Bersifat holistik.
- j. Kerjasama dengan profesi lain.
- k. Melakukan dokumentasi

7. Metode Implementasi

Metode implementasi keperawatan antara lain:

- a. *Membantu Dalam Aktivitas Kehidupan Sehari-hari.*

Aktivitas Kehidupan Sehari-hari (AKS) adalah aktivitas yang biasanya dilakukan sepanjang hari/normal, aktivitas tersebut mencakup: ambulasi, makan, berpakaian, mandi, menyikat gigi dan berhias. Kondisi yang mengakibatkan kebutuhan AKS dapat bersifat akut, kronis, temporer, permanen. Sebagai contoh, *klien* pascaoperatif yang tidak mampu untuk secara mandiri menyelesaikan semua AKS. Sementara terus beralih melewati periode pascaoperatif, *klien* secara bertahap ketergantungan pada perawat berkurang untuk menyelesaikan AKS.

b. Konseling

Konseling merupakan metoda implementasi yang membantu klien menggunakan proses pemecahan masalah untuk mengalami dan menangani stres dan yang memudahkan hubungan interpersonal diantara klien, keluarganya, dan tim perawatan kesehatan. *Klien* dengan diagnosa psikiatrik membutuhkan terapi oleh perawat yang mempunyai keahlian dalam keperawatan psikiatrik oleh pekerja sosial, psikiater dan psikolog.

c. Penyuluhan

Digunakan menyajikan prinsip, prosedur dan teknik yang tepat tentang perawatan kesehatan untuk klien dan untuk menginformasikan klien tentang status kesehatannya.

d. Memberikan asuhan keperawatan langsung

Untuk mencapai tujuan terapeutik *klien*, perawat melakukan intervensi untuk mengurangi reaksi yang merugikan dengan menggunakan tindakan pencegahan dan *preventive* dalam memberikan asuhan.

Contoh Format Dokumentasi Implementasi Keperawatan

No Diagnosa/ Masalah Kolaboratif	Tanggal /Jam	Tindakan	Paraf

Pedoman Pengisian Format Pelaksanaan Tindakan Keperawatan

1. Nomor diagnosis keperawatan/masalah kolaboratif.
Tuliskan nomor diagnosis keperawatan/masalah kolaboratif sesuai dengan masalah yang sudah teridentifikasi dalam format diagnosis keperawatan.
2. Tanggal/jam
Tuliskan tanggal, bulan, dan jam pelaksanaan tindakan keperawatan.
3. Tindakan
 - a. Tuliskan nomor urut tindakan.
 - b. Tindakan dituliskan berdasarkan urutan pelaksanaan tindakan.
 - c. Tuliskan tindakan yang dilakukan beserta hasil atau respons yang jelas.
 - d. Jangan lupa menuliskan nama/jenis obat, dosis, cara memberikan, dan instruksi medis yang lain dengan jelas.
 - e. Jangan menuliskan istilah sering, kecil, besar, atau istilah lain yang dapat menimbulkan persepsi yang berbeda atau masih menimbulkan pertanyaan. Contoh :memberi makan lebih sering dari biasanya. Lebih baik tuliskan pada jam berapa saja memberikan makan dan dalam berapa porsi makanan diberikan.
 - f. Untuk tindakan pendidikan kesehatan tuliskan “melakukan penkes tentang laporan penkes terlampir.

- g. Bila penkes dilakukan secara singkat tulislah tindakan dan respons pasien setelah penkes dengan jelas.
- h. Paraf. Tuliskan paraf dan nama terang.

Contoh masalah

Tuan Andika, laki-laki berusia 58 tahun, masuk di unit bedah dari ruang pemulihan setelah pemasangan pen tangan kanannya, akibat terjatuh saat bersepeda. Program medis pasca operasi untuk Tuan Andika adalah sebagai berikut: *kateter foley* untuk *drainase* berat jenis, 2% NaCl dengan KCL20 mEq untuk di infuskan selama 8 jam, Morfin sulfat 6-8, IM setiap 3-4 jam, bila nyeri.

Implementasi Keperawatan

NO. DIAGNOSIS	TGL/JAM	TINDAKAN	PARAF
Dx. 1	19-06-2013/ 07.30	Mengukur tingkat kesadaran: GCS 1-1-1,reaksi pupil terhadap cahaya(+) isokor.	
	08.00	Suhu 38C,nadi 94 X/menit,tekanan darah 180/120mmHg	
	08.15	Merapikan tempat tidur,meja dan pakaian klien	
	08.20	Memantau cairan infuse:Nacl 0,9% 20 tetes /menit	
	09.00	Mengukur suhu 38,9C dan nadi 100X/menit	
	09.30	Melakukan kolaborasi dengan dokter saat visit :rencana untuk CT scan,	
		Melakukan injeksi Memberikan penjelasan pada keluarga tentang kondisi klien terakhir,dan kebutuhan pemeriksaan CT scan.keluarga menyetujui dan menandatangani informed concent dst.	

8. Dokumentasi Evaluasi Keperawatan

Dokumentasi pada tahap evaluasi adalah membandingkan secara sistematis dan terencana tentang kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan dengan kenyataan yang ada pada klien, dilakukan dengan cara bersinambungan dengan melibatkan klien dan tenaga kesehatan lainnya. Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari rangkaian proses keperawatan yang berguna apakah tujuan dari tindakan keperawatan yang telah dilakukan tercapai atau perlu pendekatan lain.

Penilaian dalam keperawatan merupakan kegiatan dalam melaksanakan rencana tindakan yang telah ditentukan, untuk mengetahui pemenuhan kebutuhan klien secara

optimal dan mengukur hasil dari proses keperawatan. Evaluasi keperawatan adalah mengukur keberhasilan dari rencana dan pelaksanaan tindakan keperawatan yang dilakukan dalam memenuhi kebutuhan klien. Penilaian adalah tahap yang menentukan apakah tujuan tercapai. Evaluasi selalu berkaitan dengan tujuan.

9. Komponen Evaluasi

Kemajuan perkembangan status kesehatan klien dievaluasi dengan beberapa komponen yaitu kognitif, afektif, psikomotor, perubahan fungsi dan tanda dan gejala yang spesifik.

a. Kognitif (Pengetahuan)

Perkembangan status kesehatan *klien* perlu melihat aspek pengetahuan yang spesifik yang lebih rinci dari informasi yang diberikan oleh perawat.

Lingkup evaluasi pada kognitif meliputi pengetahuan *klien* terhadap penyakitnya, mengontrol gejala-gejala-nya, pengobatan, diet, aktifitas, persediaan alat-alat, resiko komplikasi, gejala yang harus dilaporkan, pencegahan, pengukuran, dan lain-lain. Evaluasi kognitif dapat diperoleh melalui interview atau tes tertulis.

1) Interview

Cara yang terbaik untuk mengevaluasi pengetahuan *klien* adalah melalui *interview*. Perawat menggunakan beberapa strategi untuk mengetahui tingkat pengetahuan klien. Strategi tersebut mencakup:

- (a) *Recall knowledge*: menanyakan kepada *klien* untuk mengingat beberapa fakta. Misalnya, "Marilah kita ulangi. Mengapa Anda disarankan untuk makan makanan yang mengandung potasium sewaktu Anda minum obat diuretik?"
- (b) *Komprehensif*: menanyakan kepada *klien* untuk menyatakan informasi yang spesifik dengan kata-kata anda sendiri. Misalnya, "Bagaimana Anda tahu bahwa glukosa darah Anda rendah?"
- (c) *Applikasi fakta*: mengajak klien pada situasi hipotesa dan tanyakan tindakan yang tepat terhadap apa yang ditanyakan. Misalnya, " Jika anda sendirian, tiba-tiba bayi anda tidak bernafas. Apa yang akan Anda lakukan?"

2) Kertas dan pensil

Perawat biasanya menggunakan kertas dan pensil untuk mengevaluasi pengetahuan *klien* terhadap hal-hal yang telah diajarkan.

b. Affektif (*status emosional*)

Affektif *klien* cenderung ke penilaian yang subjektif dan sangat sukar dievaluasi. Hasil penilaian emosi ditulis dalam bentuk perilaku yang akan memberikan suatu indikasi terhadap status emosi klien. Hasil tersebut meliputi "tukar menukar perasaan tentang sesuatu", cemas yang berkurang, ada kemauan berkomunikasi dan seterusnya".

- 1) Observasi secara langsung. Perawat mengobservasi ekspresi wajah, postur tubuh, dan nada suara serta isi pesan secara verbal pada waktu melakukan wawancara.
- 2) *Feedback* dari staf kesehatan yang lain. Perawat dapat mengkonfirmasi.

10. Jenis Evaluasi

Evaluasi disusun menggunakan SOAP secara operasional dengan sumatif (dilakukan selama proses asuhan keperawatan) dan formatif (dengan proses dan evaluasi akhir). Evaluasi dapat dibagi menjadi 2 jenis yaitu:

a. *Evaluasi berjalan (sumatif)*

Evaluasi jenis ini dikerjakan dalam bentuk pengisian format catatan perkembangan dengan berorientasi kepada masalah yang dialami oleh keluarga. format yang dipakai adalah format SOAP.

b. *Evaluasi akhir (formatif)*

Evaluasi jenis ini dikerjakan dengan cara membandingkan antara tujuan yang akan dicapai. Bila terdapat kesenjangan diantara keduanya, mungkin semua tahap dalam proses keperawatan perlu ditinjau kembali, agar didapat data-data, masalah atau rencana yang perlu dimodifikasi.

11. Metode Evaluasi

Metode yang digunakan dalam evaluasi antara lain:

- a. Observasi langsung adalah mengamati secara langsung perubahan yang terjadi dalam keluarga.
- b. Wawancara keluarga, yang berkaitan dengan perubahan sikap, apakah telah menjalankan anjuran yang diberikan perawat.
- c. Memeriksa laporan, dapat dilihat dari rencana asuhan keperawatan yang dibuat dan tindakan yang dilaksanakan sesuai dengan rencana.
- d. Latihan stimulasi, berguna dalam menentukan perkembangan kesanggupan melaksanakan asuhan keperawatan.

12. Penentuan keputusan pada tahap evaluasi

Ada 3 kemungkinan keputusan pada tahap ini:

- a. *Klien* telah mencapai hasil yang ditentukan dalam tujuan, sehingga rencana mungkin dihentikan.
- b. *Klien* masih dalam proses mencapai hasil yang ditentukan, sehingga perlu penambahan waktu, *resources*, dan intervensi sebelum tujuan berhasil.
- c. *Klien* tidak dapat mencapai hasil yang telah ditentukan, sehingga perlu:
 - 1) Mengkaji ulang masalah atau respons yang lebih akurat.
 - 2) Membuat *outcome* yang baru, mungkin *outcome* pertama tidak realistis atau mungkin keluarga tidak menghendaki terhadap tujuan yang disusun oleh perawat.
 - 3) Intervensi keperawatan harus dievaluasi dalam hal ketepatan untuk mencapai tujuan sebelumnya.

13. Alasan Pentingnya Evaluasi

- a. Menghentikan tindakan/kegiatan yang tidak berguna.

- b. Untuk menambah ketepatan tindakan keperawatan.
- c. Sebagai bukti hasil dari tindakan perawatan.
- d. Untuk pengembangan dan penyempurnaan praktik keperawatan.

14. Langkah melakukan evaluasi adalah

- a. Menentukan kriteria, standar dan pertanyaan evaluasi.
- b. Mengumpulkan data baru tentang *klien*.
- c. Menafsirkan data baru.
- d. Membandingkan data baru dengan standar yang berlaku.
- e. Merangkum hasil dan membuat kesimpulan.
- f. Melaksanakan tindakan yang sesuai berdasarkan kesimpulan.

Evaluasi didasarkan pada bagaimana efektifnya intervensi-intervensi yang dilakukan oleh keluarga, perawat dan yang lainnya. Keefektifan ditentukan dengan melihat respons keluarga dan hasil, bukan intervensi-intervensi yang diimplementasikan. Meskipun evaluasi dengan pendekatan terpusat pada klien paling relevan, seringkali membuat frustrasi karena adanya kesulitan-kesulitan dalam membuat kriteria objektif untuk hasil yang dikehendaki. Rencana perawatan mengandung kerangka kerja evaluasi.

Evaluasi merupakan proses berkesinambungan yang terjadi setiap kali seorang perawat memperbaharui rencana asuhan keperawatan. Sebelum perencanaan-perencanaan dikembangkan, perawat bersama keluarga perlu melihat tindakantindakan perawatan tertentu apakah tindakan tersebut benar-benar membantu.

Contoh format evaluasi

No. Dx	Tgl/Jam	Tindakan	TT Perawat	Tgl/jam	Catatan Perkembangan	TT perawat
					S. O. A. P.	

Latihan

Untuk memperdalam pemahaman Anda mengenai materi praktikum di atas, kerjakanlah latihan berikut!

Dokumentasikanlah tindakan keperawatan yang telah Anda lakukan pada hari ini sesuai dengan prinsip implementasi! Selain itu, diskusikanlah dengan teman Anda terkait pemahaman tentang materi di atas meliputi:

1. Apa yang dimaksud dengan dokumentasi evaluasi?
2. Jelaskan komponen evaluasi!
3. Sebutkan jenis evaluasi keperawatan!

4. Jelaskan metode evaluasi
5. Jelaskan keputusan pada tahap evaluasi
6. Mengapa evaluasi keperawatan penting?
7. Sebutkan langkah-langkah evaluasi!

Ringkasan

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Ukuran implementasi keperawatan yang diberikan kepada klien terkait dengan dukungan, pengobatan, tindakan untuk memperbaiki kondisi, pendidikan untuk klien-keluarga, atau tindakan untuk mencegah masalah kesehatan yang muncul dikemudian hari. Terdapat tiga kategori dalam implementasi keperawatan yaitu *cognitive implementations*, *interpersonal implementations*, dan *technical implementation*. Dalam pelaksanaan implementasi keperawatan terdiri dari tiga jenis yaitu *independent implementations*, *interdependen/collaboratif* dan *dependent implementations*.

Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari rangkaian proses keperawatan yang berguna apakah tujuan dari tindakan keperawatan yang telah dilakukan tercapai atau perlu pendekatan lain. Evaluasi keperawatan mengukur keberhasilan dari rencana dan pelaksanaan tindakan keperawatan yang dilakukan dalam memenuhi kebutuhan klien. Penilaian adalah tahap yang menentukan apakah tujuan tercapai. Evaluasi selalu berkaitan dengan tujuan yaitu pada komponen kognitif, afektif, psikomotor, perubahan fungsi dan tanda gejala yang spesifik. Terdapat dua jenis evaluasi yaitu evaluasi sumatif dan formatif dengan menggunakan beberapa metode.

Tes 4

Pilihlah satu jawaban yang paling tepat!

- 1) Membuat strategi untuk klien dengan disfungsi komunikasi merupakan implementasi keperawatan kategori
 - A. *cognitive implementation*
 - B. *dependen implementation*
 - C. *interpersonal implementation*
 - D. *interdependen implementation*
- 2) Menciptakan komunikasi terapeutik merupakan implementasi keperawatan kategori
 - A. *interdependen implementation*
 - B. *technical implementation*

- C. *interpersonal implementation*
D. *cognitif implementation*
- 3) Berikut merupakan jenis implementasi keperawatan yang termasuk kedalam interdependen implementation, *kecuali*
- A. pemberian obat oral
 - B. pemasangan kateter
 - C. pemasangan NGT
 - D. pendidikan Kesehatan
- 4) Keterkaitan dalam pemberian obat yang menjadi tanggungjawab perawat adalah
- A. jenis obat
 - B. ketepatan dosis
 - C. ketepatan jadwal pemberian
 - D. penanganan efek samping
- 5) Berikut yang bukan termasuk hal-hal yang perlu diperhatikan perawat dalam tahap persiapan
- A. memahami rasional ilmiah dari tindakan yang dilakukan
 - B. menguasai keterampilan teknis keperawatan
 - C. mengkomunikasikan kepada klien tindakan keperawatan yang akan dilakukan
 - D. memahami efek samping dan komplikasi yang mungkin muncul.
- 6) Evaluasi keperawatan merupakan penilaian untuk membandingkan
- A. pengkajian dengan diagnosa keperawatan
 - B. diagnosa keperawatan dengan perencanaan
 - C. pengkajian dengan perencanaan
 - D. perencanaan dengan implementasi
- 7) Evaluasi yang dikerjakan dalam bentuk pengisian format disebut evaluasi
- A. berjalan
 - B. awal
 - C. akhir
 - D. formatif
- 8) Berikut merupakan metode yang digunakan dalam melaksanakan evaluasi, *kecuali*
- A. observasi langsung
 - B. wawancara keluarga
 - C. memeriksa laporan
 - D. catatan data sekunder

- 9) Membandingkan data baru dengan standar yang berlaku adalah langkah dalam melakukan evaluasi yang dilakukan setelah
- A. mengumpulkan data baru tentang *klien*
 - B. menafsirkan data baru
 - C. menentukan kriteria, standar dan pertanyaan evaluasi
 - D. merangkum hasil dan membuat kesimpulan
- 10) Langkah evaluasi merangkum hasil dan membuat kesimpulan dilakukan setelah
- A. mengumpulkan data baru tentang *klien*
 - B. membandingkan data baru dengan standar yang berlaku
 - C. menafsirkan data baru
 - D. menentukan kriteria, standar dan pertanyaan evaluasi

Kunci Jawaban Tes

Tes 1

- 1) A
- 2) B
- 3) C
- 4) B
- 5) C

Tes 2

- 1) B
- 2) D
- 3) C
- 4) A
- 5) B

Tes 3

- 1) D
- 2) D
- 3) B
- 4) D
- 5) D

Tes 4

- 1) A
- 2) C
- 3) D
- 4) C
- 5) C
- 6) D
- 7) A
- 8) D
- 9) B
- 10) B

Daftar Pustaka

- Anderson E, 2000. Issues surrounding record keeping in district nursing practice. *British Journal of Community Nursing*. 5, 7, 352-356.
- ANA Nursing World, *The Nursing Process: A Common Thread Amongst All Nurses*, copyright January 2008, American Nurses Association.
- Anonim, 2010, Practice Standard: Documentation, The Nurses Association of New Brunswick.
- A, Sheldrake D (Eds) *Health Visiting: Specialist and Higher Level Practice*. Churchill Livingstone, Edinburgh, 218-225.
- Aspirational Standards of Developmental Disabilities Nursing Practice, Developmental Disabilities Nurses Association, 2008
- Audit Commission, 2002. *Setting the Record Straight*. Audit Commission, London.
- CGS, Chapter 378, 20-87a (a)-(e) *Nurse Practice Act*
<http://www.cga.ct.gov/2007/pub/Chap378.htm>
- Connecticut Board of Examiners for Nursing Declaratory Ruling – Licensed Practical Nurses
[http://www.dph.state.ct.us/
Public_Health_Hearing_Office/hearing_office/Nursing_Board/Guidelines/LPN
Declaratory_Ruling.pdf](http://www.dph.state.ct.us/Public_Health_Hearing_Office/hearing_office/Nursing_Board/Guidelines/LPN_Declaratory_Ruling.pdf)
- Connecticut Board of Examiners for Nursing Declaratory Ruling- Delegation by Licensed Nurses to Unlicensed Assistive Personnel.
- Charles R, Frost J, Glynn J, Leach J, Plant A (2000) Issues in practice. In Robotham.
- College of Nurses of Ontario, 2009, *Documentation, Revised 2008*, Toronto, Canada.
- Davy M (2001) *The benefits of care plans in patient assessment and care*. Community Nurse. 7, 4, 17-19.
- Department of Health, 2003. *The Essence of Care: Patient-focused Benchmarks for Clinical Governance*. The Stationery Office, London.

- Dion X, 2001. *Record keeping and nurse prescribing: an area of concern*. British Journal of Community Nursing. 6, 4, 193-198.
- Fitri. 2009. <http://infobidanfitri.blogspot.com/2009/03/model-pendokumentasian-asuhan-kebidanan.html>. 06 Oktober 2011.
- Griffith R, 2004. *Putting the record straight: the importance of documentation*. British Journal of Community Nursing. 9, 3, 122-125.
- Hebda, T. Czar,P. Mascara, C. 2005. *Handbook of Informatics for Nurses and Healthcare Professionals 3rd Edition* New York Pearson Prentice Hall.
- Health Visitors Association, 1991. *In Their Own Hands*. HVA, London.
- Hutahaean, S, 2010, *Konsep dan Dokumentasi Proses Keperawatan*, CV.Trans Infomedia, Jakarta.
http://www.dph.state.ct.us/Public_Health_Hearing_Office/hearing_office/Nursing_Board/Guidelines/unlicensed_ap_dec_rul.pdf
- Iyer, P.W., and Camp.N.H, *Dokumentasi Keperawatan: Suatu pendekatan Proses Keperawatan*, edisi 3, editor Rosidah D, EGC, Jakarta.
- Nursalam. 2001. *Proses dan Dokumentasi Keperawatan Konsep dan Praktik*, edisi 1. Jakarta : Salemba Medika, Jakarta.
- Nursing and Midwifery Council. 2002. *Guidelines for Records and Record Keeping*. NMC, London.
- Nursing and Midwifery Council. 2003. *Professional Conduct Annual Report 2002– 2003*. NMC, London.
- Rahayu Iskandar. 2001. <http://www.scribd.com/doc/12359380/Model-Dokumentasi-Keperawatan-Rahayu-Iskandar>. 06 Oktober 2011
- Scott, R.W. 2006. *Legal Aspects of Documenting Patient Care for Rehabilitation Professionals* (3rd ed.). Sudbury, MA: Jones and Bartlett Publishers.
- Tingle J, 2002. *Health professionals keep making the same mistakes*. British Journal of Nursing. 11, 7, 414

Toms EC, 1992. *Evaluating the quality of patient care in district nursing*. Journal of Advanced Nursing. 17, 12, 1489-1495.

BAB IV

DOKUMENTASI KEPERAWATAN PADA BERBAGAI TATANAN PELAYANAN KESEHATAN, POPULASI DAN KELOMPOK KHUSUS

Yustiana Olfah, APP., M.Kes.

PENDAHULUAN

Selamat berjumpa dalam Bab IV. Bab IV ini merupakan lanjutan dari Bab III. Bab IV ini akan sangat membantu Anda untuk memahami dokumentasi keperawatan sesuai dengan tempat Anda bekerja. Apakah Anda sudah siap untuk mempelajarinya? Jika Anda sudah siap mulailah untuk mempelajari Bab IV ini yang menguraikan tentang *Dokumentasi Keperawatan Pada Berbagai Tataan Pelayanan Kesehatan, Populasi dan Kelompok Khusus*.

Setelah mempelajari Bab IV, diharapkan Anda mampu memahami dokumentasi keperawatan pada berbagai tataan pelayanan kesehatan, populasi dan kelompok khusus sehingga Anda dapat melakukan dokumentasi keperawatan yang berkualitas di tataan tempat Anda bekerja dan tempat praktik dalam melakukan asuhan keperawatan. Bab IV ini terdiri dari 3 topik sebagai berikut:

- Topik 1 : Dokumentasi Keperawatan pada Tataan Pelayanan Kesehatan.
- Topik 2 : Dokumentasi Keperawatan pada Populasi Khusus.
- Topik 3 : Dokumentasi Keperawatan pada Kelompok Khusus.

Bab IV ini pada setiap topik dilengkapi dengan tujuan pembelajaran yang harus dipahami terlebih dahulu, setelah itu dilanjutkan dengan mempelajari materinya. Demikian juga pada setiap topik Anda harus mengerjakan latihan dan tes yang telah disiapkan.

Selamat Belajar!

Topik 1

Dokumentasi Keperawatan Pada Tataan Pelayanan Kesehatan

A. PENDAHULUAN

Dokumentasi proses keperawatan pada tataan pelayanan kesehatan merupakan catatan tentang asuhan keperawatan dengan melihat respons klien secara keseluruhan, yang dilakukan pada bidang tertentu, area perawatan tertentu, dan pada populasi tertentu pula. Untuk lebih memahami tentang dokumentasi pada berbagai tataan pelayanan kesehatan bacalah dengan seksama uraian berikut ini.

B. TUJUAN PEMBELAJARAN

1. Tujuan Pembelajaran Umum

Setelah mempelajari Topik 1, Anda diharapkan dapat menjelaskan dokumentasi keperawatan pada tataan pelayanan kesehatan.

2. Tujuan Pembelajaran Khusus

Untuk mencapai tujuan pembelajaran umum di atas tujuan khusus dalam Topik 1 yaitu diharapkan Anda dapat:

- Menjelaskan dokumentasi keperawatan di perawatan akut.
- Menjelaskan dokumentasi keperawatan di perawatan jangka panjang.
- Menjelaskan dokumentasi keperawatan di rumah.

C. URAIAN MATERI

Dokumentasi pada berbagai tataan pelayanan kesehatan yang akan dibahas berikut ini meliputi: dokumentasi di perawatan akut seperti poliklinik, perawatan jangka panjang dan perawatan di rumah.

1. Dokumentasi di perawatan akut

Saat klien mengalami penyakit berat dan mendadak, maka perawatan akut menjadi hal yang penting dan esensial. Dalam perawatan akut terdapat beberapa aspek yang perlu diperhatikan. Aspek-aspek tersebut antara lain lingkungan perawatan akut, kontinum perawatan akut, penerimaan klien masuk lembaga perawatan akut, perencanaan pulang multidisiplin dan peran serta tanggung jawab perawat dan pemberian asuhan keperawatan akut.

Klien dapat mengakses kedalam sistem pemberi pelayanan kesehatan lewat berbagai cara. Prosedur awal masuk kedalam sistem pemberi pelayanan kesehatan bergantung pada institusi itu sendiri. Selain itu, kondisi klien saat masuk juga akan mempengaruhi prosedur

awal. Sebagai contoh, penerapan *auto anamnesa* pada prosedur awal hanya dapat diterapkan kepada klien yang masuk bukan melalui kedaruratan. Jika klien masuk melalui kedaruratan, maka prosedur awal yang diterapkan adalah *allo anamnesa* dan *auto anamnesa* jika memungkinkan.

Langkah awal pada prosedur penerimaan adalah mengetahui identitas klien. Nama lengkap resmi, usia, alamat, tanggal lahir, keluarga terdekat, agama, nomor telepon, pekerjaan dan tak lupa asuransi yang dimiliki. Data ini akan dimasukkan ke dalam dokumentasi klien. Pemberi pelayanan kesehatan bertanggung jawab menjamin hak-hak klien. Setiap tindakan medis yang akan dilakukan terhadap klien harus dengan persetujuan *klien*. Apabila klien tidak memiliki kapasitas dalam pemberian persetujuan, maka hal ini menjadi hak wali. Akan tetapi, sekalipun *klien* berada dalam kondisi coma, tenaga medis harus memberikan *informed consent* kepada klien. Dokumentasi keperawatan akut merupakan dokumentasi yang dilaksanakan di perawatan akut. Dalam hal ini dokumentasi proses keperawatan dilakukan pada pasien yang menjalani perawatan dalam beberapa waktu/waktu yang singkat. Merupakan dokumentasi yang dilaksanakan di perawatan akut antara lain adalah poliklinik, dan di Puskesmas rawat jalan. Prinsip pendokumentasian adalah akurat dan ringkas. Dokumen meliputi: pengkajian (fokus), masalah, tindakan, respons terhadap pengobatan/tindakan yang dilakukan. Dapat menggunakan jenis DAR (*data, action/tindakan dan respons*) atau menggunakan format PIE (problem/masalah, implementasi dan evaluasi).

Hal-hal yang secara umum di dokumentasikan antara lain:

- a. Riwayat terjadinya penyakit.
- b. Masalah yang terjadi selama masa akut.
- c. Respons terhadap pengobatan atau tindakan yang dilakukan.
- d. Pengkajian fisik dan lain-lain.

Sedangkan secara spesifik komponen dalam dokumentasi keperawatan akut:

a. *Pengkajian*

- Dokumentasi di mulai dengan pengkajian masuk.
- Data primer dikumpulkan dari *klien* dan keluarga.
- Alasan utama masuknya pasien harus masuk dalam pengkajian.
- Data subjektif dan objektif tentang kondisi *klien* di dokumentasikan.
- Informasi aktual ketika baru masuk di kumpulkan secepat mungkin.
- Pengkajian harus dilengkapi oleh perawat yang sama ketika **klien** masuk.
- Ringkasan pengkajian sekali setiap *shift*.

b. *Diagnosa Perawatan*

- Diagnosa perawatan difokuskan kepada hal-hal yang merupakan alasan utama perawatan pasien yang terkini dan yang bisa diselesaikan selama waktu perawatan.

c. *Intervensi/Rencana Perawatan*

- Rencana perawatan dibuat untuk setiap diagnosa keperawatan.
- *Klien* dan keluarga dilibatkan dalam perencanaan.
- Rencana terdiri dari diagnosa perawatan, apa yang akan dilakukan, cara melakukan, dampak intervensi dan kapan dievaluasi.
- Evaluasi rencana dan hasil merupakan proses berkesinambungan.

d. *Implementasi/Pelaksanaan*

- Begitu rencana perawatan dilengkapi bisa dipakai panduan untuk melakukan implementasi.

e. *Evaluasi*

- Laporan tertulis tentang hasil (kemajuan *klien* terhadap tujuan).
- Format dibuat agar dapat menghemat waktu dan memberikan kesempatan penilaian cepat tentang kondisi *klien* terkini.
- Catatan kemajuan dibuat secara beruntun dari waktu ke waktu mengikuti kemajuan pasien.

2. Dokumentasi di Perawatan Jangka Panjang

Prinsip dasar dokumentasi perawatan jangka panjang (*long-term care*) sama dengan prinsip umum dokumentasi keperawatan. Catatan perkembangan tetap menjadi alat utama untuk komunikasi perawat dengan anggota tim kesehatan lainnya.

Dokumentasi harus mengkomunikasikan dengan jelas proses pembuatan keputusan perawat, pengkajian, diagnosis, perencanaan dan evaluasi, termasuk respons pasien terhadap intervensi keperawatan. Dokumentasi keperawatan juga mencakup penyuluhan pasien dan keluarga, rencana pemulangan, serta faktor fisiologis dan psikologis.

Dokumentasi di perawatan jangka panjang merupakan dokumentasi yang dilaksanakan pada pasien yang menjalani rawat inap lama (beberapa minggu, beberapa bulan bahkan beberapa tahun, sepanjang hidup atau selama masa pemulihan). Contohnya pasien yang tinggal di panti jompo atau *hospice care*. Kelompok pasien yang dirawat meliputi kelompok primer dan sekunder.

a. *Kelompok Primer*

- 1) Umumnya pasien lansia, sakit-sakitan tidak mampu merawat diri sendiri.
- 2) Memiliki penyakit kronis dan pikun karena tua, membutuhkan bantuan untuk dapat hidup secara normal.
- 3) Secara teratur mereka membutuhkan perawatan, pengawasan dokter, dan beberapa jenis pelayanan kesehatan profesional.
- 4) *Klien* diterima sebagai *klien* sementara atau lebih lama lagi.

b. *Kelompok Sekunder*

- 1) *Klien* yang sedang mengidap penyakit khusus yang bisa disembuhkan secara total atau sebagian (*klien* tinggal lebih singkat).

- 2) Memerlukan program rehabilitasi yang difokuskan pada upaya pemulihan sehingga bisa melakukan kegiatan seperti sediakala.
- 3) Usia kelompok bervariasi tidak harus sudah tua.
- 4) Penderita HIV AIDS.

Komponen dokumentasinya meliputi:

- 1) Pengkajian yang meliputi riwayat kesehatan, keadaan *klien*, serta hasil pemeriksaan fisik. Berhubungan dengan ketidaktahuan pasien mengenai informasi keperawatan diri terhadap kesehatan, pola komunikasi, penyesuaian diri, tingkat kegiatan, rusaknya sistem pendengaran dan penglihatan, hubungan antar keluarga, dan yang lainnya dapat mengurangi traumatik pada pasien perawatan jangka panjang.
- 2) Diagnosa keperawatan.
Masalah yang sering dijumpai adalah: kurangnya perawatan diri, gangguan mobilitas, gangguan perkemihan, gangguan integritas kulit dan kurangnya pengetahuan.
- 3) Perencanaan isinya tentang informasi bagaimana perawatan dan usaha-usaha yang dilakukan untuk mengatasi masalah. Rencana keperawatan jangka panjang meliputi: tujuan dan hasil yang dapat diukur, kerangka waktu yang beralasan untuk mencapai tujuan, intervensi yang spesifik untuk membantu pasien dalam mencapai tujuan.
- 4) Tindakan atau pelaksanaan keperawatan: tahap pelaksanaan ini berisi tentang tindakan yang telah diberikan kepada *klien* untuk mengatasi masalahnya, dan untuk meningkatkan atau mempertahankan kesehatannya.
- 5) Evaluasi berisi tentang kondisi *klien* dan tujuan perawatan yang telah dinilai setelah diberikan asuhan keperawatan. Dalam hal ini dapat diketahui masalah *klien* belum teratasi, sudah teratasi sebagian/seluruhnya atau masih belum teratasi sama sekali, atau bahkan muncul masalah yang baru. Evaluasi merupakan hasil tindakan perawat terhadap *klien* dan respons *klien* terhadap tindakan keperawatan sampai tidak terjadi masalah baru sesuai situasi. Rehabilitasi identik pada perawatan jangka panjang, sehingga harus ada dokumentasi untuk memverifikasi proses ini dan untuk memberikan bukti kemajuan menuju tujuan ditetapkan sebelumnya. Karena itu, ketika mencatat, termasuk informasi tentang pasien direhabilitasi penggunaan perangkat, tingkat mobilitas, kemampuan dan kegiatan.

Strategi penulisan dokumentasi perawatan jangka panjang:

- 1) Ringkas ditulis satu kali dalam seminggu bagi setiap *klien* yang membutuhkan perawatan mahir.
- 2) Laporan perawat secara rinci harus ditulis paling sedikit satu kali dalam dua minggu bagi setiap *klien* yang membutuhkan perawatan biasa.

- 3) Diagnosa yang terdapat pada saat itu harus segera dapat diatasi.
- 4) Catat setiap perubahan kondisi klien dan semua usaha yang telah dilakukan.
- 5) Berikanlah petunjuk dalam catatan perawatan bahwa kegiatan perawatan telah dievaluasi.

Berikut cara pencatatan atau dokumentasi dalam perawatan jangka panjang (menurut peraturan New Jersey, 1990), yaitu:

- 1) Ringkasan perawatan dicatat setiap hari selama 5 hari pertama setelah masuk ruang rawat.
- 2) Dokumentasi dicatat oleh staf di setiap jam dinas.
- 3) Diakhir hari ke lima catatan tersebut harus diperbaharui (setiap minggu selama 4 minggu kemudian).
- 4) Selanjutnya ringkasan ini ditulis setiap 30 hari selama 60 hari (dihitung mulai masuk ruang rawat).
- 5) Selanjutnya dokumentasi tersebut harus dilengkapi minimal setiap 3 bulan atau jika terdapat perubahan pada status klinis pasien.
- 6) Semua catatan klinis harus diperbaharui pada interval tertentu berdasarkan keseriusan masing-masing kondisi pasien sesuai standar praktik-praktik profesional.
- 7) Pengkajian yang komprehensif harus dilengkapi sedikitnya sekali setiap 12 bulan.
- 8) Selanjutnya ringkasan ditulis sekali setiap 90 hari.

3. Dokumentasi Perawatan di Rumah/Keluarga

Perawatan di rumah adalah sektor pelayanan kesehatan yang paling cepat berkembang saat ini dan akan terus berkembang.

Faktor yang mempengaruhi perkembangan ini:

- a. Kemajuan teknologi medis yang meningkatkan harapan hidup dan memindahkan perawatan orang sakit ke rumah.
- b. Pasien lebih suka jika perawatan kesehatan mereka diberikan di rumah.
- c. Tuntutan dari sumber penggantian biaya yang mengharuskan perawat mengurangi biaya sambil memperluas akses pelayanan di berbagai lingkungan.
- d. Agen pelayanan kesehatan di rumah ditekankan untuk memberi pelayanan yang efisien, berkualitas tinggi dan biaya perawatan yang efektif. Masalah yang terbesar ketika memberi pelayanan jenis ini adalah banyaknya waktu yang dihabiskan perawat untuk membuat dokumentasi.

Dokumentasi perawatan di rumah telah menjadi alat pengambilan keputusan dan alat informasi tidak hanya catatan harian untuk mendokumentasikan apa yang terjadi pada pasien. Pencatatan tidak hanya refleksi yang akurat tentang intervensi keperawatan, tetapi juga memberi jalan yang efektif tentang semua elemen dalam ketentuan perawatan dan analisis hasil. Dokumentasi perawatan di rumah penting karena:

- a. Perawatan diberikan di rumah pasien dan karena itu tidak disaksikan oleh siapapun kecuali oleh orang yang memberi perawatan, pasien dan mungkin keluarga pasien.
- b. Catatan merupakan landasan perawatan berdasarkan bukti dan program penatalaksanaan kualitas lembaga.
- c. Karena catatan adalah satu-satunya cara untuk mengidentifikasi perawatan yang diberikan di rumah.
- d. Pencatatan komprehensif diperlukan untuk komunikasi yang akurat dan untuk kontinuitas perawatan. Tim perawatan di rumah terdiri dari: perawat, ahli gizi, dokter bahkan petugas sosial. Karena itu dokumentasi sangat penting untuk mengkoordinasikan perawatan pasien.

Lingkup Perawatan

Lingkup dokumentasi yang diperlukan dengan mengharuskan pembuatan rencana keperawatan yang komprehensif dengan berkonsultasi pada pasien dan semua pemberi perawatan mencakup hal-hal berikut:

- a) Jenis pelayanan, suplai dan peralatan yang diperlukan.
- b) Frekwensi kunjungan.
- c) Prognosis.
- d) Potensi rehabilitasi.
- e) Keterbatasan fungsi.
- f) Status mental.
- g) Aktivitas yang diizinkan.
- h) Kebutuhan nutrisi.
- i) Medikasi dan pengobatan.
- j) Prosedur yang akan dilakukan, termasuk jumlah, frekuensi dan durasi.
- k) Tindakan keselamatan.
- l) Instruksi pemulangan atau rujukan.
- m) Tindakan pencegahan.
- n) Kontra indikasi.

Perawatan Fisiologis

Dokumentasi perawatan fisiologis hampir sama dengan yang ada di lingkungan klinik. Informasi yang harus didokumentasikan:

- 1) Tanda-tanda vital.
- 2) Keluhan utama termasuk tanda dan gejala.
- 3) Deskripsi kondisi pasien, perubahan kondisi, keluhan lain, potensi komplikasi yang berhubungan dengan diagnosis dan kebutuhan yang teridentifikasi.
- 4) Pengobatan, medikasi, intervensi keperawatan dan hasil yang diharapkan.
- 5) Penyuluhan pasien termasuk instruksi verbal dan tertulis serta demonstrasi yang diberikan.

- 6) Demonstrasi ulang dan verbalisasi pemahaman terhadap instruksi dari pasien dan keluarga.
- 7) Hasil pasien, respons terhadap pengobatan dan reaksi keluarga.

Keperawatan, format format dokumentasi untuk perawatan di rumah dapat dilihat pada penjelasan berikut ini:

FORMAT-FORMAT DOKUMENTASI
Format-format yang umum digunakan untuk mendokumentasikan perawatan di rumah antara lain:
▪ Pengkajian pasien.
▪ Format informasi sumber rujukan.
▪ Rencana perawatan disiplin ilmu tertentu seperti: perawat, ahli terapi, pekerja sosial.
▪ Rencana pengobatan dokter.
▪ Lembar medikasi.
▪ Catatan perkembangan klinis: naratif atau lembar alur.
▪ Tambahan misal instruksi verbal, panggilan telepon.
▪ Ringkasan pemulangan.
▪ Laporan kepada pembayar/pihak ke 3.

Latihan

Untuk memperdalam pemahaman Anda mengenai materi praktikum di atas, kerjakanlah latihan berikut!

Dimanakah lokasi tempat Anda bekerja sekarang? Apakah ada yang sesuai dengan tatanan pelayanan kesehatan pada Topik 1? Coba perhatikan tatanan tempat Anda bekerja, termasuk tatanan pelayanan kesehatan yang manakah? Bagaimana dokumentasi keperawatannya? Apakah sesuai dengan seperti yang diuraikan di atas? Kalau tidak sesuai bagian manakah yang belum?

Ringkasan

Anda telah mempelajari uraian materi tersebut diatas, adapun rangkuman untuk Topik 1 adalah sebagai berikut:

1. Dokumentasi di perawatan akut merupakan dokumentasi proses keperawatan pada tatanan pelayanan kesehatan yang dilaksanakan di perawatan akut.
2. Dokumentasi di perawatan jangka panjang merupakan dokumentasi yang dilaksanakan pada pasien yang menjalani rawat inap lama (beberapa minggu, beberapa bulan bahkan beberapa tahun, sepanjang hidup atau selama masa pemulihan).
3. Dokumentasi perawatan di rumah telah menjadi alat pengambilan keputusan dan alat informasi tidak hanya catatan harian untuk mendokumentasikan apa yang terjadi pada

pasien. Pencatatan tidak hanya refleksi yang akurat tentang intervensi keperawatan, tetapi juga memberi jalan yang efektif tentang semua elemen dalam ketentuan perawatan dan analisis hasil.

Tes 1

Pilihlah A. jika jawaban 1, 2 benar

B. jika 1, 3 benar

C. jika 2, 3 benar

D. jika 1, 2, 3 benar

- 1) Termasuk dokumentasi di perawatan akut
 - (1) poliklinik
 - (2) perawatan jangka panjang
 - (3) rawat jalan Puskesmas
- 2) Prinsip pendokumentasian perawatan akut
 - (1) akurat
 - (2) *flexible*
 - (3) ringkas
- 3) Cara pencatatan dokumentasi di perawatan jangka panjang adalah
 - (1) ringkasan dicatat setiap hari selama 5 hari.
 - (2) ringkasan di tulis setiap 30 hari.
 - (3) dilengkapi minimal setiap 3 bulan.
- 4) Dokumentasi di perawatan akut, format yang dianjurkan adalah
 - (1) DAR
 - (2) *flow sheet*
 - (3) PIE
- 5) Kriteria kelompok primer pada perawatan jangka panjang
 - (1) Lansia
 - (2) penyakit kronis
 - (3) tidak mampu merawat diri

Topik 2

Dokumentasi Keperawatan di Populasi Khusus

A. PENDAHULUAN

Pada Topik 2 ini Anda akan mempelajari tentang dokumentasi keperawatan di populasi khusus meliputi:

1. Dokumentasi Populasi Anak (*pediatrik*).
2. Dokumentasi Populasi Lansia.
3. Dokumentasi Populasi Perinatal.
4. Dokumentasi Populasi Psikiatrik.

Dokumentasi Populasi Anak, berfokus pada masalah pertumbuhan dan perkembangan, aspek biopsikososial dan spiritual anak, pengkajian keluarga, orang tua dan orang yang berpengaruh lainnya, kaji kegiatan anak bermain.

Dokumentasi Populasi Lansia mencakup perawatan yang diberikan di rumah sakit, di rumah dan di masyarakat. Dokumentasi ini meliputi: perawatan lansia yang sehat, lansia yang perlu perawatan akut dan pasien yang perlu perawatan lama. Hal-hal yang perlu dicatat perubahan fisik, psikologis, masalah pasien, ringkasan medik, aktivitas keperawatan, komunikasi dengan anggota keluarga atau orang yang dianggap penting.

Dokumentasi Populasi Perinatal, meliputi dokumentasi pada perawatan ibu, janin, bayi baru lahir dan keluarga. Dokumentasi perinatal meliputi dokumentasi antenatal, intranatal dan pascanatal. Berfokus pada pendidikan kesehatan, pencegahan cedera, dan pemulihan kesehatan.

Dokumentasi Antenatal, yaitu dokumentasi pada proses keperawatan masa kehamilan. Yang penting dicatat adalah riwayat kesehatan komprehensif. Dokumentasi Intranatal, dokumentasi proses keperawatan selama terjadinya proses kelahiran. Fokus pengkajian ini meliputi saat masuk rumah sakit, askep pada ibu, janin dan bayi baru lahir, pengkajian lanjutan, penkes. Dokumentasi Pascanatal, dokumentasi proses keperawatan setelah terjadi proses kelahiran. Hal-hal yang didokumentasikan pada pascanatal adalah masalah yang timbul setelah bayi baru lahir (*tetanus neonatorum, gastroenteritis, hepatitis, dan lain-lain*).

Dokumentasi Populasi Psikiatri mencakup kedaruratan akut, perawatan jangka panjang, rawat jalan, perawatan di rumah. Fokus pengkajian adalah riwayat biopsikososial, spiritual, dan kultural. Data yg terkumpul harus mencakup tingkat perkembangan, proses berpikir, tingkat ansietas, mekanisme pertahanan diri, tingkat harga diri, orientasi realitas, pola komunikasi keluarga, gaya hidup.

B. TUJUAN PEMBELAJARAN

1. Tujuan Pembelajaran Umum

Setelah mempelajari Topik 2 ini Anda diharapkan dapat menjelaskan dokumentasi keperawatan di populasi khusus.

2. Tujuan Pembelajaran Khusus

Untuk mencapai tujuan pembelajaran umum di atas tujuan khusus dalam Topik 2 yaitu diharapkan Anda dapat menjelaskan dokumentasi pada populasi khusus:

- a. Menjelaskan dokumentasi keperawatan pada pediatrik.
- b. Menjelaskan dokumentasi keperawatan pada maternitas/perinatal.
- c. Menjelaskan dokumentasi keperawatan pada psikiatri.
- d. Menjelaskan dokumentasi keperawatan pada keluarga dan komunitas.

B. URAIAN MATERI

Dokumentasi yang akan dibahas pada topik ini meliputi populasi:

1. Pediatrik.
2. Perinatal.
3. Psikiatri.
4. Keluarga dan komunitas.

1. Dokumentasi Pediatrik

Patricia (2005), peran perawat pediatrik adalah berfokus dalam membantu anak-anak memperoleh tingkat kesehatan yang optimal. Anak-anak mengalami masalah pelayanan kesehatan yang unik tergantung dari tingkat pertumbuhan dan perkembangan mereka. Perawat pediatrik bekerja dengan anak-anak dan keluarganya.

Konsep pelayanan kesehatan yang berpusat pada keluarga memakai nilai-nilai dan dinamika keluarga sebagai hal yang harus dipertimbangkan. Ketika membuat rencana asuhan perawat pediatrik harus mengkaji kesehatan anak dan keluarganya. Banyak *klien* pediatrik yang tidak dapat mengkomunikasikan kebutuhannya atau mengungkapkan rasa nyeri.

Perawat harus sensitif terhadap bentuk komunikasi non verbal seperti tangisan, posisi tubuh, dan kontak mata. Ketidakmampuan bayi untuk berkomunikasi berarti perawat harus mengantisipasi kebutuhan anak.

Pada Tabel 4.1 berikut akan disampaikan tentang pedoman untuk berkomunikasi dengan anak yang akan sangat membantu tugas dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada anak yang pasti juga akan sangat membantu untuk mendokumentasikannya.

Tabel 4.1
Pedoman Untuk Berkomunikasi Dengan Anak

Usia 0-1 tahun ▪ Gendong, timang dan bicara dengan bayi, terutama ketika dia sedang marah atau ketakutan ▪ Gunakan suara yang lembut dan pelan ▪ Dekati bayi dengan perlahan dan hindari gerakan yang menakutkan
Usia 2-5 tahun ▪ Berikan instruksi yang singkat dan jelas ▪ Izinkan anak berpartisipasi dalam proses pengambilan keputusan jika perlu ▪ Bersikap jujur dan beritahu anak jika prosedur itu menyakitkan
Usia 6-12 tahun ▪ Libatkan anak dalam diskusi bersama orang tua ▪ Beri kesempatan pada anak untuk berpartisipasi melalui bermain peran atau mendongeng ▪ Izinkan anak untuk memilih hadiah yang akan diterimanya setelah pelaksanaan prosedur
Remaja ▪ Beri kesempatan untuk mewawancarai anak tanpa kehadiran orang tua ▪ Pertahankan sikap yang tidak menghakimi ▪ Gunakan pertanyaan terbuka dan teknik pengulangan

Untuk merencanakan asuhan keperawatan anak, riwayat keperawatan harus terlebih dahulu. Alat pengkajian pediatrik berisi riwayat kesehatan, pengkajian fisik dan psikososial serta bagian yang berkaitan dengan rutinitas harian, diet, perkembangan motorik dan sensorik serta kebutuhan penyuluhan dan pemulangan. Informasi yang harus didokumentasikan dalam riwayat kesehatan pediatrik meliputi alasan utama mencari pelayanan kesehatan, hospitalisasi sebelumnya, riwayat dan tingkat perkembangan, kemungkinan adanya kelalaian dan penganiayaan, riwayat kelahiran, riwayat diet dan imunisasi.

Selain itu juga dibutuhkan data *pre natal*, persalinan dan kelahiran, masalah perinatal, obat-obatan yang telah diberikan, metode pemberian obat, riwayat alergi, pola tidur, *toilet training*, kebiasaan-kebiasaan lain. Untuk lebih jelasnya coba perhatikan Tabel 4.2. berikut ini:

Tabel 4.2
*Tips Pencatatan Berkaitan Dengan Pasien Pediatrik
Yang Harus Masuk Rumah Sakit*

Berikut ini adalah informasi yang harus didokumentasikan pada saat pasien pediatrik masuk rumah sakit :

- Nama anggota keluarga yang ada dan hubungannya dengan anak.
- Orientasi keluarga di ruang rawat (misalnya letak telepon, jam berkunjung, serta lokasi dapur dan kafetaria rumah sakit) dan juga di kamar anak (misalnya bel panggil, penghalang tempat tidur).
- Pemakaian gelang identitas.
- Penjelasan rutinitas unit, termasuk waktu makan, waktu tidur.
- Pengisian format riwayat keperawatan.
- Berat badan dan usia anak serta adanya alergi terhadap makanan atau obat.
- Pengkajian detail terhadap kondisi anak pada saat masuk.
- Tanda-tanda vital dan pengukuran pertumbuhan (misalnya tinggi atau panjang badan, lingkar kepala).
- Materi tertulis yang diberikan kepada keluarga.
- Respons anak dan keluarga terhadap proses penerimaan dan orientasi
- Temuan yang diperoleh dari keluarga berkaitan dengan hasil pemeriksaan laboratorium, kebutuhan diet, dan prosedur.
- Alasan penghapusan informasi dari daftar riwayat masuk.
- Nomor telepon orang yang dapat dihubungi jika terjadi kegawatan.
- Mainan spesial yang digunakan anak.

Alat dokumentasi yang digunakan di lingkungan pediatrik: lembar alur mudah diadaptasi untuk memenuhi kebutuhan di lingkungan pelayanan kesehatan. Oleh karena itu format tersebut juga dapat disesuaikan untuk memenuhi kebutuhan populasi pediatrik. Lembar alur aktivitas sering digunakan di lingkungan pediatrik seperti aktivitas makan, *hygiene*, status pernapasan atau *neurologis* dipantau secara periodik menggunakan lembar tersebut.

Sedangkan dalam Serry (2010), dokumentasi perawatan anak merupakan dokumentasi dalam proses keperawatan yang ditulis berdasarkan kondisi anak yang berusia mulai dari 28 hari sampai 18 tahun yang harus dicatat secara akurat, konsisten dan komprehensif. Pendekatan keperawatan anak terfokus pada masalah pertumbuhan dan perkembangan anak. Pendokumentasian pada populasi ini juga meliputi aspek pertumbuhan dan perkembangan anak, semua aspek biopsikososial dan spiritual anak.

Selain itu, diperlukan pengkajian keluarga, orang tua dan orang berpengaruh lainnya serta pengkajian kegiatan anak bermain. Dokumentasi ini menggunakan alat pengkajian dan pencatatan yang merefleksikan tingkat perkembangan, validasi data anak, keluhan umum. Proses keperawatan pada perawatan anak sama dengan proses keperawatan secara umum. Dengan demikian pendokumentasian proses keperawatan pada anak sama dengan pendekatan proses keperawatan secara umum, yang meliputi pendokumentasian dari

pengkajian, diagnosa keperawatan, rencana dan tindakan serta evaluasi keperawatan pada anak.

2. Dokumentasi Populasi Perinatal

Dokumentasi keperawatan ini merupakan dokumentasi tatanan khusus dalam proses keperawatan yang ditulis berdasarkan kondisi *klien* yang meliputi perawatan pada ibu, janin, bayi baru lahir. Dokumentasi ini harus dibuat secara akurat, konsisten dan komprehensif sama dengan halnya dokumentasi keperawatan secara umum. Dokumentasi perinatal meliputi:

- a. Dokumentasi antenatal; yaitu dokumentasi proses perawatan pada masa kehamilan dalam hal ini semua kegiatan perawatan yang diberikan kepada ibu hamil mulai dari kunjungan pre natal pertama sampai selanjutnya menjelang ibu melahirkan harus dicatat dalam dokumentasi keperawatan antenatal. Antara lain dicatat identitas, informasi penyakit sebelumnya, kehamilan sebelumnya, riwayat keluarga yang relevan, riwayat pengobatan ibu terhadap janin dan monitor keadaan janin (posisi, letak, jantung janin). Pada Tabel 4.3 berikut ini Anda akan mempelajari dokumentasi pada rekaman monitor janin:

Tabel 4.3

Dokumentasi Pada Rekaman Monitor Janin

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Gravidita, paritas • Kondisi risiko tinggi • Tujuan pemantauan • Tanda-tanda vital • Obat-obatan • Anestesia • Gerakan janin • Denyut jantung janin/DJJ terauskultasi • Jenis kelamin janin • Taksiran partus • Cara pemantauan • Status membran • Gerakan ibu • Pemeriksaan vagina • Waktu kelahiran • Skor Apgar • Intervensi lain yang dapat mempengaruhi rekaman DJJ |
|--|

- b. Dokumentasi intranatal, merupakan dokumentasi selama terjadinya proses kelahiran. Fokus pengkajian pada saat masuk, keadaan fisik dan emosi, proses persalinan (lama dan cara persalinan, kondisi janin, APGAR).

Pada Tabel 4.4. berikut ini Anda akan mempelajari pedoman dokumentasi pasien bersalin:

Tabel 4.4
Pedoman Dokumentasi Pasien Bersalin

- *Suhu, nadi, pernapasan.*
- *Tekanan darah.*
- *Frekwensi, intensitas, durasi kontraksi uterus dan waktu awitan.*
- *Denyut jantung janin.*
- *Perkiraan klinis berat janin oleh dokter.*
- *Protein dan glukosa urin.*
- *Dilatasi dan penipisan servik kecuali jika ada kontra indikasi.*
- *Presentasi kelahiran dan stasion kecuali jika ada kontra indikasi.*
- *Status membran.*
- *Tanggal dan waktu pasien datang.*
- *Pemberitahuan kepada pemberi perawatan tentang kedatangan pasien.*
- *Catatan faktor risiko yang diidentifikasi sebelumnya dari catatan pra natal.*
- *Ada atau tidaknya perdarahan.*
- *Gerakan janin.*
- *Riwayat alergi.*
- *Waktu dan jumlah makanan atau minuman yang baru saja dicerna.*
- *Penggunaan obat-obatan.*
- *Riwayat merokok, penyalahgunaan obat atau alkohol.*
- *Status psikososial.*
- *Identitas dokter yang akan merawat bayi baru lahir.*
- *Persiapan penyuluhan persalinan, pengkajian menyusui.*
- *Keadaan kandung kemih ibu.*
- *Perdarahan.*
- *Asupan dan haluaran.*
- *Tingkat ketidaknyamanan.*
- *Efektivitas manajemen nyeri.*
- *Kemampuan orang pendukun.*

- c. Dokumentasi pasca natal, merupakan dokumentasi setelah terjadinya proses kelahiran. Hal-hal yang didokumentasikan antara lain: masalah nifas, perdarahan pasca natal, kondisi ibu, kondisi bayi (tali pusar) dan lain-lain. Pada Tabel 4.5. berikut ini Anda akan memahami dokumentasi pasca natal lebih jelas.

Tabel 4.5
Dokumentasi Pasca Partus

- *Fungsi abdomen dan defekasi; tonus otot abdomen, bising usus, gerakan usus dan hemoroid.*
- *Kandung kemih dan haluaran urin: tingkat kepenuhan kandung kencing sebelum dan*

sesudah berkemih, pola berkemih dan jumlah urin yang dikeluarkan, distensi kandung kemih, nyeri atau rasa terbakar.

- *Payudara dan dada: lunak, berisi atau keras, bengkak, kemerahan, atau nyeri.*
- *Daerah insisi seksio; balutan dan insisi, drainase, edema, perubahan warna, kemerahan, ekimosis.*
- *Ektremitas: refleks tendon, varises edema, nyeri tekan, toleransi aktivitas.*
- *Penyuluhan kesehatan: perawatan diri, aktivitas, kebutuhan nutrisi, latihan, respons emosional, tanda komplikasi.*
- *Lokhia; jenis dan jumlah adanya bau dan bekuan darah.*
- *Perineum, labia dan rektum: kondisi daerah episiotomi, laserasi, hemoroid, memar, hematoma, drainase, indikasi infeksi.*
- *Uterus: konsistensi, tonus, posisi, tinggi dan ukuran.*
- *Psikososial: kedekatan ibu-bayi, tanda depresi pasca partus, sistem pendukung, perilaku yang tidak tepat, kebutuhan lain yang diidentifikasi dari riwayat kesehatan atau riwayat sosial.*

3. Dokumentasi Populasi Psikiatrik

Penyakit psikiatri adalah gangguan fungsi yang meliputi lebih dari satu faktor penyebab. Faktor yang mungkin saling berhubungan ini didasarkan pada beberapa situasi, antara lain: faktor biologis, psikodinamik, perilaku pembelajaran, dan faktor lingkungan sosial. Diagnosis masalah psikiatri dicapai melalui evaluasi neurologis dan teknik wawancara serta uji psikologis.

Terapi mencakup persetujuan mengenai tujuan perawatan dan partisipasi aktif pasien. Metode yang sering digunakan adalah konseling, medikasi dan modifikasi perilaku. Hospitalisasi bergantung pada sifat dan keseriusan gangguan sebaliknya pengobatan biasanya difokuskan pada rawat jalan (Marrelli, 2008). Dokumentasi populasi psikiatrik mencakup kedaruratan akut, perawatan jangka panjang, rawat jalan, perawatan di rumah.

Dokumentasi psikiatri merupakan dokumentasi tatanan khusus dalam proses keperawatan yang ditujukan pada semua tingkat usia yang mengalami gangguan mental atau masalah kesehatan jiwa.

- a. Dokumentasi pada pengkajian berfokus pada riwayat *biopsikososial*, spritual, kultural. Data mencakup tingkat perkembangan, proses pikir, tingkat kecemasan, mekanisme pertahanan diri, tingkat harga diri, orientasi realitas, pola komunikasi keluarga, gaya hidup dan lain lain.
- b. Diagnosa keperawatan: masalah-masalah diagnosa keperawatan psikiatri akan dicatat sebagai dokumen meliputi: perilaku kekerasan, halusinasi, isolasi sosial; menarik diri, dan gangguan konsep diri; harga diri rendah.
- c. Rencana keperawatan: semua rencana keperawatan psikiatri yang telah disusun harus dicatat sebagai dokumentasi keperawatan psikiatrik, seperti komunikasi dalam mencapai hasil dan tujuan yang diharapkan terhadap pemulihan dan pemulangan pasien.

- d. Tindakan keperawatan: semua tindakan keperawatan psikiatri dicatat sebagai dokumentasi keperawatan psikiatri termasuk respons pasien terhadap tindakan yang diberikan.
- e. Evaluasi keperawatan: perawat perlu mencatat pencapaian hasil sesuai dengan tujuan yang diharapkan setelah diberikan asuhan keperawatan kepada klien, apakah sudah pulih dan siap untuk pulang atau masih memerlukan perawatan lebih lanjut.

4. Dokumentasi di Komunitas

Merupakan dokumentasi yang dilaksanakan pada pencatatan proses keperawatan di komunitas. Dokumentasi ini memberikan informasi tentang sistem pelayanan kesehatan di masyarakat, informasi tentang riset, serta informasi kesehatan masyarakat. Dokumentasi di komunitas mempunyai komponen pengkajian, diagnosa keperawatan, rencana keperawatan, pelaksanaan dan evaluasi.

Hal-hal yang perlu di dokumentasikan dalam proses keperawatan komunitas dalam Seeri (2010), yaitu:

- a. Pengkajian:
 - Data biografi.
 - Riwayat kesehatan masa lalu.
 - Riwayat kesehatan keluarga.
 - Status tumbuh kembang keluarga.
 - Gaya hidup keluarga.
 - Pola koping keluarga.
 - Persepsi keluarga terhadap sehat-sakit.
 - Status sosial ekonomi.
 - Pemeriksaan fisik.
 - Diagnosa medik.
 - Data lingkungan.
- b. Diagnosa Keperawatan:
 - Problem atau masalah yang dialami masyarakat (mulai dari aktual, risiko tinggi, potensial, sindroma maupun diagnosa kemungkinan).
 - Etiologi atau penyebab masalah yang dialami masyarakat, dalam hal ini mengacu pada: ketidakmampuan masyarakat mengenal masalah kesehatan, ketidakmampuan masyarakat mengambil keputusan terhadap kesehatannya, ketidakmampuan masyarakat merawat anggota keluarga dalam masyarakat, ketidakmampuan masyarakat memodifikasi lingkungan serta ketidakmampuan keluarga memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada.
 - Sign atau symptom atau tanda dan gejala yang dialami oleh klien.
- c. Perencanaan keperawatan
Ada 3 domain yang perlu dicatat:
 - Domain kognitif meliputi: informasi, gagasan, motivasi, dan saran yang diberikan kepada masyarakat sebagai target asuhan keperawatan.

- Domain afektif meliputi: respons emosional dan perubahan sikap masyarakat terhadap masalah yang dihadapinya.
- Domain psikomotor meliputi: cara masyarakat untuk merubah kondisinya dari perilaku yang merugikan ke perilaku yang menguntungkan.
- d. Tindakan atau pelaksanaan implementasi keperawatan.
Pada tahap ini hal-hal yang perlu dicatat:
 - Pelaksanaan program kesehatan, meliputi ketiga domain rencana keperawatan yang sudah dibuat.
 - Pengaruh kesehatan dan kebijakan sosial berdasarkan data statistik.
 - Pelayanan kesehatan dan lingkup program kesehatan.
 - Lintas sektoral dan pendidikan kesehatan.
- e. Evaluasi
Tahap evaluasi ini mencakup rujukan, kualitas intervensi, sistem pencatatan dan hasil akhir dari program perawatan komunitas. Hal lain yang perlu diperhatikan pada perawatan komunitas adalah: catatan statistik kecelakaan, kelahiran, penyakit kronis, transportasi yang tersedia, catatan pelaksanaan tindakan dan kesimpulan.

Sedangkan dalam Aziz (2002), pada prinsipnya semua aspek dokumentasi sama, namun ada kekhususan antara lain:

- a. **Pada pengkajian** dicatat hasil pengkajian tentang data geografi, riwayat kesehatan masa lalu, status/riwayat kesehatan keluarga, dan status kembang. Selain itu dikaji pula gaya hidup, pola coping, persepsi terhadap sehat-sakit, status sosial ekonomi, pemeriksaan fisik, diagnosa medik dan data lingkungan. Selain itu data demografi, data kesehatan, data kondisi lingkungan serta data tentang nilai, norma, budaya dan kebiasaan di masyarakat dimana hal tersebut sangat terkait dengan masalah kesehatan.
- b. **Pada tahap intervensi** di catat meliputi pelaksanaan program kesehatan, pengaruh kesehatan dan kebijakan sosial berdasarkan data statistik, pelayanan kesehatan dan lingkup program.
- c. **Pada tahap evaluasi** dicatat tentang cakupan rujukan, analisa keuntungan, kualitas intervensi dan hasil akhir dari program.

Di samping itu untuk membuat bagan tambahan diperhatikan data-data seperti catatan statistik kecelakaan, kelahiran, penyakit kronis, transportasi yang tersedia, sistem induk-pusat, catatan pelaksanaan dari tindakan, kesimpulan dan kegiatan.

Latihan

Untuk memperdalam pemahaman Anda mengenai materi praktikum di atas, kerjakanlah latihan berikut!

Setelah Anda selesai mempelajari Topik 2, selanjutnya Anda diminta mengerjakan latihan berikut ini:

Anda telah memahami tentang dokumentasi pada populasi khusus, coba diskusikan pengalaman teman Anda yang bekerja di populasi khusus apakah ada yang spesifik yang berbeda antar populasi satu dengan yang lainnya? Dimanakah letak perbedaannya terutama dalam hal format-format yang dipergunakan?

Ringkasan

Anda telah mempelajari uraian materi tersebut di atas, adapun rangkuman untuk Topik 2 adalah sebagai berikut:

1. Dokumentasi perawatan anak merupakan dokumentasi dalam proses keperawatan yang ditulis berdasarkan kondisi anak yang berusia mulai dari 28 hari sampai 18 tahun yang harus dicatat secara akurat, konsisten dan komprehensif.
2. Dokumentasi keperawatan ini merupakan dokumentasi tatanan khusus dalam proses keperawatan yang ditulis berdasarkan kondisi klien yang meliputi perawatan pada ibu, janin, bayi baru lahir. Dokumentasi ini harus dibuat secara akurat, konsisten dan komprehensif.
3. Dokumentasi populasi psikiatrik mencakup kedaruratan akut, perawatan jangka panjang, rawat jalan, perawatan di rumah. Dokumentasi psikiatri merupakan dokumentasi tatanan khusus dalam proses keperawatan yang ditujukan pada semua tingkat usia yang mengalami gangguan mental atau masalah kesehatan jiwa.
4. Dokumentasi di komunitas merupakan dokumentasi yang dilaksanakan pada pencatatan proses keperawatan di komunitas. Dokumentasi ini memberikan informasi tentang sistem pelayanan kesehatan di masyarakat, informasi tentang riset, serta informasi kesehatan masyarakat.

Tes 2

Pilihlah A. jika jawaban 1, 2 benar

B. jika 1, 3 benar

C. jika 2, 3 benar

D. jika 1, 2, 3 benar.

- 1) Bentuk komunikasi non verbal pada populasi pediatrik
 - (1) tangisan
 - (2) posisi tubuh
 - (3) kontak mata
- 2) Pengkajian populasi pediatrik berisi tentang
 - (1) riwayat kesehatan
 - (2) pengkajian fisik
 - (3) pengkajian psikososial

- 3) Informasi yang harus didokumentasikan pada saat populasi pediatrik masuk Rumah sakit
 - (1) pemakaian gelang identitas
 - (2) alergi obat
 - (3) respons anak

- 4) Dokumentasi pada rekaman monitor janin
 - (1) tujuan pemantauan
 - (2) status nutrisi
 - (3) tanda vital

- 5) Dokumentasi pasien bersalin
 - (1) *vital sign*
 - (2) kontraksi
 - (3) protein urin

Topik 3

Dokumentasi Keperawatan Pada Kelompok Khusus

A. PENDAHULUAN

Kelompok khusus adalah sekelompok masyarakat atau individu yang karena keadaan fisik, mental maupun sosial, budaya dan ekonominya perlu mendapatkan bantuan, bimbingan dan pelayanan kesehatan dan asuhan keperawatan, karena ketidakmampuan dan ketidaktahuan mereka dalam memelihara kesehatan dan keperawatan terhadap dirinya sendiri.

Kelompok khusus dapat diklasifikasikan berdasarkan permasalahan dan kebutuhan yang mereka hadapi, diantaranya (1) Kelompok khusus dengan kebutuhan khusus yang memerlukan pengawasan akibat pertumbuhan dan perkembangannya misal: anak usia sekolah dan lansia sedangkan (2) Kelompok khusus dengan kesehatan khusus yang memerlukan pengawasan dan bimbingan, diantaranya: kelompok okupasi.

B. TUJUAN PEMBELAJARAN

1. Tujuan Pembelajaran Umum

Setelah mempelajari Topik 3, Anda diharapkan dapat menjelaskan dokumentasi keperawatan pada kelompok khusus.

2. Tujuan Pembelajaran Khusus

Untuk mencapai tujuan pembelajaran umum di atas tujuan khusus dalam Topik 3, diharapkan Anda dapat menjelaskan dokumentasi pada kelompok khusus, antara lain:

- a. Menjelaskan dokumentasi keperawatan anak sekolah.
- b. Menjelaskan dokumentasi keperawatan lansia.
- c. Menjelaskan dokumentasi keperawatan okupasi.

C. URAIAN MATERI

Anak usia sekolah dapat disebut sebagai akhir masa kanak-kanak sejak usia 6 tahun atau masuk sekolah dasar kelas satu, ditandai oleh kondisi yang sangat mempengaruhi penyesuaian pribadi dan penyesuaian sosial anak. Khas pada kelompok ini adalah anak usia sekolah mampu merawat diri sendiri, pada usia ini anak mampu melakukan peran aktif dalam perawatan kesehatan diri mereka sendiri. Remaja dapat diwawancarai tanpa kehadiran orang tua. Tetapi privasi dan kerahasiaan harus dipastikan untuk memperoleh rasa percaya dari remaja. Berikut akan diuraikan tentang dokumentasi keperawatan pada anak sekolah, meliputi:

1. Dokumentasi Kelompok Anak Sekolah

Pengkajian meliputi tingkat perkembangan, respons terhadap perawatan, riwayat perawatan kesehatan utama, riwayat medis dan dukungan orang yang ada, kemampuan untuk memahami dan bekerja sama, menerima tanggung jawab, kemampuan motorik, kemampuan kognitif dan psikis sosial, riwayat diet, aktivitas fisik, alergi. Selain itu pengkajian terkait keluarga antara lain meliputi: identitas kepala keluarga, alamat, komposisi keluarga, suku, agama, lingkungan.

Pada saat pengkajian beberapa masalah pada anak usia sekolah yang harus diperhatikan adalah meliputi bahaya fisik dan psikologis:

Bahaya Fisik

- a. Penyakit infeksi pada usia sekolah jarang sekali terjadi dengan adanya kekebalan yang didapat dari imunisasi yang pernah didapatkan semasa bayi dan diulang pada kelas satu atau enam, tetapi berbahaya adalah penyakit palsu atau khayal untuk menghindarkan tugas-tugas yang menjadi tanggung jawabnya.
- b. Kegemukan terjadi bukan karena adanya perubahan pada kelenjar, tetapi akibat banyaknya karbohidrat yang dikonsumsi. Bahaya kegemukan yang mungkin dapat terjadi: anak kesulitan mengikuti kegiatan bermain sehingga kehilangan kesempatan untuk mencapai keterampilan yang penting untuk keberhasilan sosial, dan teman-temannya sering mengganggu dan mengejek dengan sebutan-sebutan “gendut” atau sebutan lain sehingga anak merasa rendah diri.
- c. Kecelakaan terjadi akibat keinginan anak untuk bermain yang menghasilkan keterampilan tertentu. Meskipun tidak meninggalkan bekas fisik, kecelakaan yang dianggap sebagai kegagalan dan anak lebih bersikap hati-hati akan berbahaya bagi psikologisnya sehingga anak merasa takut terhadap kegiatan fisik. Bila hal ini terjadi dapat berkembang menjadi rasa malu yang mempengaruhi hubungan sosial.
- d. Kecanggungan Pada masa ini anak mulai membandingkan kemampuannya dengan teman sebaya. Bila muncul perasaan tidak mampu dapat menjadi dasar untuk rendah diri.
- e. Kesederhanaan sering dilakukan oleh anak-anak pada saat apapun. Orang yang lebih dewasa memandangnya sebagai perilaku yang kurang menarik sehingga anak menafsirkan sebagai penolakan yang dapat mempengaruhi perkembangan konsep diri anak.

Bahaya Psikologis

- a. Bahaya dalam berbicara.
Ada empat bahaya dalam berbicara yang umum terdapat pada anak usia sekolah: kosa kata yang kurang dari rata-rata menghambat tugas-tugas di sekolah dan menghambat komunikasi dengan orang lain, kesalahan dalam berbicara, seperti salah ucap dan kesalahan tata bahasa, cacat dalam bicara seperti gagap atau pilar, akan membuat anak menjadi sadar diri sehingga anak hanya berbicara bila perlu, anak yang

mempunyai kesulitan berbicara dalam bahasa yang digunakan di lingkungan sekolah akan terhalang dalam usaha untuk berkomunikasi dan mudah merasa bahwa ia “berbeda” dan pembicaraan yang bersifat egosentris, yang mengkritik dan merendahkan orang lain, dan yang bersifat membual akan ditentang oleh temannya.

b. Bahaya emosi.

Anak akan dianggap tidak matang baik oleh teman-teman sebaya maupun orang dewasa, bila ia masih menunjukkan pola-pola ekspresi emosi yang kurang menyenangkan, seperti marah yang meledak-ledak, dan juga bila emosi yang buruk seperti marah dan cemburu masih sangat kuat sehingga kurang disenangi orang lain.

c. Bahaya bermain.

Anak yang kurang memiliki dukungan sosial akan merasa kekurangan kesempatan untuk mempelajari permainan dan olahraga yang penting untuk menjadi anggota kelompok. Anak yang dilarang berkhayal karena membuang waktu atau dilarang melakukan kegiatan kreatif dan bermain akan mengembangkan kebiasaan penurut yang kaku.

d. Bahaya dalam konsep diri.

Anak yang mempunyai konsep diri yang ideal biasanya merasa tidak puas pada perlakuan orang lain. Bila konsep sosialnya didasarkan pada berbagai stereotip, ia cenderung berprasangka dan bersikap diskriminatif dalam memperlakukan orang lain. Karena konsepnya berbobot emosi maka itu cenderung menetap dan terus memberikan pengaruh buruk pada penyesuaian sosial anak.

e. Bahaya moral.

Ada enam bahaya umumnya dikaitkan dengan perkembangan sikap moral dan perilaku anak-anak:

- Perkembangan kode moral berdasarkan konsep teman-teman atau berdasarkan konsep-konsep media masa tentang benar dan salah yang tidak sesuai dengan kode orang dewasa.
- Tidak berhasil mengembangkan suara hati sebagai pengawas dalam terhadap perilaku.
- Disiplin yang tidak konsisten membuat anak tidak yakin akan apa yang sebaiknya dilakukan.
- Hukuman fisik merupakan contoh agresivitas anak.
- Menganggap dukungan teman terhadap perilaku yang salah begitu memuaskan sehingga perilaku menjadi kebiasaan.
- Tidak sabar terhadap perbuatan orang lain yang salah.

f. Bahaya yang menyangkut minat.

Ada dua bahaya yang umum dihubungkan dengan minat masa kanak-kanak: pertama, tidak berminat pada hal-hal yang dianggap penting oleh teman-teman sebaya, dan kedua, mengembangkan sikap yang kurang baik terhadap minat yang dapat bernilai bagi dirinya, seperti kesehatan atau sekolah.

- g. Bahaya dalam penggolongan peran seks.
Ada dua bahaya yang umum dalam penggolongan peran seks, yaitu kegagalan untuk mempelajari organ seks, dan ketidakmampuan untuk melakukan peran seks yang disetujui. Bahaya yang pertama cenderung berkembang bila anak dibesarkan oleh keluarga ketika orang tuanya melakukan peran seks yang berbeda dengan orang tua teman-temannya. Bahaya yang kedua berkembang bilamana anak perempuan dan laki-laki diharapkan melakukan peran-peran tradisional.
- h. Bahaya dalam perkembangan kepribadian.
Ada dua bahaya yang serius dalam perkembangan kepribadian periode ini. Pertama, perkembangan konsep diri yang buruk yang mengakibatkan penolakan diri, dan kedua, egosentrisme yang merupakan lanjutan dari awal masa kanak-kanak. Egosentrisme merupakan hal yang serius karena memberikan rasa penting diri yang palsu.
- i. Bahaya hubungan keluarga.
Pertentangan dengan anggota-anggota keluarga mengakibatkan dua hal: melemahkan ikatan keluarga dan menimbulkan kebiasaan pola penyesuaian yang buruk, serta masalah-masalah yang dibawa keluar rumah.

Berdasarkan hasil pengkajian yang telah didokumentasikan maka akan masuk ke tahap berikutnya yaitu dokumentasi untuk diagnosa keperawatan.

Diagnosa Keperawatan:

Risiko cedera yang berhubungan dengan pilihan gaya hidup: penggunaan alkohol rokok dan obat.

Perubahan pemeliharaan kesehatan yang berhubungan dengan: kurangnya nutrisi yang adekuat untuk mendukung pertumbuhan, melewati waktu makan.

Kurang pengetahuan yang berhubungan dengan: kurang informasi.

Gangguan citra tubuh yang berhubungan dengan: perasaan negatif tentang tubuh.

Perencanaan:

Libatkan anak dan orang tua dalam tujuan, pertimbangan masalah keperawatan sosial dan psikologis yang menyertai masalah keperawatan fisik, memperkuat sistem pendukung dan melakukan aktivitas untuk meningkatkan kemampuan penyelesaian masalah, berikan informasi sesuai perkembangan.

Implementasi:

Sangat individual, koreksi kesalahan informasi nutrisi, aktivitas fisik, risiko merokok.

Evaluasi:

Jika tidak tercapai modifikasi, konsultasi ahli, kembangkan intervensi baru.

2. Dokumentasi Kelompok Lansia

Penduduk lanjut usia merupakan bagian dari anggota keluarga dan anggota masyarakat yang semakin bertambah jumlahnya sejalan dengan peningkatan usia harapan hidup. Pada tahun 1980 penduduk lanjut usia baru berjumlah 7,7 juta jiwa atau 5,2 persen dari seluruh jumlah penduduk. Pada tahun 1990 jumlah penduduk lanjut usia meningkat menjadi 11,3 juta orang atau 8,9 persen. Jumlah ini meningkat di seluruh Indonesia menjadi 15,1 juta jiwa pada tahun 2000 atau 7,2 persen dari seluruh penduduk. Diperkirakan pada tahun 2020 akan menjadi 29 juta orang atau 11,4 persen. Hal ini menunjukkan bahwa penduduk lanjut usia meningkat secara konsisten dari waktu ke waktu. Meningkatnya jumlah lansia akan membutuhkan perawatan yang serius karena secara alamiah lansia itu mengalami penurunan baik dari segi fisik, biologi maupun mentalnya (Nugroho, 2004).

Pelayanan yang digunakan terutama perawatan di rumah, bantuan kehidupan sehari-hari, pelayanan rawat jalan dan *adult day care*. Ada 3 faktor penuaan yang mempengaruhi kesehatan lansia, yaitu: perubahan biologis (nutrisi, defisit sensori), perubahan sosiologis (pensiun, kematian teman), dan perubahan psikologis (kesepian, ketakutan akan kematian, kehilangan harga diri).

Depresi adalah masalah yang sering dialami lansia dan terkadang dibingungkan dengan demensia (Marrelli, 2008). Dokumentasi perawatan lansia yang disebut juga perawatan gerontik merupakan dokumentasi kelompok khusus dalam proses keperawatan yang ditulis berdasarkan kondisi pasien yang sudah lanjut usia biasanya pada usia 60 tahun ke atas yang mengalami proses penuaan dan permasalahan yang membutuhkan perawatan.

Dokumentasi ini harus dicatat secara akurat, konsisten dan konsisten dan komprehensif sama halnya dengan dokumentasi keperawatan secara umum. Lingkup dokumentasi ini meliputi perawatan yang diberikan di rumah sakit, rumah dan masyarakat. Dokumentasi populasi lansia melakukan praktik keperawatan untuk mengatasi pasien yang butuh penanganan.

Dokumentasi ini meliputi;

- a. Perawatan lansia yang sehat, yaitu bagi lansia yang sehat secara fisik hanya butuh bantuan perawatan karena sudah menurunnya kemampuan dalam menjalani kehidupan sehari-hari.
- b. Lansia yang perlu perawatan akut, yaitu lansia yang membutuhkan perawatan karena tiba-tiba mengalami gangguan kesehatan
- c. Lansia yang memerlukan perawatan kronik, yaitu lansia yang butuh perawatan yang lama dengan penyakit yang sudah lama dialami.

Beberapa hal yang perlu dicatat antara lain; perubahan fisik, psikologis, masalah klien, komunikasi dan lain lain. Pada pengkajian ada hal khusus misalnya; aktivitas sehari hari menggunakan Katz index, fungsi kognitif lansia, APGAR keluarga.

Proses keperawatan pada lansia sama dengan proses keperawatan secara umum. Oleh karena itu pendokumentasian proses keperawatan pada populasi lansia sama dengan

pendokumentasian proses keperawatan secara umum, yang meliputi pendokumentasian dari pengkajian, diagnosa keperawatan, rencana dan tindakan serta evaluasi keperawatan pada lansia.

3. Dokumentasi Perawatan Kelompok Okupasi

Dokumentasi pada perawatan kelompok okupasi merupakan dokumentasi pada okupasi terapi (upaya penyembuhan melalui kesibukan atau pekerjaan tertentu). Dokumentasi ini merupakan bagian dari rehabilitasi medis.

Dokumentasi kelompok okupasi ini meliputi:

- a. Terapi khusus untuk pasien gangguan mental atau gangguan jiwa
- b. Terapi khusus untuk mengembalikan fungsi fisik, kekuatan otot, gerakan sendi dan koordinasi gerakan.

Jenis-jenis tindakan yang dapat digunakan sebagai terapi okupasi adalah:

- a. Mengajari atau melakukan klien berolahraga
- b. Membuat permainan
- c. Membuat kerajinan tangan
- d. Mengajari klien dalam melakukan aktivitas kehidupan sehari-hari.
- e. Melakukan diskusi dengan klien dan lain-lain.

Hal-hal yang perlu didokumentasikan dalam proses keperawatan okupasi adalah:

- a. Pengkajian; hal hal yang perlu dikaji pada kelompok okupasi yang selanjutnya akan dicatat sebagai dokumentasi keperawatan dalam kelompok okupasi tersebut adalah : kaji riwayat kesehatan klien, pemeriksaan fisik, ajukan pertanyaan-pertanyaan yang mendukung, kaji kemampuan untuk mengetahui masalah yang dihadapi.
- b. Diagnosa keperawatan; masalah yang sering ditemukan antara lain keadaan fisik yang menurun, menarik diri, gangguan aktivitas.
- c. Rencana Tindakan; pertahankan tingkat fungsional klien untuk melakukan aktivitas hidup sehari-hari, tingkatkan keseimbangan antara istirahat dan aktivitas, bantu klien waspada dalam melakukan kegiatan sehari-hari, gunakan petunjuk dan penguatan positif kepada klien, pertahankan keadaan fisik yang seimbang, pertahankan hubungan sosial klien dengan baik
- d. Evaluasi; *klien* mempertahankan kemampuannya melakukan aktivitas sehari-hari, klien menunjukan perawatan diri yang baik.

Latihan

Untuk memperdalam pemahaman Anda mengenai materi praktikum di atas, kerjakanlah latihan berikut!

Setelah Anda selesai mempelajari Topik 3 maka kerjakanlah tugas mandiri di bawah ini:

Anda telah memahami tentang dokumentasi pada kelompok khusus, coba diskusikan pengalaman teman anda yang bekerja pada kelompok khusus apakah ada yang spesifik yang berbeda antar kelompok satu dengan yang lainnya? Dimanakah letak perbedaannya dari aspek dokumentasi?

Berikut ini Anda akan mengerjakan test formatif jawablah pertanyaannya jika telah selesai anda diperkenankan untuk melihat bagian umpan balik.

Ringkasan

Anda telah mempelajari uraian materi tersebut diatas, adapun rangkuman untuk Kegiatan Belajar 3 adalah sebagai berikut:

1. Ciri khas pada kelompok ini anak usia sekolah mampu merawat diri sendiri, pada usia ini anak mampu melakukan peran aktif dalam perawatan kesehatan diri mereka sendiri. Remaja dapat diwawancarai tanpa kehadiran.
2. Dokumentasi perawatan lansia yang disebut juga perawatan gerontik merupakan dokumentasi kelompok khusus dalam proses keperawatan yang ditulis berdasarkan kondisi pasien yang sudah lanjut usia biasanya pada usia 60 tahun ke atas yang mengalami proses penuaan dan permasalahan yang membutuhkan perawatan.
3. Dokumentasi pada perawatan kelompok okupasi merupakan dokumentasi pada okupasi terapi (upaya penyembuhan melalui kesibukan atau pekerjaan tertentu).

Tes 3

Pilihlah A. jika jawaban 1, 2 benar

B. jika 1, 3 benar

C. jika 2, 3 benar

D. jika 1, 2, 3 benar

- 1) Faktor penuaan yang mempengaruhi kesehatan lansia pada aspek biologis adalah
 - (1) nutrisi
 - (2) pensiun
 - (3) defisit sensori
- 2) Dokumentasi yang perlu pada kelompok lansia adalah
 - (1) perubahan fisik
 - (2) perubahan psikologis
 - (3) komunikasi
3. Jenis-jenis tindakan yang dapat digunakan sebagai terapi okupasi adalah....
 - (1) mengajari atau melakukan klien berolahraga
 - (2) membuat permainan
 - (3) membuat kerajinan tangan

- 4) Masalah kesehatan pada kelompok okupasi adalah
 - (1) menarik diri
 - (2) kesepian
 - (3) gangguan aktivitas

- 5) Perlu di dokumentasikan pada pengkajian kelompok okupasi adalah
 - (1) riwayat kesehatan
 - (2) keuangan
 - (3) pemeriksaan fisik

Kunci Jawaban Tes

Tes 1

- 1) B
- 2) B
- 3) D
- 4) B
- 5) D

Tes 2

- 1) D
- 2) D
- 3) D
- 4) B
- 5) B

Tes 3

- 1) B
- 2) D
- 3) D
- 4) B
- 5) B

Daftar Pustaka

- Allen. 1998. *Memahami Proses Keperawatan*. Jakarta: EGC.
- Ali, Z. 2002. *Dasar-Dasar Keperawatan Profesional*. Jakarta Widya Medika.
- Ali, Z. 2009. *Dasar-dasar Dokumentasi Keperawatan*. Jakarta: EGC.
- ENA, 2005. *Emergency Care*. USA: WB Saunders Company
- Iyer, P. 2004. *Dokumentasi Keperawatan: Suatu Pendekatan Proses Keperawatan*. Jakarta : EGC
- Marrelly. 2008. *Buku Saku Dokumentasi Keperawatan Edisi 3*, Jakarta, EGC
- Nursalam. 2001. *Proses dan Dokumentasi Keperawatan Konsep dan Praktik*. Jakarta: Salemba Medika.
- Nursalam. 2009. *Proses dan Dokumentasi Keperawatan Konsep dan Praktik*. Salemba Medika. Jakarta.
- Nugroho. 2000. *Keperawatan Gerontik*. Edisi 2. Jakarta: EGC
- Oman, Kathleen S. 2008. *Panduan Belajar Keperawatan Emergensi*. Jakarta: EGC
- Patricia, W. L. Nancy, H.C. 2005. *Dokumentasi Keperawatan Suatu Pendekatan Proses Keperawatan*. Edisi 3. Jakarta: EGC.
- Potter dan Perry. 2006. *Fundamental Keperawatan Konsep, Proses dan Praktik volume 1*, Jakarta: EGC.
- Potter dan Perry. 2006. *Fundamental Keperawatan Konsep, Proses dan Praktik volume 2*, Jakarta: EGC.
- Serri Hutahaeen. 2010. *Konsep dan Dokumentasi Proses Keperawatan*. Jakarta: Trans Info Media.
- Wijaya, S. 2010. *Konsep Dasar Keperawatan Gawat Darurat*. Denpasar: PSIK Fakultas Kedokteran.

BAB V

DOKUMENTASI KEPERAWATAN PADA PELAYANAN KHUSUS DAN STRATEGI KHUSUS

Yustiana Olfah, APP., M.Kes.

PENDAHULUAN

Selamat berjumpa dalam Bab V. Bab V ini merupakan lanjutan bagi Anda setelah mempelajari Bab IV. Bab ini akan sangat membantu Anda untuk memahami dokumentasi keperawatan sesuai dengan tempat Anda bekerja. Apakah Anda sudah siap untuk mempelajarinya? Jika Anda sudah siap mulailah untuk mempelajari Bab V ini. Bab V menguraikan tentang dokumentasi keperawatan pada pelayanan khusus dan strategi khusus.

Setelah menyelesaikan belajar Bab V ini, Anda diharapkan mampu memahami dokumentasi keperawatan pada berbagai tatanan pelayanan khusus dan strategi khusus sehingga Anda dapat melakukan dokumentasi keperawatan yang berkualitas di tatanan tempat Anda bekerja dan tempat Anda praktik dalam melakukan asuhan keperawatan. Bab V ini terdiri dari 2 topik, yakni sebagai berikut:

Topik 1: Dokumentasi Keperawatan pada Pelayanan Khusus.

Topik 2: Dokumentasi Keperawatan pada Strategi Khusus.

Bab V ini berisi teori dan pada setiap kegiatan belajar dilengkapi dengan tujuan pembelajaran yang harus dipahami terlebih dahulu. Setelah itu dilanjutkan dengan mempelajari materinya. Demikian juga pada setiap topik Anda harus mengerjakan tugas latihan dan tes yang telah disiapkan. Setelah itu Anda dapat melanjutkan ke topik atau Bab berikutnya.

Selamat Belajar !

Topik 1

Dokumentasi Keperawatan pada Pelayanan Khusus

A. PENDAHULUAN

Dokumentasi proses keperawatan mempunyai beberapa perbedaan menurut tempat pelayanan dan populasi. Perbedaan ini diakibatkan oleh perbedaan fokus asuhan keperawatan/kebutuhan populasi dan lamanya pertemuan perawat dengan klien. Metode dokumentasi khusus adalah pencatatan tentang asuhan keperawatan yang didasarkan pada kekhususan dari populasi sasaran maupun tempat pelayanan keperawatan. Berikut ini akan dibahas tentang sistem pendokumentasian pada tatanan khusus dan populasi khusus.

Metode dokumentasi pada tatanan/tempat khusus adalah metode dokumentasi yang didasarkan pada lamanya pertemuan pasien dengan perawat dan sifat masalah yang dihadapi pasien (sehat, sakit dan mengancam jiwa). Berdasar batasan tersebut metode dokumentasi pada tatanan khusus dibedakan atas keperawatan akut/rawat darurat, rawat jalan, komunitas, kritis dan perioperatif serta perawatan jangka panjang/rawat inap.

B. TUJUAN PEMBELAJARAN

1. Tujuan Pembelajaran Umum

Setelah mempelajari Topik 1 ini Anda diharapkan dapat menjelaskan dokumentasi keperawatan pada pelayanan khusus.

2. Tujuan Pembelajaran Khusus

Untuk mencapai tujuan pembelajaran umum di atas, tujuan khusus dalam Topik 1 yaitu diharapkan Anda dapat menjelaskan dokumentasi pada pelayanan khusus:

- a. Menjelaskan dokumentasi keperawatan perioperatif.
- b. Menjelaskan dokumentasi keperawatan gawat-darurat.
- c. Menjelaskan dokumentasi keperawatan kritis.
- d. Menjelaskan dokumentasi keperawatan terminal dan menjelang ajal.

C. URAIAN MATERI

Pada topik ini Anda akan mempelajari tentang dokumentasi keperawatan pada pelayanan khusus dimana yang pertama akan dijabarkan tentang dokumentasi keperawatan perioperatif, kemudian dilanjutkan dengan dokumentasi di unit gawat darurat, keperawatan kritis dan terakhir dokumentasi pada keadaan terminal dan menjelang ajal. Pelajarilah dengan cermat pasti Anda akan mampu memahaminya.

1. Dokumentasi di Perawatan Perioperatif

Anda para mahasiswa Keperawatan,

Evolusi dokumentasi keperawatan di lingkungan perioperatif sama dinamisnya dengan kemajuan teknologi di area ini. Irama kerja di lingkungan perioperatif membutuhkan dokumentasi yang tepat waktu, singkat dan tepat. Adapun yang dimaksud dengan perioperatif adalah pre-operatif, intraoperatif dan pasca operatif.

Dokumentasi ini dilakukan di kamar bedah (ruang operasi). Format yang digunakan pada dokumentasi perawatan perioperatif untuk mengumpulkan semua informasi yang dibutuhkan, harus mudah digunakan, konsisten, komprehensif, mudah disesuaikan dengan mencakup semua diagnosis keperawatan yang berkaitan, baik untuk pasien yang darurat maupun tidak darurat.

Format dokumentasi ini juga harus memiliki panduan dan instruksi khusus dalam penggunaannya, untuk mempermudah dan memperjelas pendokumentasiannya. Standar dokumentasi yang digunakan pada dokumentasi perioperatif adalah sebagai berikut:

- a. Catatan pasien merefleksikan pengkajian dan perencanaan yang diberikan pada perawatan perioperatif.
- b. Catatan pasien merefleksikan perawatan yang diberikan oleh anggota tim pembedahan. Perawatan di dokumentasikan pada catatan pasien.
- c. Catatan pasien merefleksikan evaluasi operatif yang berkelanjutan dan respons pasien terhadap intervensi keperawatan.
- d. Dokumentasi asuhan keperawatan perioperatif disesuaikan dengan kebijakan dan prosedur pada area praktik.

a. Dokumentasi Preoperatif

Merupakan dokumentasi yang dilaksanakan pada catatan proses keperawatan sebelum operasi. Bukti proses keperawatan harus didokumentasikan pada format dokumentasi pra operatif. Jika waktu yang tersedia tidak memungkinkan untuk memenuhi standar evaluasi dan dokumentasi keperawatan maka perawat harus membuat catatan tentang sifat darurat pembedahan yang dijalani pasien, penyelesaian pengkajian keperawatan, upaya yang dilakukan untuk menghubungi atau memberikan penyuluhan pada pasien, keluarga dan orang terdekat pasien, kekhawatiran yang diungkapkan pasien dan intervensi keperawatan yang telah dilakukan.

Hal yang didokumentasikan meliputi:

- 1) Pengkajian fisiologis.
- 2) Pengkajian psikososial.
- 3) Pendidikan kesehatan preoperasi.
- 4) Tingkat respons menghadapi operasi.
- 5) Efek medikasi dan tes diagnostik.
- 6) Selain itu juga didokumentasi tanda vital klien.
- 7) Persiapan premedikasi.

Setelah Anda selesai mempelajari hal yang didokumentasikan pada pre operatif, sekarang Anda akan mempelajari apa saja yang harus Anda dokumentasikan pada intra operatif melalui paparan berikut ini.

b. Dokumentasi Intraoperatif, meliputi:

- 1) Jenis prosedur operasi.
- 2) Waktu masuk.
- 3) Waktu anestesi.
- 4) Jenis anestesi.
- 5) Insisi.
- 6) Restrain yang digunakan.
- 7) Adanya alergi.
- 8) Medikasi yang diberikan.
- 9) Didokumentasikan juga lokasi drain.
- 10) Kateter.
- 11) Balutan.
- 12) Total masuk dan keluaran.
- 13) *Graft*.
- 14) Protesa.
- 15) Jaringan yang diangkat.
- 16) Klasifikasi luka.
- 17) Keadaan sirkulasi.
- 18) Anggota tim bedah dan lain lain yang berkaitan selama pembedahan.

Anda kini sampailah pada bagian terakhir dari perioperatif yaitu pasca/post operasi. Hal apa saja yang harus didokumentasikan? Simaklah dengan baik paparan berikut ini.

Dokumentasi pasca/post operasi meliputi pencatatan setelah dilakukan pembedahan antara lain catatan tentang;

- 1) Fungsi respirasi.
- 2) Status *kardiovaskuler*.
- 3) Pengembalian/tingkat kesadaran.
- 4) Tanda komplikasi, tanda vital.
- 5) Keseimbangan cairan.
- 6) Selain itu catat pula rencana keperawatan dan intervensi yang telah dilakukan, serta pencegahan infeksi dan tingkat aktivitas.

Dokumentasi pasca operatif ini selanjutnya mencatat masalah yang ditemukan, dilanjutkan dengan rencana tindakan yang diberikan termasuk rasa aman dan nyaman setelah selesai tindakan operasi, keseimbangan cairan, tingkat aktivitas serta pencegahan terhadap terjadinya infeksi.

2. Dokumentasi di Perawatan Gawat Darurat

Pasien unit gawat darurat sering mengalami gejala yang dramatis, kecepatan perubahan kebutuhan fisiologis dan psikososial selama periode kritis merupakan tantangan besar untuk menentukan diagnosis keperawatan. Dokumentasi di gawat-darurat merupakan dokumentasi dalam keadaan kritis. Dokumentasi dilakukan secara akurat, singkat dan komprehensif.

Dokumentasi ini mencatat:

- a. Aktivitas *triage* dan evaluasi awal.
- b. Melengkapi dan mencatat survei primer dan sekunder.
- c. Merumuskan dan mencatat diagnosa keperawatan.
- d. Menyertakan informasi yang diperlukan dalam situasi risiko tinggi.
- e. Perawat mendokumentasikan status mental pasien dan waktu kedatangan.
- f. Dokter menulis secara singkat dan jelas.
- g. Instruksi dokter tentang obat-obatan dan pengobatan lain dicatat dalam status pasien.
- h. Perawat juga mendokumentasikan pendidikan kesehatan yang diberikan pada pasien.
- i. Bentuk catatan yang baik dapat menunjang keakuratan komunikasi yang jelas dan efisien.
- j. Dalam catatan harus dituliskan siapa penanggungjawab situasi gawat darurat.
- k. Tindakan keperawatan pada gawat-darurat biasanya dilakukan dengan melihat kondisi pasien saat itu, sehingga pelaksanaan tindakan dilakukan secepat mungkin sesuai dengan kebutuhan klien tersebut sehingga pendokumentasiannya juga harus segera dibuat.

Untuk lebih jelasnya tentang dokumentasi pada *triase* di unit gawat- darurat bacalah uraian berikut ini:

a. Proses Triase

Proses *triase* mencakup dokumentasi hal-hal berikut:

- 1) Waktu dan datangnya alat transportasi.
- 2) Keluhan utama (misal: “Apa yang membuat Anda datang kemari”).
- 3) Pengkodean prioritas atau keakutan perawatan.
- 4) Penentuan pemberi perawatan kesehatan yang tepat.
- 5) Penempatan di area pengobatan yang tepat (misal: kardiak versus trauma, perawatan minor versus perawatan kritis).
- 6) Permulaan intervensi misal: balutan steril, es, pemakaian bidai, prosedur diagnostik seperti pemeriksaan sinar-x, elektro-kardiogram (EKG), atau gas darah arteri (GDA).

b. Wawancara Triase yang ideal

Wawancara dan dokumentasi *triase* yang ideal mencakup hal-hal berikut:

- 1) Nama, usia, jenis kelamin, dan cara kedatangan.
- 2) Keluhan utama.

- 3) Riwayat singkat (termasuk awitan, derajat intensitas, kondisi yang sama sebelumnya, dan masalah medis sebelumnya).
- 4) Pengobatan.
- 5) Alergi.
- 6) Tanggal imunisasi tetanus terakhir.
- 7) Tanggal periode menstruasi terakhir bagi wanita usia subur (termasuk gravida, para, dan aborsi, jika perlu).
- 8) Pengkajian tanda vital dan berat badan.
- 9) Klasifikasi pasien dan tingkat keakutan.

Kompleksitas tanggung-jawab keperawatan gawat-darurat dan langkah kerja di unit tersebut memerlukan penggunaan lembar alur untuk mendokumentasikan proses keperawatan.

Tabel 5.1
Komponen Dokumentasi Triage

KOMPONEN DOKUMENTASI TRIAGE	
▪	Tanda dan waktu tiba
▪	Umur pasien
▪	Waktu pengkajian
▪	Riwayat alergi
▪	Riwayat pengobatan
▪	Tingkat kegawatan pasien
▪	Tanda-tanda vital
▪	Pertolongan pertama yang diberikan
▪	Pengkajian ulang
▪	Pengkajian nyeri
▪	Keluhan utama
▪	Riwayat keluhan saat ini
▪	Data subjektif dan data objektif
▪	Periode menstruasi terakhir
▪	Imunisasi tetanus terakhir
▪	Pemeriksaan diagnostik
▪	Administrasi pengobatan
▪	Tanda tangan registered nurse.

Berkaitan dengan pengkajian “perawat gawat-darurat harus melakukan pengkajian yang akurat dan kontinu terhadap masalah fisik dan psikososial klien di UGD yang terdiri dari:

- 1) Keragaman menghadirkan gejala khusus
Unit gawat darurat harus selalu dalam keadaan siaga. Individu dari berbagai usia dengan masalah pada satu atau semua sistem tubuh dapat datang kapan saja ke UGD. Perawat gawat darurat harus siap mengenali adanya abnormalisasi pada sistem dan

berpartisipasi tepat untuk pengobatan dan pembedahan umum, maupun *pediatri*, remaja, dan *geriatric*.

- 2) Prioritas pengkajian saat datang
Prioritas pengkajian berkenaan dengan pasien trauma. Pemeriksaan utama pada ABCD (status *airway*/jalan nafas, *breathing*/pernapasan, *circulation*/sirkulasi, *disability-neurological*/kerusakan-neurologi).
- 3) Pemantauan
Pada standar perawatan dicantumkan bahwa tanda vital di UGD harus dikaji setiap 4 jam dan lebih sering lagi sesuai kondisi klinis. Sumber praktik ENA yang berkaitan dengan perencanaan menyatakan perawat gawat-darurat harus merumuskan rencana asuhan keperawatan yang komprehensif untuk pasien UGD dan berkolaborasi dalam perumusan keseluruhan rencana perawatan pasien.

c. *Implementasi*

Standar praktik ENA yang berkaitan dengan implementasi menyatakan, perawat gawat-darurat harus mengimplementasikan rencana perawatan berdasarkan data pengkajian, diagnosis keperawatan dan diagnosis medis. Berikut ini beberapa contoh tindakan perawat gawat-darurat dalam pendokumentasian:

- 1) Pemberian Obat.
Perawat harus mencatat *route*, cara pemberian obat, jumlah, dosis dan jenis obat.
- 2) Selang Nasogastrik.
Harus didokumentasikan pemasangan dan pemeriksaan termasuk warna dan jumlah haluaran.
- 3) Akses IV.
Ketika pemasangan IV perawat harus mendokumentasikan bahwa teknik aseptik sudah di gunakan, darah telah/belum di ambil, tanda pembengkakan atau kemerahan yang terjadi pada daerah penusukan jarum.
- 4) Pembebatan.
Perawat harus mencatat jenis alat, lokasi, dan status sirkulasi setelah pembebatan.
- 5) Penggunaan *restraint*.
Dokumentasi harus mencakup upaya untuk mengadakan hubungan komunikasi dengan *klien* dan sampaikan pada *klien* alternatif lain selain *restraint*, dan minta keluarga agar tetap mendampingi klien.

d. *Evaluasi dan Komunikasi*

Pernyataan standar ENA yang berkaitan dengan evaluasi, perawat yang bertugas di unit gawat-darurat harus mengevaluasi dan memodifikasi rencana perawatan berdasarkan respons klien yang dapat diobservasi dan pencapaian tujuan. Berikut contoh format pengkajian yang dapat digunakan di unit gawat-darurat.

Tabel 5.2

Format Pengkajian Keperawatan Gawat Darurat

Identitas Klien			
Nama	:		
Usia	:		
Jenis Kelamin	:		
Agama	:		
Alamat	:		
Tanggal Masuk	:		
No. MR	:		
Diagnosa Medis	:		
Keluhan Utama:			
Pengkajian Primer:			
Airway			
Breathing			
Circulation			
Disability			
Eksposure			
Pengkajian Sekunder:			
Riwayat Kesehatan Sekarang :			
Riwayat Kesehatan Lalu :			
Riwayat Kesehatan Keluarga :			
Pengkajian Head to Toe:			
Kepala			
Leher			
Thorak			
Abdomen			
Ekstremitas			
Integumen			
Pemeriksaan Penunjang dan Terapi Medis			
Radiologi	Laboratorium Darah	Pemeriksaan Lain	Terapi Medis

3. Dokumentasi di Perawatan Kritis

Dokumentasi di perawatan kritis merupakan kegiatan pencatatan pada kondisi pasien yang kritis. Dokumentasi ini berhubungan dengan masalah kompleks yang harus dicatat secara akurat, konsisten dan komprehensif. Kondisi kritis merupakan kondisi yang mengkhawatirkan dan mengancam kehidupan. Kondisi ini memerlukan pengkajian secara kontinu, intensif dan multidisiplin.

Kondisi kritis berada dalam intervensi yang mengacu pada pengembalian kestabilan, pencegahan komplikasi, dan adaptasi pasien. Kondisi kritis yang harus dicatat antara lain: pengembalian kestabilan, pencegahan komplikasi, dan adaptasi *klien*. Ciri khusus lain yang harus dicatat dalam kondisi kritis adalah; kebutuhan perawatan total, haemodinamik yang tidak stabil, pemantauan yang terus menerus, *restriksi intake* dan *output*, sakit yang berlebihan (nyeri), dan status *neurologis* yang tidak stabil.

Dalam mengatasi masalah pasien kritis, rencana keperawatan memiliki dua tujuan yaitu menyelamatkan kehidupan dan mempertahankan kehidupan. Untuk mencapai tujuan tersebut maka perawat harus mempunyai pengetahuan dasar tentang sistem tubuh manusia, mampu mengimplementasikan tindakan keperawatan secara cepat, serta mampu berkomunikasi secara efektif dan efisien dengan staf kesehatan yang berkepentingan.

Selain itu perawat harus cakap dalam menentukan cara untuk menyelamatkan kehidupan dan mengambil tindakan pencegahan terjadinya penyakit atau masalah psikologis. Sedangkan dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dalam keadaan kritis, perawat menggunakan standar yang sesuai dalam pelayanan keperawatan yaitu standar komprehensif dan standar pendukung.

a. Standar Komprehensif, terdiri dari:

- 1) Standar *pertama*: data dikumpulkan secara terus menerus yang menyangkut tentang keadaan pasien yang kritis.
- 2) Standar *ke dua*: masalah atau kebutuhan yang teridentifikasi dan prioritasnya berdasarkan data yang terkumpul.
- 3) Standar *ke tiga*: rencana asuhan keperawatan dirumuskan dengan tepat.
- 4) Standar *ke empat*: rencana asuhan keperawatan diimplementasikan menurut masalah yang diprioritaskan.
- 5) Standar *ke lima*: hasil asuhan keperawatan di evaluasi secara terus menerus.

b. Standar Pendukung, terdiri dari:

- 1) Standar *pertama*: mendokumentasikan semua data yang diperlukan pada catatan pasien.
- 2) Standar *ke dua*: mencatat masalah yang aktual, potensial dan risiko serta menentukan prioritasnya dalam catatan pasien.
- 3) Standar *ke tiga*: mencatat rencana asuhan keperawatan di catatan pasien.
- 4) Standar *ke empat*: mendokumentasikan intervensi dalam catatan pasien.
- 5) Standar *ke lima*: mencatat hasil evaluasi dalam catatan pasien.

Dalam hal ini pencatatan dokumentasi keperawatan kritis meliputi pencatatan yang mengacu pada standar komprehensif maupun standar pendukung dalam perawatan kritis tersebut.

Anda mahasiswa Pendidikan Keperawatan. Pasien yang masuk ke lingkungan keperawatan kritis menerima asuhan keperawatan intensif untuk berbagai masalah kesehatan. Serangkaian gejala memiliki rentang dari pasien yang memerlukan pemantauan yang sering dan membutuhkan sedikit intervensi sampai pasien dengan kegagalan fungsi multisistem yang memerlukan intervensi untuk mendukung fungsi tubuh yang mendasar.

Tantangan dokumentasi di area keperawatan kritis berkaitan dengan intensitas asuhan keperawatan, kinerja berulang sangat tinggi, tugas-tugas teknik dengan interval waktu yang sangat dekat. Dokumentasi yang tepat waktu, komprehensif, dan bermakna merupakan tantangan sekalipun perawat keperawatan kritis yang paling kompeten dan berpengalaman. Seni dari sistem pemantauan pasien yang terkomputerisasi dan alat-alat lain seperti penyelamat kehidupan, seperti *defibrilator eksternal*, memiliki kapasitas untuk menangkap, merekam, dan menyimpan data tanda vital dan peristiwa signifikan lainnya.

Oleh karena itu perawat sering mengandalkan sistem tersebut, terutama sistem pemantauan disamping tempat tidur pasien, untuk mengukur tanda vital yang sangat diperlukan dalam perawatan aktif pasien yang sangat tidak stabil. Pada kasus ini perawat akan mendokumentasikan secara retrospektif berdasarkan informasi yang dicatat dan disimpan oleh alat tersebut. Perawat sering menggunakan hasil cetakannya sebagai lampiran pencatatan lembar alur. Hasilnya tinjauan dokumentasi keperawatan meliputi campuran antara rekam medis manual dan terkomputerisasi (Patricia, 2005). Untuk memahami lebih jauh tentang dokumentasi keperawatan kritis, perhatikanlah uraian berikut ini:

c. *Lembar Alur di samping tempat tidur*

Lembar alur merupakan dasar dokumentasi keperawatan kritis. Lembar alur yang dibuat dengan baik dan komprehensif mengkomunikasikan dan mencerminkan standar perawatan populasi pasien utama yang dilayani oleh unit. Data harus diatur sedemikian rupa sehingga pengkajian dan intervensi rutin dapat ditentukan sebelumnya dan perawat diminta untuk memastikan bahwa dokumentasinya lengkap dan mencakup semua area penting intervensi keperawatan.

Tergantung dari populasi pasien yang dilayani, petunjuk tersebut bisa bervariasi. Misalnya lembar alur unit perawatan *kardiovaskular* memiliki berbagai parameter pengkajian khusus yang mengarahkan perawat untuk mendokumentasikan kualitas dan jumlah drainase selang dada setiap jam sedangkan catatan unit perawatan koroner tidak menspesifikan hal ini karena pasien dengan *infark miokard* akut tidak secara rutin memakai selang dada.

Perlu Anda ketahui bahwa rancangan lembar alur dapat bervariasi sesuai dengan organisasi yang membuatnya. Tanpa memikirkan bentuk format informasi seperti tanda vital, pemberian obat, data laboratorium, dan pengkajian kontinum lainnya serta informasi intervensi, umumnya ditempatkan dengan sangat jelas. Rutinitas lainnya seperti intervensi keperawatan atau pengkajian seluruh tubuh, akan tersimpan lebih strategis dalam format

tersebut. Kolom waktu umumnya dikosongkan, yang memungkinkan perawat untuk merancang sendiri frekuensi pengukuran tanda vital atau kejadian lainnya berdasarkan status pasien. Hasilnya satu format atau kumpulan banyak format dapat mewakili dokumentasi selama 24 jam. Pencatatan tepat waktu ini dilakukan untuk menceritakan semua kejadian dalam waktu tersebut. Tujuan lembar alur adalah memberikan catatan status pasien yang berkelanjutan dan kontinu. Hal ini berarti terjadi peningkatan rentang dari beberapa menit sampai sekali setiap jam.

Anda harus ingat, lembar alur hanya selembaar gambaran total dokumentasi keperawatan yang digunakan untuk membantu catatan perkembangan dan lembaran dokumentasi lain untuk menggambarkan secara lengkap pemberian pelayanan keperawatan kepada *klien*. Dokumentasi harus mencakup perhatian semua aspek proses keperawatan yaitu pengkajian, diagnosis, perencanaan, intervensi dan evaluasi. Dokumentasi respons, perkembangan atau perburukan pasien serta hasil yang sudah di capai juga bagian yang perlu didokumentasikan. Berikut ini Anda akan memahami lebih jelas tentang informasi yang dapat dipertimbangkan ketika membuat lembar alur keperawatan kritis:

Tabel 5.3
*Informasi-informasi Yang Dapat Dipertimbangkan Ketika
Membuat Lembar Alur Kritis Keperawatan*

Dokumentasi standar American Nurses Association.
Standar perawatan spesifik.
Pertimbangan peralatan (seperti kalibrasi, pengesetan fungsi).
Kebijakan dan prosedur unit.
Masalah keselamatan pasien yang utama (restrein, protokol perawatan kulit, nutrisi).
Data klinis (asupan, haluaran, tanda vital, pengkajian, AGD, pemberian obat dan IV).
Hasil test laboratorium dan informasi departemen penting lainnya.

Ada beberapa hal penting dalam pendokumentasian keperawatan kritis yang juga harus diperhatikan. Untuk itu bacalah uraian berikut ini:

d. Dokumentasi Perubahan Kondisi Pasien: Henti Nafas/Jantung dan Resusitasi

Dokumentasi henti napas/jantung dan upaya resusitasi merupakan tantangan tersendiri bagi perawat ICU. Tantangan mendokumentasikan kejadian ini adalah bahwa pendokumentasian tersebut mengharuskan perawat untuk menuliskan secara sangat spesifik detail urutan peristiwa yang sangat cepat dalam situasi yang sangat menimbulkan tekanan terutama jika tidak diantisipasi. Situasi henti nafas/jantung berkaitan dengan perubahan signifikan pada kondisi pasien dan dapat juga berhubungan dengan hasil buruk yang tidak diharapkan, maka merupakan hal yang sangat penting untuk mendokumentasikan secara jelas dan akurat tentang peristiwa tersebut.

e. *Dokumentasi Perubahan Kondisi Pasien: Pemberitahuan Kepada Dokter.*

Pasien di area perawatan kritis seringkali diperiksa oleh beberapa dokter dalam periode 24 jam. Dengan banyaknya dokter yang merawat satu pasien, perawat harus mengkoordinasikan dan mengorganisasikan implementasi pengobatan yang diresepkan dan memastikan bahwa informasi rutin tersebut yang dikomunikasikan melalui lembar alur, sedangkan informasi lainnya dikomunikasikan melalui laporan tertulis atau verbal melalui ronde dokter. Informasi kontinu yang menggambarkan kondisi pasien disampaikan dari orang ke orang atau via telepon.

Masing-masing dari setiap komunikasi dengan dokter harus didokumentasikan baik dalam catatan perkembangan atau di bagian keterangan lembar alur. Ketika terjadi perubahan yang signifikan pada kondisi pasien, dokter terutama yang memeriksa pasien harus dihubungi segera setelah perawat menyelesaikan pengkajian. Pemberitahuan tersebut segera didokumentasikan. Kegagalan untuk melaporkan perubahan penting kepada dokter atau membiarkan kondisi pasien memburuk karena kelamaan tanpa mendesak dokter untuk memeriksa pasien merupakan tindakan dibawah standar.

Jika kondisi pasien terus memburuk setelah pemberitahuan berulang-ulang, perawat melaporkan keadaan tersebut ke rangkaian perintah yang lebih tinggi sesuai yang ditetapkan organisasi. Mandell (1993), menekankan bahwa keterlambatan atau tidak dilakukannya pemberitahuan kepada staf medis yang tepat dapat meningkatkan cedera secara signifikan atau membahayakan pasien.

4. Dokumentasi Keperawatan Terminal dan Menjelang Ajal

Hospitalisasi pasien menjelang ajal menimbulkan suatu situasi khusus kepada pemberi perawatan kesehatan yang memiliki dedikasi untuk mengobati penyakit dan memperpanjang kehidupan. Dengan munculnya penerimaan terhadap surat wasiat, *advance directive* dan *patient self determination act*, dokter dan perawat diikat oleh hukum untuk menerima atau tidak menerima perawatan. Pada beberapa kasus, pasien tidak mengetahui bahwa mereka berada di saat-saat terakhir kehidupannya dan tidak akan mempertimbangkan *hospice*, meskipun perawatan mereka akan terpenuhi di rumah. Dalam situasi seperti ini tantangannya adalah memberi perawatan medis dan asuhan keperawatan dengan baik sesuai harapan pasien dan atau keluarga, tujuannya bukan semata-mata untuk memberi pengobatan atau memperpanjang kehidupan.

Dokumentasi pada perawatan klien menjelang ajal dan terminal berhubungan dengan masalah kompleks yang harus dicatat secara akurat, konsisten, dan komprehensif. Kondisi menjelang ajal dan terminal merupakan kondisi yang mengkhawatirkan dan mengancam kehidupan. Kondisi ini memerlukan pengkajian secara kontinu, intensif, dan multidisiplin. Kondisi ini berada dalam intervensi yang mengacu pada pengembalian kestabilan, pencegahan komplikasi, dan adaptasi pasien. Perawatan menjelang ajal dan terminal memiliki beberapa ciri diantaranya memerlukan perawatan total, haemodinamik tidak stabil, memerlukan pemantauan yang terus-menerus, restriksi *intake* dan *output*, sakit yang berlebihan, dan status neurologinya yang tidak stabil.

Dalam mengatasi masalah pasien menjelang ajal dan terminal, rencana asuhan keperawatan mempunyai dua tujuan, yaitu:

- a. Menyelamatkan kehidupan.
- b. Mempertahankan kehidupan.

Adapun dokumentasi meliputi hal-hal berikut ini:

a. *Pengkajian*

Terdiri dari data subjektif seperti pasien menyatakan bahwa ia tidak menghendaki lagi diambil darahnya untuk pemeriksaan. Data objektif seperti: tanda vital, tingkat kesadaran, *feses* cair atau padat, impaksi, distensi abdomen, pola nafas, urine residu, kateter terpasang, gelisah, status emosi, berat badan, edema.

b. *Diagnosa keperawatan.*

Antara lain perubahan nutrisi: kurang dari kebutuhan, konstipasi, diare, risiko konstipasi, perubahan eliminasi, urine, risiko cidera, hambatan mobilitas fisik hambatan kemampuan berpindah, intoleransi aktivitas.

c. *Tujuan dan Hasil Perawatan*

Keperawatan:

Mobilitas fisik dan ambulasi dipertahankan jika memungkinkan, dukungan diberikan kepada pasien dan keluarga dalam melewati kematian, nyeri pasien dan gejala lain terkontrol, pasien menjalani kematian secara terhormat dengan kehadiran seseorang yang dicintainya jika memungkinkan, pasien meninggal dengan tenang, pasien mengungkapkan kontrol terhadap atau pengurangan *anxietas*, pasien secara aktif berpartisipasi dalam mengambil keputusan tentang perawatan dan aktivitas sehari-hari, martabat dan privasi pasien dihargai, saat perawatan diri dan ADL diberikan.

Terapi Fisik :

Pasien mempertahankan mobilitas fisik yang optimal, dalam batas penyakit dan kondisinya. Pasien mempertahankan ROM yang optimal pada ekstremitas. Pasien, keluarga dan pemberi perawatan mendemonstrasikan penggunaan alat bantu.

Terapi Okupasi:

- Pasien menggunakan teknik penghematan energi.
- Pasien menggunakan teknik relaksasi dan pengurangan stres.

Nutrisi

- Pasien mendapat nutrisi pilihannya.
- Pasien dapat memesan makanan di luar jadwal makanan.

Kerohanian

- Pasien, keluarga dan pemberi perawatan dibantu dalam penerimaannya terhadap diagnosis.
- Pasien dapat melewati tahap berduka.
- Pasien dan keluarga dapat mendiskusikan masalah tentang kematian dan menjelang ajal.
- Pasien, keluarga, dan pemberi perawatan dirujuk untuk mendapat dukungan spiritual berkelanjutan melalui sumber di komunitas.

Sosial

- Pasien mendapat sistem pendukung yang kuat, konsisten dan dapat di percaya.
- Pasien memiliki kontrol terhadap keputusan mengenai situasi hidupnya
- Pasien jika perlu dan keluarga membuat surat wasiat persetujuan tindakan/surat kuasa perawatan kesehatan.
- Dukungan penyelesaian masalah hukum/bisnis, pengasuhan anak.

d. Hasil yang diharapkan

- Pemulangan ke fasilitas perawatan lanjutan.
- Pemulangan ke rumah atau *hospice care* rawat inap.
- Meninggal secara terhormat di fasilitas.

Intervensi atau perencanaan yang dibuat harus mengarah pada etiologi, sedangkan perumusan tujuan harus mengarah pada permasalahan. Tujuan perawatan bagi klien terminal dan menjelang ajal mencakup beberapa hal, antara lain:

- Mengakomodasi duka cita.
- Menerima realitas kehilangan.
- Mencapai kembali rasa harga diri.
- Memperbaharui aktivitas atau hubungan normal.
- Peningkatan kenyamanan.
- Pemeliharaan kemandirian pencegahan isolasi dan kesepian.
- Peningkatan ketenangan spiritual.
- Dukungan untuk keluarga yang berduka.

Implementasi

Dalam pengimplementasian perawatan pada *klien* terminal dan menjelang ajal harus mengacu pada intervensi yang telah dibuat. Setiap tindakan yang dilakukan harus segera didokumentasikan dengan cepat. Tulis tanggal pelaksanaan, nama jelas dengan dibubuhi tanda tangan perawat. Hal ini merupakan suatu mekanisme pertanggung-gugatan perawat dalam melaksanakan perawatan jikalau ada hal-hal yang tidak diinginkan.

Evaluasi

Perawatan *klien* terminal dan menjelang ajal mengharuskan perawat mengevaluasi tingkat keamanan *klien* dengan penyakit dan kualitas hidupnya. Keberhasilan evaluasi tergantung sebagian pada ikatan yang terbentuk dengan *klien*. Evaluasi sangat penting untuk menentukan apa yang harus dilakukan perawat selanjutnya. Apabila pasien sudah meninggal, perawat harus melakukan pendokumentasian tentang waktu, tempat pasien meninggal. Perawat juga harus mencatat apa saja barang-barang atau alat-alat yang terpasang pada tubuh pasien. Ada hal lain yang perlu Anda ketahui tentang dokumentasi pasien terminal dan menjelang ajal yaitu tentang *hospice care* yang akan Anda pelajari berikut ini:

Setelah melakukan pendokumentasian tersebut. Perawat melakukan pendokumentasian untuk pemulangan jenazah.

HOSPICE CARE

Beberapa pasien berusaha melawan kanker, AIDS, penyakit jantung, penyakit lain selama bertahun-tahun, tetapi kemudian menyadari bahwa penanganan yang dijalani tidak efektif dan penyakit yang dideritanya bersifat terminal. Perbedaan antara pasien yang meninggal di rumah sakit dan *hospice care* adalah bahwa pasien *hospice* secara sadar membuat pilihan tentang jenis perawatan diakhir hidupnya.

Hospice adalah pendekatan khusus untuk merawat individu yang mengalami sakit terminal yang menekankan pada perawatan paliatif (yaitu mengurangi nyeri dan gejala yang mengganggu kenyamanan), yang berlawanan dengan perawatan kuratif. Selain itu untuk memenuhi kebutuhan medis pasien, perawatan *hospice* diarahkan pada kebutuhan fisik, psikososial dan spiritual pasien, sama seperti pada keluarga dan atau pemberi perawatan.

Penekanannya adalah merawat pasien di rumah bersama keluarga dan teman-teman pasien. Jika kebutuhan perawatan melebihi apa yang dapat diberikan di rumah, pasien akan dipindahkan ke lingkungan rawat inap (biasanya fasilitas tersebut terpisah dari lingkungan rumah), atau ke tempat perawatan tersendiri yang dimaksudkan untuk perawatan *hospice* rawat inap.

a. Pengkajian

Data subjektif contoh: mengeluh sangat nyeri pada abdomen.

Data objektif: tanda vital, tingkat kesadaran, feses cair atau padat, distensi abdomen, pola nafas yang tidak teratur, impaksi, kateter urine terpasang, gelisah, dispnea, status emosi, berat badan, edema.

b. Diagnosa keperawatan

Konstipasi, diare, risiko konstipasi, perubahan eliminasi urine, inkontinensia, penurunan curah jantung, ketidakefektifan pola nafas, risiko cedera, risiko kerusakan integritas kulit, risiko kesepian, perubahan pola seksualitas, ketidakefektifan coping individu, gangguan citra tubuh.

c. Tujuan dan Hasil Perawatan

Keperawatan

- Jika memungkinkan, mobilitas fungsi dan ambulasi dipertahankan.
- Pasien dan keluarga dibantu dalam menghadapi kematian.
- Nyeri pasien dan gejala lain terkontrol.
- Pasien meninggal secara terhormat, dengan kehadiran orang yang dicintai jika memungkinkan.
- Pasien meninggal dengan tenang.
- Pasien mengungkapkan secara verbal kontrol terhadap atau pengurangan anxietas.
- Pasien secara aktif berpartisipasi dalam pengambilan keputusan tentang perawatan dan aktivitas sehari-hari.
- Martabat dan privasi pasien dihormati, saat bantuan perawatan dan ADL diberikan.

Terapi fisik

- Fungsi tubuh dipertahankan.
- Komplikasi dicegah.
- Keluarga merasa nyaman dan aman mengatur aktivitas klien.
- Terapi okupasi.
- Kualitas hidup pasien ditingkatkan dengan teknik penghematan energi dan penggunaan alat bantu.
- Nyeri dan ketidaknyamanan diatasi dengan teknik pemberian posisi yang efektif.
- Pasien dapat berpartisipasi dalam aktivitas pengalihan.

Nutrisi

- Pasien mendapat makanan sesuai pilihan.
- Pasien dapat memesan makanan diluar jadwal waktu makan.

Kerohanian

- Pasien, keluarga, dan pemberi perawatan di bantu dalam menerima diagnosis.
- Pasien dan keluarga mendiskusikan masalah kematian dan menjelang ajal.
- Pasien dapat melalui tahap berduka.
- Dukungan spiritual diberikan kepada pasien, keluarga dan pemberi perawatan.

Sosial

- Pasien jika perlu dan keluarga membuat surat wasiat keputusan tindakan kesehatan/surat kuasa perawatan kesehatan pasien.
- Keluarga mendapat dukungan untuk mendampingi pasien selama yang mereka inginkan dalam tahapan kematian pasien.
- Pasien memiliki kontrol terhadap keputusan tentang situasi hidup.

- Pasien, keluarga dan pemberi perawatan dapat mendemonstrasikan strategi koping yang efektif.
 - Keluarga dan pemberi perawatan mendapat dukungan rencana finansial dan hukum yang tepat. Keluarga mendapat tindak lanjut konseling berduka setelah kematian pasien.
- d. Hasil yang diharapkan pada Pemulangan Pasien
- Rujukan pada *hospice* di rumah atau program *hospice* rawat inap.
 - Meninggal di fasilitas dengan nyeri dan gejala lain terkontrol.
 - Meninggal di lingkungan rumah.

Latihan

Untuk memperdalam pemahaman Anda mengenai materi praktikum di atas, kerjakanlah latihan berikut!

Setelah Anda selesai mempelajari Topik 1, maka kerjakanlah tugas mandiri berikut ini. Pernahkah Anda merawat pasien yang terminal? Diskusikan dengan teman Anda dan saling berbagi pengalaman, apa hal yang penting untuk didokumentasi pada pasien menjelang ajal? Berikut ini Anda akan mengerjakan tes formatif jawablah pertanyaannya jika telah selesai Anda diperkenankan untuk melihat bagian umpan balik.

Ringkasan

Anda telah mempelajari uraian materi di atas, adapun rangkuman untuk Kegiatan Belajar 1 adalah sebagai berikut:

1. Dokumentasi keperawatan perioperatif adalah dokumentasi yang dilakukan di kamar bedah mulai dari pre operatif, intra operatif dan post operatif.
2. Dokumentasi di gawat-darurat merupakan dokumentasi dalam keadaan kritis. Dokumentasi dilakukan secara akurat, singkat dan komprehensif.
3. Dokumentasi di perawatan kritis merupakan kegiatan pencatatan pada kondisi pasien yang kritis. Dokumentasi ini berhubungan dengan masalah kompleks yang harus dicatat secara akurat, konsisten dan komprehensif. Kondisi kritis merupakan kondisi yang mengkhawatirkan dan mengancam kehidupan.
4. Hospitalisasi pasien menjelang ajal menimbulkan suatu situasi khusus kepada pemberi perawatan kesehatan yang memiliki dedikasi untuk mengobati penyakit dan memperpanjang kehidupan.

Tes 1

Pilihlah A. jika jawaban 1, 2 benar

B. jika 1, 3 benar

C. jika 2, 3 benar

D. jika 1, 2, 3 benar

- 1) Syarat format di perawatan perioperatif
 - (1) konsisten.
 - (2) komprehensif.
 - (3) mudah disesuaikan.
- 2) Pendokumentasian pre operatif meliputi
 - (1) pengkajian fisiologis.
 - (2) pengkajian psikososial.
 - (3) pendidikan kesehatan.
- 3) Pendokumentasian intra operatif meliputi
 - (1) jenis operasi.
 - (2) jenis anastesi.
 - (3) alergi.
- 4) Dokumentasi pasca operasi
 - (1) fungsi respirasi.
 - (2) sistem kardiovaskular.
 - (3) tanda vital.
- 5) Dokumentasi proses triase
 - (1) waktu datang.
 - (2) keluhan utama.
 - (3) intervensi.

Topik 2

Dokumentasi Keperawatan Pada Strategi Khusus

A. PENDAHULUAN

Dokumentasi keperawatan pada strategi khusus ini akan menjelaskan tentang dokumentasi keperawatan pada pemberian obat, pemberian oksigen, pemberian cairan elektrolit asam basa, kebutuhan nutrisi, kebutuhan eliminasi, rasa aman nyaman, mobilisasi dan transportasi dan istirahat tidur.

B. TUJUAN PEMBELAJARAN UMUM

Setelah mempelajari Topik 2 ini Anda diharapkan dapat menjelaskan dokumentasi keperawatan pada strategi khusus.

C. TUJUAN PEMBELAJARAN KHUSUS

Untuk mencapai tujuan pembelajaran umum di atas, tujuan khusus dalam Topik 2 yaitu diharapkan Anda dapat menjelaskan dokumentasi pada pelayanan khusus:

1. Menjelaskan dokumentasi keperawatan pemberian obat.
2. Menjelaskan dokumentasi keperawatan pemberian oksigen.
3. Menjelaskan dokumentasi keperawatan pemberian cairan, elektrolit dan asam-basa.
4. Menjelaskan dokumentasi keperawatan pemenuhan kebutuhan nutrisi.
5. Menjelaskan dokumentasi keperawatan pemenuhan kebutuhan eliminasi urin dan *fecal*.
6. Menjelaskan dokumentasi keperawatan pemenuhan kebutuhan rasa aman dan nyaman.
7. Menjelaskan dokumentasi keperawatan pemenuhan kebutuhan mobilisasi dan transportasi.
8. Menjelaskan dokumentasi proses keperawatan pemenuhan kebutuhan istirahat dan tidur.

C. URAIAN MATERI

Pada topik kali ini Anda akan mempelajari tentang dokumentasi keperawatan pada strategi khusus yang pada kesempatan ini kita awali dengan dokumentasi keperawatan pada pemberian obat. Dokumentasi keperawatan mengacu kepada proses keperawatan maka disini kita akan uraikan setiap langkahnya dan apa saja yang harus didokumentasikan.

1. Dokumentasi Keperawatan pada Pemberian obat

Pengkajian: riwayat medis, riwayat alergi, data obat, riwayat diet, status fisik dan mental, persepsi, sikap, pengetahuan dan kebutuhan pembelajaran.

a. *Diagnosa keperawatan*

Contoh:

- 1) Kurang pengetahuan tentang terapi obat yang berhubungan dengan: kurang informasi dan pengalaman, keterbatasan kognitif, tidak mengenal sumber informasi.
- 2) Ketidak patuhan terhadap terapi obat yang berhubungan dengan: sumber ekonomi yang terbatas, keyakinan tentang kesehatan, pengaruh budaya.
- 3) Penatalaksanaan program terapeutik tidak efektif yang berhubungan dengan: terapi obat yang kompleks, pengetahuan yang kurang.

b. *Perencanaan*

Pastikan teknik pemberian obat aman, gunakan sumber pengajaran yang tersedia, libatkan anggota keluarga dan teman klien.

Perhatikan juga sasaran yang harus dicapai adalah: tidak ada komplikasi yang timbul akibat rute pemberian obat yang digunakan, efek terapeutik obat yang diprogramkan dicapai dengan aman sementara kenyamanan klien tetap dipertahankan, klien dan keluarga memahami terapi obat dan pemberian obat secara mandiri dilakukan dengan aman.

c. *Implementasi*

Transkripsi yang berisi nama, kamar, nomor tempat tidur, nama obat, dosis dan waktu pemberian serta rute. Kalkulasi dan perhitungan dosis akurat, catat pemberian obat dan penyuluhan.

d. *Evaluasi*

Pantau respons klien terhadap obat yang berkesinambungan. Waspada reaksi yang akan timbul. Berikut contoh langkah evaluasi untuk menentukan bahwa tidak ada komplikasi terkait *rute* pemberian obat:

- 1) Mengobservasi adanya memar, inflamasi, nyeri setempat, atau perdarahan di tempat injeksi.
- 2) Menanyakan tentang adanya rasa baal atau kesemutan di tempat injeksi.
- 3) Mengkaji adanya gangguan saluran cerna, mual, muntah dan diare.
- 4) Menginspeksi tempat intra vena untuk mengetahui adanya flebitis, termasuk demam, pembengkakan dan nyeri tekan setempat.

2. Dokumentasi Keperawatan Oksigenasi

a. *Pengkajian*

- 1) Riwayat keperawatan fungsi kardiopulmunal normal klien dan fungsi kardiopulmunal saat ini, kerusakan fungsi sirkulasi dan fungsi pernafasan pada

masa lalu serta tindakan klien yang digunakan untuk mengoptimalkan oksigenasi.

- 2) Pemeriksaan fisik status kardiopulmunal klien, termasuk inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi.
- 3) Peninjauan kembali hasil pemeriksaan laboratorium dan hasil pemeriksaan diagnostik termasuk hitung darah lengkap, elektrokardiogram, pemeriksaan fungsi pulmunal, sputum dan oksigenasi seperti analisa gas darah atau oksimetri nadi.

b. Diagnosa Keperawatan

Contoh:

- 1) Ketidakefektifan jalan nafas yang berhubungan dengan gangguan batuk, nyeri insisi, penurunan tingkat kesadaran.
- 2) Gangguan pertukaran gas yang berhubungan dengan penurunan ekspansi paru, adanya sekresi parudan pemasukan oksigen yang tidak adekuat.
- 3) Ketidakefektifan pola nafas yang berhubungan dengan imobilitas, depresi ventilasi, kerusakan neuromuskular dan obstruksi jalan nafas.

c. Perencanaan

Klien yang mengalami kerusakan oksigenasi membutuhkan asuhan keperawatan yang ditujukan untuk memenuhi kebutuhan oksigenasi aktual dan potensial. Rencana tersebut meliputi satu atau lebih sasaran yang berpusat pada klien sebagai berikut:

- 1) *Klien* mempertahankan kepatenan jalan nafas.
- 2) *Klien* mempertahankan dan meningkatkan ekspansi paru.
- 3) *Klien* mengeluarkan sekresi paru.
- 4) *Klien* mencapai peningkatan toleransi aktivitas.
- 5) Oksigenasi jaringan dipertahankan atau ditingkatkan.
- 6) Fungsi kardiopulmunal klien diperbaiki dan dipertahankan.

d. Implementasi

Intervensi keperawatan untuk meningkatkan dan mempertahankan oksigenasi tercakup dalam domain keperawatan: pemberian dan pemantauan intervensi dan program terapeutik. Hal ini meliputi tindakan keperawatan mandiri, seperti perilaku peningkatan kesehatan dan upaya pencegahan, pengaturan posisi, teknik batuk dan intervensi tidak mandiri seperti terapi oksigen, teknik inflasi paru, hidrasi, fisioterapi dada dan penggunaan obat-obatan.

e. Evaluasi

Intervensi dan terapi keperawatan dievaluasi dengan membandingkan kemajuan pencapaian klien terhadap tujuan intervensi dan hasil akhir yang diharapkan dari rencana asuhan keperawatan. Apabila tindakan keperawatan yang dilakukan untuk meningkatkan

oksigenasi tidak berhasil maka segera lakukan modifikasi. Intervensi baru dikembangkan dan beritahu dokter tentang status oksigenasi.

3. Dokumentasi Keseimbangan Cairan Elektrolit, dan Asam-basa

a. Pengkajian

Perawat melakukan pengkajian untuk mengidentifikasi klien berisiko tinggi atau yang memperlihatkan adanya tanda dan gejala ketidakseimbangan cairan elektrolit dan asam basa yang aktual. Untuk identifikasi faktor risiko perhatikan uraian berikut ini.

Tabel 5.4

Faktor Risiko Terjadinya Ketidakseimbangan Cairan, Elektrolit dan Asam-basa

Usia : Sangat muda Sangat tua
Penyakit Kronik : Kanker Penyakit kardiovaskular Penyakit endokrin Malnutrisi Penyakit paru obstruktif menahun Penyakit ginjal Perubahan level kesadaran
Trauma : Cedera akibat kecelakaan Cedera kepala Luka bakar
Terapi : Diuretik Steroid Terapi intra vena Nutrisi parenteral total
Kehilangan melalui saluran gastrointestinal : Gastroenteritis Pemisapan nasogastrik Fistula

Pengkajian yang Anda dokumentasikan selain faktor risiko juga ada hal lain yang harus dikaji adalah: riwayat keperawatan, pembedahan, perubahan berat badan, hasil pemeriksaan fisik, penghitungan asupan dan haluaran serta hasil pemeriksaan laboratorium

seperti: kadar elektrolit serum, hitung darah lengkap, kadar kreatinin, berat jenis urin serta pemeriksaan gas darah arteri.

b. Diagnosa Keperawatan

Contoh diagnosa keperawatan terkait antara lain:

- 1) Risiko kekurangan volume cairan yang berhubungan dengan: kehilangan plasma darah berkaitan dengan luka bakar, muntah, kegagalan mekanisme pengaturan.
- 2) Kekurangan volume cairan yang berhubungan dengan: retensi natrium, gangguan mekanisme pengaturan.
- 3) Gangguan pertukaran gas yang berhubungan dengan: perubahan suplai oksigen, perubahan membran alveolar-kapiler, perubahan aliran darah, perubahan kapasitas pengangkut oksigen darah.

c. Perencanaan

Rencana asuhan keperawatan bertujuan untuk memenuhi kebutuhan cairan klien yang aktual atau yang potensial. Tujuan tersebut meliputi satu atau lebih tujuan berikut ini:

- 1) Klien akan memiliki keseimbangan cairan elektrolit dan asam basa yang normal.
- 2) Penyebab ketidakseimbangan dapat diidentifikasi dan dikoreksi.
- 3) Klien tidak akan mengalami komplikasi akibat terapi yang dibutuhkan untuk mengembalikan status keseimbangan.

d. Implementasi

Upaya mencegah ketidakseimbangan cairan elektrolit asam basa adalah penting. Lakukan upaya untuk menghilangkan atau menangani penyebab ketidakseimbangan tersebut. Apabila volume cairan menurun dapat diganti peroral, intravena atau nutrisi parenteral total. Jika berlebih volume cairan batasi asupan, mengurangi asupan natrium, pemberian diuretik.

e. Evaluasi

Perawat mengevaluasi keefektifan perawatan yang diberikan berdasarkan hasil akhir yang diharapkan. Kaji berat badan, haluaran urine, edema. Tentukan respons *klien* terhadap intervensi keperawatan, tentukan ketercapaian dan apakah perlu modifikasi.

4. Dokumentasi pada Pemenuhan Kebutuhan Nutrisi

a. Pengkajian

Perawat berkolaborasi dengan ahli diet dalam memimpin pengkajian nutrisi yang komprehensif. Pengkajian nutrisi penting khususnya bagi klien yang berisiko seperti stres, penyakit, hospitalisasi, kebiasaan gaya hidup, dan faktor-faktor lain.

Pusat pengkajian nutrisi pada empat area pokok:

- 1) Pengukuran fisik dan antropometri.
- 2) Tes laboratorium.

- 3) Riwayat diet dan kesehatan.
- 4) Observasi klinik.

b. Diagnosa Keperawatan

Contoh diagnosa keperawatan:

- 1) Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh yang berhubungan dengan: peningkatan laju metabolik, asupan nutrisi yang tidak adekuat dalam diet, peningkatan kehilangan nutrisi melalui cairan gastrointestinal, kebutuhan energi tinggi akibat latihan yang berlebihan.
- 2) Perubahan nutrisi lebih dari kebutuhan tubuh yang berhubungan dengan: penurunan laju metabolik, asupan nutrisi dan kilokalori yang berlebihan, latihan atau aktivitas yang tidak adekuat.
- 3) Perubahan nutrisi risiko untuk lebih dari kebutuhan tubuh yang berhubungan dengan: pola asupan makanan yang disfungsi, gangguan hubungan dengan orang yang penting atau bermakna, gangguan menelan akibat jalan nafas buatan.

c. Perencanaan

Perencanaan untuk memelihara status nutrisi yang tepat menyediakan perawatan kualitas lebih tinggi daripada perbaikan defisit yang telah terjadi. Identifikasi *klien* yang berisiko masalah nutrisi harus berakibat pada rencana asuhan keperawatan yang akan mencegah atau meminimalkan masalah nutrisi. Pendidikan dan konseling nutrisi penting bagi *klien* untuk mencegah penyakit dan meningkatkan kesehatan. *Klien* dengan diet terapeutik yang memahami rasional untuk diet adalah seperti lebih rela.

Untuk kelompok klien ini rencana asuhan keperawatan berdasarkan pada satu atau lebih dari tujuan berikut ini:

- 1) *Klien* akan kembali dalam 10% rentang berat-tinggi badan yang baik.
- 2) *Klien* akan mempertahankan keseimbangan cairan dan elektrolit dalam batasan yang normal.
- 3) Tidak ada komplikasi akan dihasilkan dari terapi nutrisi.

Dalam lingkungan kesehatan dan keperawatan rumah, klien dengan kondisi fisiologis yang mempengaruhi nutrisi memerlukan nutrisi enteral atau parental untuk memenuhi kebutuhan cairan, elektrolit, dan zat gizi. Jika merencanakan kebutuhan nutrisi kompleks, maka konsultasi dengan ahli gizi membantu meningkatkan sumber makanan yang cukup.

d. Implementasi

Perawat dapat membantu menstimulasi nafsu makan klien dengan adaptasi lingkungan, konsultasi dengan ahli gizi, ketentuan diet khusus dan pilihan makanan, pemberian obat yang menstimulasi nafsu makan dan konseling keluarga.

e. *Evaluasi*

Evaluasi nutrisi harus berlangsung terus menerus untuk mengevaluasi hasil intervensi perawat. Akan tetapi terapi nutrisi tidak menghasilkan dengan cepat. Pemantauan laboratorium terhadap replasi nutrisi seperti serum protein dan transferin tidak menunjukkan perubahan sampai sekitar 20 hari dari 8 hari berturut-turut. Rencana asuhan keperawatan harus menunjukkan tujuan yang masuk akal dan tercapai dan hal ini harus di evaluasi.

5. Dokumentasi Eliminari Urine dan Fekal

a. *Eliminasi urine*

Pengkajian

- 1) Riwayat keperawatan: pola eliminasi, gejala perubahan urinarius, faktor lain yang mempengaruhi kemampuan berkemih.
- 2) Pengkajian fisik: kulit, ginjal, kandung kemih dan uretra.
- 3) Pengkajian urine: asupan dan haluaran serta observasi karakteristik.
- 4) Tinjau informasi dari tes dan pemeriksaan diagnostik.

Diagnosa Keperawatan

Contoh:

- 1) Nyeri yang berhubungan dengan inflamasi uretra, obstruksi uretra.
- 2) Defisit perawatan diri toileting yang berhubungan dengan kerusakan kognitif, keterbatasan mobilitas.
- 3) Perubahan eliminasi urin yang berhubungan dengan kerusakan sensorik motorik.

Perencanaan

Tujuan asuhan keperawatan untuk *klien* meliputi hal-hal berikut ini:

- 1) Memahami eliminasi urin yang normal.
- 2) Meningkatkan pengeluaran urin yang normal.
- 3) Mencapai pengosongan kandung kemih yang lengkap.
- 4) Mencegah infeksi.
- 5) Mempertahankan integritas kulit.
- 6) Mendapatkan rasa nyaman.

Implementasi

- 1) Aktivitas mandiri; peningkatan kesehatan
- 2) Aktivitas kolaboratif; pengobatan

Evaluasi

Tujuan optimal dari intervensi keperawatan kemampuan klien untuk berkemih secara volunter tanpa gejala seperti disuria atau sering berkemih. Evaluasi juga pola berkemih dan hasil laboratorium.

b. *Eliminasi Fekal*

Pengkajian

- 1) Riwayat keperawatan: pola, rutinitas, gambaran perubahan, karakteristik, asupan cairan, olahraga, alat bantu, riwayat pembedahan, riwayat pengobatan, status emosional, riwayat sosial dan mobilitas.
- 2) Pengkajian fisik: abdomen, mulut dan rektum.
- 3) Menginspeksi karakteristik feses: warna, bau, konsistensi, frekuensi, jumlah, bentuk dan unsur-unsur.
- 4) Tinjau hasil pemeriksaan yang berhubungan.

Diagnosa Keperawatan

Contoh :

- 1) Konstipasi yang berhubungan dengan: imobilitas, kurang privasi, asupan cairan kurang adekuat.
- 2) Inkontinen defikasi yang berhubungan dengan: keterlibatan neuromuskular, depresi.
- 3) Defisit perawatan diri *toileting* yang berhubungan dengan: penurunan kekuatan dan daya tahan tubuh, intoleransi aktivitas.

Perencanaan

Tujuan perawatan klien meliputi hal hal sebagai berikut:

- 1) Memahami eliminasi normal.
- 2) Mengembangkan kebiasaan defekasi yang teratur.
- 3) Memahami dan mempertahankan asupan cairan dan makanan yang tepat.
- 4) Mengikuti program olahraga secara teratur.
- 5) Memperoleh rasa nyaman.
- 6) Mempertahankan integritas kulit.
- 7) Mempertahankan konsep diri.

Implementasi

Ajarkan klien dan keluarga tentang diet yang benar, asupan cairan yang adekuat, faktor yang menstimulasi atau memperlambat peristaltik seperti stres emosional serta pentingnya defekasi teratur dan olahraga.

Evaluasi

Secara optimal klien akan mengeluarkan feses yang lunak secara teratur tanpa nyeri. Klien memperoleh informasi yang dibutuhkan untuk menetapkan pola eliminasi yang normal dan untuk endemonstrasikan keberhasilan yang berkelanjutan.

6. Dokumentasi Rasa Aman dan Nyaman

a. Keamanan

Pengkajian

- 1) Keamanan rumah, komunitas dan pelayanan kesehatan: dipengaruhi tahap perkembangan, gaya hidup, mobilisasi, perubahan sensorik, kesadaran terhadap ancaman.
- 2) Ancaman terhadap keamanan klien dan lingkungan.
- 3) Riwayat dan pemeriksaan fisik.

Diagnosa Keperawatan

Contoh

- 1) Risiko cedera yang berhubungan dengan: perubahan mobilisasi, penataan lingkungan fisik di rumah.
- 2) Risiko keracunan yang berhubungan dengan: kontaminasi zat kimia pada makanan atau air, penyimpanan obat-obatan yang mudah dijangkau anak-anak, penurunan penglihatan.
- 3) Risiko trauma yang berhubungan dengan; kontak dengan udara dingin yang ekstrim, ventilasi alat pemanas yang tidak tepat.

Perencanaan

Tujuan keseluruhan untuk klien yang mengalami ancaman keamanan adalah klien terbebas dari cedera. Rencanakan intervensi individual dengan berdasarkan beratnya resiko, tahap perkembangan, status kesehatan dan gaya hidup.

Implementasi

Pertimbangan tahap perkembangan dan perlindungan lingkungan (memodifikasi lingkungan sehingga dapat mengeliminasi atau meminimalkan bahaya yang potensial)

Evaluasi

Evaluasi antara rencana dan hasil, jika tercapai maka efektif jika tidak tentukan apakah ada risiko baru yang berkembang atau risiko yang sebelumnya tetap ada. Klien dan keluarga berpartisipasi. Kaji klien dan lingkungan untuk menentukan faktor risiko cedera.

b. Kenyamanan

Pengkajian.

- 1) Nyeri yang faktual dan akurat; ekspresi nyeri.
- 2) Klasifikasi nyeri.
- 3) Karakteristik nyeri.
- 4) Efek nyeri.

Diagnosa Keperawatan

Contoh:

- 1) Ansietas yang berhubungan dengan nyeri yang tidak hilang.
- 2) Nyeri yang berhubungan dengan: cedera fisik atau trauma, penurunan suplai darah ke jaringan, proses melahirkan normal.
- 3) Nyeri kronik yang berhubungan dengan: jaringan parut, kontrol nyeri tidak adekuat.

Perencanaan

Perawat dan *klien* bersama-sama mendiskusikan harapan yang realistis dari tindakan mengatasi nyeri, derajat pemulihan nyeri yang diharapkan dan efek yang harus diantisipasi pada gaya hidup dan fungsi klien. Tujuan berorientasi pada *klien* dapat mencakup hal berikut:

- 1) *Klien* menyatakan merasa sehat dan nyaman.
- 2) *Klien* mempertahankan kemampuan untuk melakukan perawatan diri.
- 3) *Klien* mempertahankan fungsi fisik dan psikologis yang dimiliki saat ini.
- 4) *Klien* menjelaskan faktor penyebab nyeri.
- 5) *Klien* menggunakan terapi yang diberikan di rumah dengan aman.

Implementasi

Memberi dan memantau terapi yang diprogramkan dokter untuk penghilang nyeri dan penggunaan tindakan penghilang nyeri yang mandiri sehingga melengkapi terapi yang diprogramkan dokter.

Evaluasi

Observasi respons berdasarkan jenis terapi, waktu pemberian, sifat fisiologis setiap cedera atau penyakit dan respons *klien* terdahulu.

7. Dokumentasi Mobilisasi dan Transportasi

Mobilisasi

Pengkajian mobilisasi

- 1) Rentang gerak.
- 2) Gaya berjalan.
- 3) Latihan.
- 4) Toleransi aktivitas.
- 5) Kesejajaran tubuh.

Pengkajian bahaya fisiologis imobilisasi

- 1) Sistem metabolik.
- 2) Sistem respiratori.
- 3) Sistem kardiovaskular.
- 4) Sistem muskuloskeletal.
- 5) Sistem kulit dan eliminasi.

Diagnosa keperawatan

Contoh

- 1) Intoleransi aktivitas yang berhubungan dengan; kesejajaran tubuh yang buruk, penurunan mobilitasi
- 2) Risiko cedera yang berhubungan dengan; ketidaktepatan mekanika tubuh, ketidaktepatan posisi, ketidaktepatan teknik pemindahan
- 3) Hambatan mobilitasi fisik yang berhubungan dengan : penurunan rentang gerak, tirah baring, penurunan kekuatan.

Perencanaan

Rencanakan terapi sesuai dengan derajat risiko klien, sesuai dengan perkembangan, tingkat kesehatan dan gaya hidup. Rencana keperawatan didasari oleh satu atau lebih tujuan berikut ini:

- 1) Mempertahankan kesejajaran tubuh yang tepat.
- 2) Mencapai kembali kesejajaran tubuh ataupun pada tingkat optimal.
- 3) Mengurangi cedera pada sistem kulit dan muskuloskeletal dari ketidaktepatan mekanika atau kesejajaran.
- 4) Mencapai ROM penuh atau optimal.
- 5) Mencegah kontraktur.
- 6) Mempertahankan kepatenan jalan nafas.
- 7) Mencapai ekspansi paru dan pertukaran gas optimal.
- 8) Memobilisasi sekresi jalan nafas.
- 9) Mempertahankan fungsi kardiovaskular.
- 10) Meningkatkan toleransi aktivitas.
- 11) Mencapai pola eliminasi normal.
- 12) Mempertahankan pola tidur normal.
- 13) Mencapai sosialisasi.
- 14) Mencapai kemandirian penuh dalam aktivitas perawatan diri.
- 15) Mencapai stimulasi fisik dan mental.

Implementasi

Mengangkat klien dengan benar, menggunakan teknik posisi yang tepat, dan memindahkan klien dengan aman dari tempat tidur ke kursi atau dari tempat tidur ke brankar. Mobilisasi sendi dan latihan rentang gerak serta penyuluhan.

Evaluasi

Tujuan dan kriteria hasil adalah kemampuan klien mempertahankan atau meningkatkan kesejajaran tubuh dan mobilisasi sendi.

8. Dokumentasi Istirahat Tidur

Pengkajian

- 1) Pengkajian tidur.
- 2) Riwayat tidur.
- 3) Gangguan tidur.
- 4) Penyakit fisik.
- 5) Peristiwa yang baru terjadi.
- 6) Rutinitas tidur.
- 7) Lingkungan tidur.
- 8) Perilaku deprivasi tidur.

Pada saat pengkajian penting Anda perhatikan Tabel 5.5 tentang Pola Tidur Berdasarkan Tingkat Perkembangan/Usia. Usia merupakan salah satu faktor penentu lamanya tidur yang dibutuhkan seseorang. Semakin tua usia, maka semakin sedikit pula lama tidur yang dibutuhkan.

Tabel 5.5
Pola Tidur Berdasarkan Tingkat Perkembangan/Usia

Tingkat Perkembangan/Usia	Pola Tidur Normal
Bayi baru lahir (0-1 bulan)	Tidur 14-18 jam sehari, pernafasan teratur, gerak tubuh sedikit, 50% tidur NREM, banyak waktu tidurnya dilewatkan pada tahap III dan IV tidur NREM. Setiap siklus sekitar 45-60 menit.
Bayi (1-18 bulan)	Tidur 12-14 jam sehari, 20-30% tidur REM, tidur lebih lama pada malam hari dan punya pola terbangun sebentar.
Toddler (18 bulan-3 tahun)	Tidur sekitar 10-12 jam sehari, 25% tidur REM, banyak tidur pada malam hari, terbangun dini hari berkurang, siklus bangun tidur normal sudah menetap pada umur 2-3 tahun.
Pra sekolah (3-6 tahun)	Tidur sekitar 11 jam sehari, 20% tidur REM, periode terbangun kedua hilang pada umur 3 tahun. Pada umur 5 tahun, tidur siang sering tidak ada kecuali kebiasaan tidur sore hari.
Usia sekolah (6-12 tahun)	Tidur sekitar 10 jam sehari, 18,5% tidur REM. Sisa waktu tidur relatif konstan.
Remaja (12-18 tahun)	Tidur sekitar 8,5 jam sehari dan 20% tidur REM.
Dewasa muda (18-40 tahun)	Tidur sekitar 7-9 jam sehari, 20-25% tidur REM, 5-10% tidur tahap I, 50% tidur tahap II dan 10-20% tidur tahap III dan IV.
Dewasa pertengahan (40-60 tahun)	Tidur sekitar 7 jam sehari dan 20% tidur REM, mungkin mengalami insomnia dan sulit untuk dapat tidur.
Dewasa tua (60 tahun lebih)	Tidur sekitar 6 jam sehari 20-25% tidur REM, tidur tahap IV nyata berkurang kadang-kadang tidak ada. Mungkin mengalami insomnia dan sering terbangun sewaktu tidur malam hari.

Diagnosa Keperawatan

Contoh

- 1) Gangguan pola tidur (sulit tidur) yang berhubungan dengan: kebisingan lingkungan, nyeri artritis.
- 2) Gangguan pola tidur (sering terbangun) yang berhubungan dengan kekhawatiran kehilangan pekerjaan, ketergantungan terhadap obat barbiturat.
- 3) Risiko cedera berhubungan dengan serangan berjalan dalam tidur.

Perencanaan

Tujuan dari rencana asuhan bagi klien yang membutuhkan tidur atau istirahat adalah sebagai berikut:

- 1) Klien mendapatkan perasaan segar setelah tidur.
- 2) Klien mendapatkan pola tidur yang sehat.
- 3) Klien memahami faktor-faktor yang dapat meningkatkan atau mengganggu tidur.
- 4) Klien melakukan perawatan diri untuk menghilangkan faktor yang menyebabkan gangguan tidur.

Implementasi

Intervensi keperawatan yang dirancang untuk memperbaiki kualitas tidur sangat berfokus pada promosi kesehatan. Klien memerlukan tidur dan istirahat yang adekuat untuk mempertahankan gaya hidup yang aktif dan produktif. Hal yang harus diperhatikan: kontrol lingkungan, meningkatkan rutinitas tidur, meningkatkan kenyamanan, menetapkan periode istirahat tidur, pengendalian gangguan fisiologis dan pengurangan stres, kudapan menjelang tidur, pendekatan farmakologis dan promosi kesehatan.

Evaluasi

Tentukan apakah hasil terpenuhi, dapat dilakukan sesaat setelah terapi, kaji tingkat pemahaman dan kepatuhan. Jika hasil tidak terpenuhi lakukan revisi, temukan terapi yang efektif sesuai gangguan tidur, usia dan pola tidur normal.

Latihan

Untuk memperdalam pemahaman Anda mengenai materi praktikum di atas, kerjakanlah latihan berikut!

Anda telah mempelajari tentang dokumentasi pada strategi khusus, bagian manakah yang pernah Anda terapkan? Coba diskusikan dengan teman lain agar bisa membedakan antar strategi yang telah dijelaskan dari aspek dokumentasinya. Selanjutnya untuk mengukur keberhasilan belajar Anda cobalah mengerjakan pada bagian tes berikut.

Ringkasan

Dokumentasi keperawatan pada berbagai strategi khusus: pemberian obat, pemberian oksigen, pemberian cairan, elektrolit dan darah, pemenuhan kebutuhan nutrisi, kebutuhan eliminasi, kebutuhan rasa aman dan nyaman, mobilisasi transportasi dan pemenuhan kebutuhan istirahat tidur semua mengacu kepada setiap langkah dari proses keperawatan: pengkajian, penetapan diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi dimana setiap langkah dari kegiatan tersebut akhirnya akan diikuti dengan pendokumentasian.

Tes 2

Pilihlah A. jika jawaban 1, 2 benar

B. jika 1, 3 benar

C. jika 2, 3 benar

D. jika 1, 2, 3 benar

- 1) Hal yang perlu dilakukan pengkajian pada pemberian obat
 - (1) riwayat medis
 - (2) riwayat alergi
 - (3) sikap
- 2) Diagnosa keperawatan kurang pengetahuan pada masalah pemberian obat berhubungan dengan
 - (1) kurang informasi
 - (2) kurang pengetahuan
 - (3) keterbatasan kognitif
- 3) Faktor resiko terjadinya ketidakseimbangan cairan elektrolit, asam basa pada kondisi penyakit kronik
 - (1) kardiovaskular
 - (2) endokrin
 - (3) malnutrisi
- 4) Pengkajian nutrisi meliputi area
 - (1) antropometri
 - (2) tes laboratorium
 - (3) riwayat diet

- 5) Pengkajian riwayat keperawatan eliminasi urin
- (1) gejala perubahan urinarius
 - (2) ginjal
 - (3) pola eliminasi

Kunci Jawaban Tes

Tes 1

- 1) D
- 2) D
- 3) D
- 4) D
- 5) D

Tes 2

- 1) D
- 2) D
- 3) D
- 4) D
- 5) B

Daftar Pustaka

- Allen. 1998. *Memahami Proses Keperawatan*. Jakarta: EGC.
- Ali, Z. 2002. *Dasar-Dasar Keperawatan Profesional*. Jakarta Widya Medika.
- Ali, Z. 2009. *Dasar-dasar Dokumentasi Keperawatan*. Jakarta: EGC.
- ENA, 2005. *Emergency Care*. USA: WB Saunders Company.
- Iyer, P. 2004. *Dokumentasi Keperawatan: Suatu Pendekatan Proses Keperawatan*. Jakarta: EGC
- Marrelly. 2008. *Buku Saku Dokumentasi Keperawatan Edisi 3*, Jakarta, EGC
- Nursalam. 2001. *Proses dan Dokumentasi Keperawatan Konsep dan Praktik*. Jakarta: Salemba Medika.
- Nursalam. 2009. *Proses dan Dokumentasi Keperawatan Konsep dan Praktik*. Salemba Medika. Jakarta.
- Nugroho. 2000. *Keperawatan Gerontik*. Edisi 2. Jakarta: EGC.
- Oman, Kathleen S. 2008. *Panduan Belajar Keperawatan Emergensi*. Jakarta: EGC.
- Patricia, W. L. Nancy, H.C. 2005. *Dokumentasi Keperawatan Suatu Pendekatan Proses Keperawatan*. Edisi 3. Jakarta: EGC.
- Potter, Patricia A. dan Anne Griffin Perry. 2005. *Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses, dan Praktik* Edisi 4. Jakarta: EGC
- Potter dan Perry. 2006. *Fundamental Keperawatan Konsep, Proses dan Praktik* volume 1, Jakarta: EGC.
- Potter dan Perry. 2006. *Fundamental Keperawatan Konsep, Proses dan Praktik* volume 2, Jakarta: EGC.
- Serri Hutahaeen. 2010. *Konsep dan Dokumentasi Proses Keperawatan*. Jakarta: Trans Info Media
- Wijaya, S. 2010. *Konsep Dasar Keperawatan Gawat Darurat*. Denpasar: PSIK FK

BAB VI PERKEMBANGAN SISTEM DOKUMENTASI KEPERAWATAN: DOKUMENTASI BERBASIS KOMPUTER

Yustiana Olfah, APP., M.Kes.

PENDAHULUAN

Selamat berjumpa dalam Bab VI. Bab VI ini merupakan Bab terakhir teori bagi Anda dalam mempelajari mata kuliah Dokumentasi Keperawatan. Apakah Anda sudah siap untuk mempelajarinya? Jika Anda sudah siap mulailah untuk mempelajari Bab VI ini yang menguraikan *tentang perkembangan sistem dokumentasi keperawatan: dokumentasi berbasis komputer*.

Setelah menyelesaikan Bab VI ini, diharapkan Anda mampu memahami perkembangan dokumentasi keperawatan secara manual dan komputer serta melakukan praktik laboratorium klinik sebagai akhir kegiatan dalam mempelajari Bab dokumentasi keperawatan secara keseluruhan, sehingga Anda dapat melakukan dokumentasi keperawatan yang berkualitas di semua tatanan. Bab VI ini terdiri dari 3 (tiga) topik sebagai berikut:

- Topik 1 : Perkembangan Sistem Dokumentasi Keperawatan.
- Topik 2 : Dokumentasi Keperawatan Berbasis Komputer.
- Topik 3 : Pendukung dan Hambatan Dokumentasi Keperawatan.

Pada setiap topik dilengkapi dengan tujuan pembelajaran yang harus dipahami terlebih dahulu. Setelah itu dilanjutkan dengan mempelajari materi. Demikian juga pada setiap topik Anda harus mengerjakan tugas yang telah disiapkan.

Selamat Belajar!

Topik 1

Perkembangan

Sistem Dokumentasi Keperawatan

A. PENDAHULUAN

Pelayanan keperawatan yang profesional terhadap masyarakat merupakan salah satu hal penting dalam pelayanan kesehatan. Untuk dapat memberikan pelayanan yang sesuai dengan harapan masyarakat, dibutuhkan tenaga perawat yang profesional. Profesionalisme perawat dalam bekerja dapat dinilai dari asuhan keperawatan yang diberikan kepada klien yang dirawatnya. Perawat perlu mendokumentasikan segala bentuk asuhan keperawatan yang diberikan melalui pendokumentasian. Hal ini dilakukan sebagai bentuk perwujudan tanggung jawab dan tanggung gugat perawat terhadap klien yang dirawatnya. Di berbagai negara maju, sistem pendokumentasian asuhan keperawatan dilaksanakan seiring dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi. Namun di beberapa negara berkembang, seperti di berbagai fasilitas kesehatan di Indonesia hanya beberapa rumah sakit saja yang telah memiliki sistem informasi rumah sakit. Pendokumentasian asuhan keperawatan sebagian besar dilakukan secara manual yang membutuhkan banyak waktu, ketelitian, ketelatenan dan motivasi yang kuat dari perawat. Untuk membangun sistem informasi berbasis teknologi komputer, fasilitas pelayanan kesehatan antara lain memerlukan dana yang cukup besar dan sumberdaya manusia yang profesional untuk mengoperasikan sistem tersebut.

B. TUJUAN PEMBELAJARAN UMUM

Setelah mempelajari Topik 1, Anda diharapkan dapat menjelaskan perkembangan sistem dokumentasi keperawatan.

C. TUJUAN PEMBELAJARAN KHUSUS

Untuk mencapai tujuan pembelajaran umum di atas tujuan khusus dalam Topik 1, diharapkan Anda dapat menjelaskan:

1. Perkembangan dokumentasi keperawatan.
2. Kelebihan dan kekurangan dokumentasi manual dan komputer.

1. Perkembangan Sistem Pendokumentasian

Dokumentasi proses asuhan keperawatan merupakan tampilan perilaku atau kinerja perawat pelaksana dalam memberikan proses asuhan keperawatan kepada pasien selama pasien dirawat di rumah sakit. Kualitas pendokumentasian keperawatan dapat dilihat dari kelengkapan dan keakuratan menuliskan proses asuhan keperawatan yang diberikan

kepada pasien, yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, rencana tindakan dan evaluasi (Nursalam, 2007).

Gillies (1996) menyatakan bahwa perawat memiliki tanggung jawab profesional terhadap segala tindakannya. Dokumentasi proses asuhan keperawatan berguna untuk memperkuat pola pencatatan dan sebagai petunjuk atau pedoman praktik pendokumentasian dalam memberikan tindakan keperawatan. Bila terjadi suatu masalah yang berhubungan dengan profesi keperawatan, dimana perawat sebagai pemberi jasa dan klien sebagai pengguna jasa, maka dokumentasi proses asuhan keperawatan diperlukan. Dokumentasi tersebut dapat dipergunakan sebagai barang bukti di pengadilan (Hidayat, 2004). Selain itu, dokumentasi keperawatan dapat meningkatkan kualitas keperawatan serta membantu perawat dalam memberikan perawatan secara optimal dan berkelanjutan dengan cara memandu perawat untuk dapat menulis dokumentasi dengan benar (Gregory et al, 2008).

Proses mendokumentasikan perawatan pasien telah dilakukan sejak zaman Florence Nightingale yang menulis tentang pentingnya komunikasi di antara pemberi layanan keperawatan dan merupakan pelopor dalam pengembangan format yang digunakan dalam memfasilitasi proses komunikasi tersebut.

Florence Nightingale mengetahui bahwa pengumpulan data dalam perawatan kesehatan baik secara individu, maupun dalam kelompok besar pasien dengan sistematis adalah digunakan untuk di analisis sebagai data statistik (Nightingale 1860; 1862). Kedua tipe pengumpulan data dan registrasi sangatlah penting untuk digunakan sebagai sumber informasi dan alat komunikasi yang dapat memberikan informasi mengenai kondisi pasien baik untuk perawat, dokter maupun pembuat kebijakan.

Meskipun bentuk pendokumentasian keperawatan telah berkembang dari waktu ke waktu untuk memenuhi kebutuhan perubahan dalam perawatan kesehatan, namun perubahan yang terjadi tidak membawa pengaruh besar dalam proses dokumentasi hingga diperkenalkannya komputer dalam kesehatan di akhir abad 20. Penggunaan komputer dalam dokumentasi asuhan keperawatan diperkenalkan pada akhir tahun 1960-an dan awal tahun 1970-an .

Studi literatur tentang pendokumentasian proses asuhan keperawatan, saat ini sistem pendokumentasian masih banyak dilakukan secara manual. Apabila terjadi kasus hukum, tulisan tangan sangat sulit dipertanggungjawabkan. Selain itu pendokumentasian asuhan keperawatan secara manual membutuhkan waktu yang lama dan sangat tidak efektif. Sebuah survei 2008, oleh perguruan tinggi di Amerika menemukan bahwa satu juta jam per minggu dihabiskan oleh perawat di formulir-mengisi, dan hampir 90 persen mengatakan dokumen telah meningkat selama lima tahun sebelumnya (Erin Dean, 2010).

Perkembangan teknologi informasi dan komunikasi telah mempengaruhi aktivitas pengelolaan data dan informasi di bidang keperawatan serta memunculkan istilah baru yaitu informatika keperawatan. Informatika keperawatan merupakan integrasi ilmu keperawatan, ilmu komputer, dan ilmu informasi untuk mengelola dan mengkomunikasikan data, informasi, pengetahuan, dan kebijaksanaan dalam praktik keperawatan. Peralatan

informatika memfasilitasi integrasi data, informasi, pengetahuan, dan kebijaksanaan untuk mendukung pasien, perawat, dan penyedia lainnya dalam pengambilan keputusan di semua peran pengaturan. Dukungan ini dicapai melalui penggunaan struktur informasi, proses informasi, dan teknologi informasi .

Perkembangan informatika keperawatan di luar negeri telah berkembang pesat pada seluruh aktivitas keperawatan, baik dalam bidang pelayanan, pendidikan maupun riset keperawatan. Sementara penerapannya dalam sistem dokumentasi akan mempengaruhi kontinuitas perawatan pasien dan memungkinkan perawat melakukan perawatan yang lebih aman.

Penggunaan teknologi informasi dalam dokumentasi keperawatan merupakan cara baru untuk merekam, memberikan dan menerima informasi klien. Hal ini memberikan tantangan bagi perawat, terutama berkaitan dengan kerahasiaan dan keamanan informasi klien. Sehingga perawat perlu didukung dengan kebijakan dan pedoman yang jelas. Pengembangan dokumentasi dengan dukungan teknologi informasi dan sistem komputerisasi harus tetap memperhatikan prinsip-prinsip dokumentasi, akses, penyimpanan, pengambilan dan pengiriman informasi seperti yang berlaku dalam sistem pendokumentasian yang berbasis kertas (*document paper*).

Kualitas dan efisiensi waktu menjadi tolok ukur masyarakat untuk memilih tempat pelayanan kesehatan. Oleh karenanya rumah sakit selalu mengembangkan pelayanan di segala bidang termasuk keperawatan. Usaha tersebut adalah dengan pembuatan sistem dokumentasi keperawatan secara elektronik. Harapannya adalah dokumentasi dapat berjalan dengan cepat.

Sistem informasi keperawatan berbasis komputer telah berkembang di beberapa negara seperti Australia dan Amerika. Sistem pendokumentasian asuhan keperawatan di Indonesia saat ini masih bervariasi. Sebagian besar rumah sakit masih menggunakan sistem pendokumentasian dengan melakukan pencatatan pada format kertas yang tersedia (*paper based*), sementara baru sebagian kecil yang sudah mulai mengembangkan sistem pendokumentasian keperawatan dengan dukungan teknologi informasi berbasis sistem komputer (*electronic based*).

Beberapa rumah sakit di Jakarta dan kota-kota lainnya juga telah menerapkan dokumentasi keperawatan yang termasuk ke dalam sistem informasi keperawatan berbasis komputer. Rumah Sakit Banyumas contohnya, aplikasi sistem informasi keperawatan telah berdampak positif berupa meningkatnya penghargaan terhadap perawat. Tentunya ini adalah sebuah prestasi yang membanggakan sekaligus meningkatkan prestise (citra) perawat di mata profesi lain.

Semakin canggihnya teknologi pada zaman modern ini menuntut profesi keperawatan untuk mengembangkan metode dokumentasi keperawatan yang dapat digunakan secara efektif dan efisien dengan tujuan utama adalah memberikan pelayanan yang terbaik pada pasien.

Pada masa transisi dari penggunaan dokumentasi keperawatan yang dilakukan dengan penulisan tangan lalu berganti dengan pendokumentasian keperawatan secara elektronik

harus dibarengi dengan kemampuan perawat dalam menguasai ilmu di bidang komputerisasi yang memang merupakan syarat mutlak dalam menggunakan dokumentasi keperawatan elektronik ini.

Selain itu perlunya dibangun kepekaan perawat atas perlunya pengembangan dokumentasi keperawatan elektronik. Selain untuk tujuan memberikan pelayanan keperawatan yang terbaik kepada pasien, juga merupakan tanggung jawab dan dapat digunakan juga sebagai tanggung gugat bila suatu saat terjadi masalah dalam pemberian pelayanan keperawatan. Dengan demikian perawat juga memperoleh keamanan dalam menjalankan fungsinya terutama mendapatkan perlindungan hukum yang memadai dengan adanya dokumentasi keperawatan elektronik ini.

Transisi terhadap dokumentasi terkomputerisasi menimbulkan tantangan unik bagi perawat dan manajer perawat. Namun demikian, kesulitan atau hambatannya sangat kecil dibandingkan dengan manfaat dari sistem komputerisasi yang sangat besar. Keberhasilan penerapan sistem dokumentasi terkomputerisasi membutuhkan persiapan, keterlibatan dan komitmen dari semua staf keperawatan.

2. Kelebihan dan Kekurangan

Dokumentasi keperawatan adalah setiap catatan baik tertulis maupun elektronik yang menggambarkan layanan keperawatan yang diberikan kepada klien dan dapat digunakan sebagai bukti bagi tenaga yang berwenang. Dokumentasi adalah setiap informasi tertulis atau elektronik tentang klien yang menggambarkan perawatan atau layanan yang diberikan kepada klien. Catatan kesehatan klien dapat berupa kertas dokumen atau dokumen elektronik, seperti rekam medis elektronik, faks, e-mail, kaset audio atau kaset video dan gambar (CRNBC, 2007).

Menurut Potter (2005) dokumentasi adalah segala sesuatu yang tercetak atau tertulis yang dapat diandalkan sebagai catatan tentang bukti bagi individu yang berwenang. Sehingga dapat disimpulkan bahwa dokumentasi keperawatan adalah setiap catatan baik tertulis maupun elektronik yang menggambarkan layanan keperawatan yang diberikan kepada klien dan dapat digunakan sebagai bukti bagi tenaga yang berwenang.

Perkembangan teknologi informasi dan komunikasi telah mempengaruhi aktivitas pengelolaan data dan informasi di bidang keperawatan sehingga mempengaruhi perkembangan dalam pendokumentasian keperawatan. Dokumentasi keperawatan yang sejak awal merupakan pencatatan dalam format kertas (*paper based*) dapat dikembangkan menjadi *electronic based* dengan dukungan teknologi informasi dan sistem komputerisasi.

Dokumentasi keperawatan berbasis teknologi informasi ini memberikan keuntungan bagi perawat dalam hal waktu pendokumentasian yang lebih singkat, keterbacaan data dan kemudahan akses bila dibandingkan dokumentasi dalam format kertas. Pengembangan dokumentasi keperawatan berbasis teknologi informasi tetap harus memperhatikan prinsip kerahasiaan data klien, komprehensif, akurat, tepat waktu, dan jelas mengidentifikasi pemberi perawatan sehingga perlu adanya kebijakan dan pedoman yang jelas bagi tenaga perawat dalam menjalankan sistem ini.

Menurut Bates, dokumentasi keperawatan yang dilakukan pada format kertas merupakan catatan yang naratif, panjang dan memerlukan waktu terutama dalam hal penulisan. Pendekatan ini memiliki variasi dalam perumusan diagnosa dan perencanaan tindakan keperawatan disebabkan karena kurangnya kemampuan perawat dalam menganalisa. Selain itu catatan dalam bentuk tertulis kadangkala sulit untuk dibaca, dapat disalahartikan, dan hanya dapat dimanfaatkan untuk satu orang pada satu waktu. Dokumentasi tertulis juga lebih sulit dianalisis untuk keperluan penelitian dan mendukung proses pengambilan keputusan. Sementara pendokumentasian dengan berbasis sistem komputerisasi membantu perawat untuk mengurangi waktu yang diperlukan dalam proses pendokumentasian sehingga waktu untuk melakukan perawatan pada pasien menjadi lebih banyak, mengurangi kesalahan dalam dokumentasi dan evaluasi hasil tindakan keperawatan serta menurunkan efisiensi rumah sakit dalam hal penggunaan kertas sehingga menaikkan efektifitas biaya .

Pendokumentasian asuhan keperawatan yang berlaku di beberapa rumah sakit sebagian besar masih menggunakan pendokumentasian tertulis. Pendokumentasian tertulis ini sering membebani perawat karena perawat harus menuliskan dokumentasi pada *form* yang telah tersedia dan membutuhkan waktu banyak untuk mengisinya. Permasalahan lain yang sering muncul adalah biaya pencetakan *form* mahal sehingga sering *form* pendokumentasian tidak tersedia

Pendokumentasian secara tertulis dan manual juga mempunyai kelemahan yaitu sering hilang. Pendokumentasian yang berupa lembaran-lembaran kertas maka dokumentasi asuhan keperawatan sering terselip. Selain itu pendokumentasian secara tertulis juga memerlukan tempat penyimpanan dan akan menyulitkan untuk pencarian kembali jika sewaktu-waktu pendokumentasian tersebut diperlukan. Dokumentasi yang hilang atau terselip di ruang penyimpanan akan merugikan perawat. Hal ini karena tidak dapat menjadi bukti legal jika terjadi suatu gugatan hukum, dengan demikian perawat berada pada posisi yang lemah dan rentan terhadap gugatan hukum.

Perkembangan dokumentasi keperawatan berbasis komputer (*computer based nursing documentation*) yang menjadi pengganti *paper based documentation*. *Paper based documentation*, disamping kelebihanannya, mempunyai banyak kelemahan, diantaranya butuh motivasi yang kuat untuk menulis, kualitasnya rendah dan banyak keterbatasan. Sementara dokumentasi keperawatan berbasis komputer mempunyai lebih banyak keunggulan. (Lyden, 2008) dalam papernya yang berjudul "*From Paper to Computer Documentation: One Easy Step?*" menuliskan pengalamannya bahwa dokumentasi keperawatan berbasis komputer yang diterapkan di ICU dengan nama "*The ICU system*" mempunyai beberapa keuntungan diantaranya adalah lebih akurat, komplit (lengkap), legibel (dapat dipertanggungjawabkan) dan membutuhkan waktu yang lebih singkat.

Senada dengan Lyden, Menke, et al (2001), dalam penelitian yang berjudul "*Computerized Clinical Documentation System (CDS) in the Pediatric Intensive Care Unit*" mengatakan bahwa dibandingkan dengan *paper based documentation*, CDS lebih dapat dipertanggungjawabkan (legibel), lebih lengkap (komplit) dan memerlukan waktu yang lebih

singkat. Disamping itu juga memperbanyak waktu untuk merawat pasien, menurunkan "medical errors", meningkatkan kualitas dokumentasi dan meningkatkan kesinambungan pelayanan.

Dengan sistem dokumentasi yang berbasis komputer, pengumpulan data dapat dilaksanakan dengan cepat dan lengkap. Data yang telah disimpan juga dapat lebih efektif dan dapat menjadi sumber dari penelitian, dapat melihat kelanjutan dari edukasi ke pasien, melihat epidemiologi penyakit serta dapat memperhitungkan biaya dari pelayanan kesehatan (Liaw, T. 1993). Selain itu dokumentasi keperawatan juga dapat tersimpan dengan aman. Akses untuk mendapat data yang telah tersimpan dapat dilaksanakan lebih cepat dibandingkan bila harus mencari lembar kertas yang bertumpuk di ruang penyimpanan.

Elektronik health Record dilaporkan memiliki manfaat sebagai berikut, yaitu:

- a. Penghematan biaya dari penggunaan kertas untuk pencatatan.
- b. Tidak perlu gudang yang besar dalam penyimpanan arsip.
- c. Penyimpanan data (record) pasien menjadi lebih lama.
- d. EHR yang dirancang dengan baik akan mendukung otonomi yang dapat dipertanggung jawabkan.
- e. Membantu dalam mencari informasi yang cepat sehingga dapat membantu dalam pengambilan keputusan yang cepat juga.
- f. Meningkatkan produktivitas bekerja.
- g. Mengurangi kesalahan dalam menginterpretasikan pencatatan.

Sedangkan menurut Holmas (2003, dalam Sitorus 2006) terdapat beberapa keuntungan utama dari dokumentasi berbasis komputer yaitu:

- a. **Standarisasi**, terdapat pelaporan data klinik yang standar yang mudah dan cepat diketahui.
- b. **Kualitas**, meningkatkan kualitas informasi klinik dan sekaligus meningkatkan waktu perawat berfokus pada pemberian asuhan.
- c. **Accessibility dan legibility**, mudah membaca dan mendapat informasi klinik tentang semua pasien dan suatu lokasi.

Tentunya dokumentasi keperawatan berbasis komputer juga mempunyai kelemahan, diantaranya adalah kemampuan perawat dalam melaksanakan proses keperawatan dan keterampilan perawat menggunakan komputer. Kerugian/kelemahan dokumentasi keperawatan berbasis komputer antara lain:

- Masalah keamanan dan kerahasiaan informasi pasien.
Pemeliharaan kerahasiaan data dengan sistem terkomputerisasi, keamanan dan kerahasiaan pasien, terdapat peningkatan kekhawatiran publik dalam mengakses informasi kesehatan pribadi, akses yang tidak sah dan yang menyalahgunakan informasi kesehatan pribadi.

- Gangguan *downtime* komputer.
Downtime adalah waktu ketika komputer tidak berfungsi karena perbaikan rutin atau tiba-tiba akibat kerusakan yang tidak diharapkan.
- Jumlah catatan.
Kebijakan rumah sakit atau persyaratan *software* dapat menghasilkan catatan tebal yang berisi cetakan data harian.
- Penerimaan yang salah terhadap informasi terkomputerisasi.
Insiden informasi yang tidak akurat yang tercantum dalam rekam medis dapat mengalami peningkatan, tetapi hal ini tidak dipertanyakan oleh profesional kesehatan karena informasi terkomputerisasi dianggap sudah sempurna.
- Keterbatasan dalam format pencatatan.
Software informasi keperawatan yang membatasi penggunaan teks bebas mendorong perawat untuk mengabaikan informasi utama tentang pasien.
- Resistensi.
Resistensi terhadap perubahan merupakan kekuatan penting yang dapat mempengaruhi penerimaan terhadap komputer.
- Ketidakadekuatan jumlah terminal.
Pusat perawatan yang dirancang sebelum komputerisasi pelayanan kesehatan diperkenalkan, sering terlalu kaku bagi perawat untuk memiliki terminal komputer.
- Keterbatasan komputer pada saat penggunaan memuncak.
Sistem informasi keperawatan dapat dengan cepat memakai kapasitas kerangka utama, sehingga membutuhkan perluasan sistem.
- Kesulitan perawat melepaskan lembar kerja.
Daripada memasukkan data langsung pada komputer, beberapa perawat lebih senang menuliskan informasi tersebut di atas lembar kerja terlebih dahulu kemudian memasukkannya kedalam terminal komputer, hal ini mengurangi efisiensi sistem tersebut.
- Biaya.
Meliputi pembelian hardware dan software, pendidikan staf keperawatan, biaya perizinan, dan perubahan yang diperlukan agar hardware atau *software* tersebut dapat mengakomodasi kebutuhan pembeli.

Perawat harus tahu juga risiko dari dokumentasi terkomputerisasi. Terdapat risiko hukum yang berkaitan dengan dokumentasi terkomputerisasi. Komputer meningkatkan akses terhadap informasi oleh hampir setiap orang. Password yang dipakai untuk memasuki sistem dan tanda tangan dalam komputer jangan dibocorkan pada orang pemberi perawatan lain. Sistem yang baik mengharuskan sering penggantian password pribadi untuk mencegah orang yang tidak berwenang menyalahgunakan catatan.

3. Pendukung dan Hambatan Dokumentasi Keperawatan Berbasis Komputer

Tenaga perawat mempunyai kontribusi besar bagi pelayanan kesehatan, mempunyai peranan penting untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan. Dalam upaya

meningkatkan mutu pelayanan kesehatan, seorang perawat harus mampu melaksanakan asuhan keperawatan sesuai standar, yaitu dari mulai pengkajian sampai dengan evaluasi dan yang sangat penting adalah disertai dengan sistem pendokumentasian yang baik.

Namun pada realitanya di lapangan, asuhan keperawatan yang dilakukan belum disertai dengan sistem pendokumentasian yang baik, sehingga perawat mempunyai potensi yang besar terhadap proses terjadinya kelalaian dalam praktek. Dengan adanya kemajuan teknologi informasi dan komunikasi, maka sangat dimungkinkan bagi perawat untuk memiliki sistem pendokumentasian asuhan keperawatan yang lebih baik dengan menggunakan sistem informasi manajemen (SIM).

Sistem informasi manajemen (SIM) adalah rangkaian kegiatan atau komponen pengumpulan data yang satu sama lain berkaitan dalam mengolah data kemudian diproses menjadi informasi yang bermanfaat dalam pengambilan keputusan yang akurat, cepat dan bermutu. Sistem informasi keperawatan: "Suatu sistem komputer yang digunakan untuk membantu dalam administrasi pelayanan keperawatan, pemindahan pasien dan mendukung pendidikan dan penelitian keperawatan". Sistem informasi keperawatan merupakan sistem yang menggunakan komputer untuk memproses data keperawatan menjadi satu bentuk informasi yang mampu menunjang aktivitas/fungsi perawat.

Ada beberapa faktor pendukung dalam pelaksanaan SIM keperawatan di Indonesia yaitu saat ini sudah mulai ada perusahaan (yang dikelola oleh profesi keperawatan) yang menawarkan produk SIM keperawatan yang siap pakai untuk diterapkan di rumah sakit. Sekalipun memiliki harga yang cukup tinggi tetapi keberadaan perusahaan ini dapat mendukung pelaksanaan SIM keperawatan di beberapa rumah sakit yang memiliki dana cukup untuk membeli produk tersebut.

Semakin mudahnya akses informasi tentang pelaksanaan SIM keperawatan juga memudahkan rumah sakit dalam memilih SIM yang tepat. Selain itu faktor pendukung yang lain adalah adanya UU No 8 tahun 1997 yang mengatur tentang keamanan terhadap dokumentasi yang berupa lembaran kertas. Undang-undang ini merupakan bentuk perlindungan hukum atas dokumen yang dimiliki pusat pelayanan kesehatan, perusahaan atau organisasi. Aspek etik juga dapat menjadi salah satu faktor pendukung karena sistem ini semaksimal mungkin dirancang untuk menjaga kerahasiaan data pasien. Hanya orang-orang tertentu saja yang boleh mengakses data melalui SIM ini, misalnya dokter, perawat, pasien sendiri.

Terdapat beberapa aspek yang menjadi kendala dalam penerapan SIM di Indonesia.

1. Memutuskan untuk menerapkan sistem informasi manajemen berbasis komputer ke dalam sistem praktik keperawatan di Indonesia tidak terlalu mudah. Hal ini karena pihak manajemen harus memperhatikan beberapa aspek yaitu struktur organisasi keperawatan di Indonesia. Sebagai contoh pengambil keputusan/kebijakan bukan dari profesi perawat, sehingga seringkali keputusan tentang pelaksanaan SIM yang sudah disepakati oleh tim keperawatan dimentahkan lagi karena tidak sesuai dengan keinginan pengambil kebijakan. Pihak manajemen rumah sakit masih banyak yang mempertanyakan apakah SIM keperawatan ini akan berdampak langsung terhadap

kualitas pelayanan keperawatan dan kualitas pelayanan rumah sakit secara keseluruhan.

2. Sumberdaya manusia di institusi pelayanan kesehatan yang belum siap menghadapi sistem komputerisasi, hal ini dapat disebabkan karena ketidaktahuan dan ketidakmampuan mereka terhadap sistem informasi teknologi yang sedang berkembang. Pemahaman yang kurang tentang manfaat SIM menjadi salah satu faktor penyebab ketidaksiapan SDM keperawatan.
3. Sumber dana.
Sebagaimana kita tahu bahwa untuk mendapatkan sistem informasi manajemen keperawatan yang sudah siap diterapkan di rumah sakit, membutuhkan biaya yang cukup besar, tidak setiap rumah sakit memiliki dana operasional yang cukup besar, sehingga seringkali SIM keperawatan gagal diterapkan karena tidak ada sumber dana yang cukup.
4. Kurangnya fasilitas *information technology* yang mendukung. Pelaksanaan SIM keperawatan tentunya membutuhkan banyak perangkat keras atau unit komputer untuk mengimplementasikan program tersebut.

Latihan

Untuk memperdalam pemahaman Anda mengenai materi praktikum di atas, kerjakanlah latihan berikut!

Setelah Anda selesai mempelajari Topik 1, kerjakanlah latihan mandiri di bawah ini! Anda telah mempelajari tentang perkembangan dokumentasi keperawatan, kekurangan dokumentasi manual dan elektronik/komputer serta kelebihan dokumentasi secara elektronik/komputer coba tanyakan kepada rekan kerja Anda tentang apa saja yang dirasakan dengan cara pendokumentasian manual yang selama ini dilaksanakan.

Ringkasan

Meskipun Anda telah mempelajari uraian materi tersebut di atas, sebaiknya Anda juga membaca rangkuman Topik 1, yang secara rinci disebutkan sebagai berikut:

1. Proses mendokumentasikan perawatan pasien telah dilakukan sejak jaman Florence Nightingale yang menulis tentang pentingnya komunikasi di antara pemberi layanan keperawatan. Bentuk pendokumentasian keperawatan telah berkembang dari waktu ke waktu untuk memenuhi kebutuhan perubahan dalam perawatan kesehatan, namun perubahan yang terjadi tidak membawa pengaruh besar dalam proses dokumentasi hingga diperkenalkannya komputer dalam kesehatan di akhir abad 20. Penggunaan komputer dalam dokumentasi asuhan keperawatan diperkenalkan pada akhir tahun 1960-an dan awal tahun 1970-an.
2. Pendokumentasian secara tertulis dan manual juga mempunyai kelemahan yaitu sering hilang. Pendokumentasian yang berupa lembaran-lembaran kertas maka dokumentasi asuhan keperawatan sering terselip. Selain itu pendokumentasian secara

tertulis juga memerlukan tempat penyimpanan dan akan menyulitkan untuk pencarian kembali jika sewaktu-waktu pendokumentasian tersebut diperlukan. Dokumentasi yang hilang atau terselip di ruang penyimpanan akan merugikan perawat.

3. Dokumentasi keperawatan berbasis komputer juga mempunyai kelemahan, diantaranya adalah kemampuan perawat dalam melaksanakan proses keperawatan dan keterampilan perawat menggunakan komputer.
Perawat harus tahu juga risiko dari dokumentasi terkomputerisasi. Terdapat risiko hukum yang berkaitan dengan dokumentasi terkomputerisasi.
4. Keuntungan utama dari dokumentasi berbasis komputer yaitu:
 - a. Standarisasi, terdapat pelaporan data klinik yang standar yang mudah dan cepat diketahui.
 - b. Kualitas, meningkatkan kualitas informasi klinik dan sekaligus meningkatkan waktu perawat berfokus pada pemberian asuhan.
 - c. *Accessibility & legibility*, mudah membaca dan mendapat informasi klinik tentang semua pasien dan suatu lokasi.

Dengan sistem dokumentasi yang berbasis komputer, pengumpulan data dapat dilaksanakan dengan cepat dan lengkap. Data yang telah disimpan juga dapat lebih efektif dan dapat menjadi sumber dari penelitian, dapat melihat kelanjutan dari edukasi ke pasien, melihat epidemiologi penyakit serta dapat memperhitungkan biaya dari pelayanan kesehatan (Liaw,T. 1993). Selain itu dokumentasi keperawatan juga dapat tersimpan dengan aman. Akses untuk mendapat data yang telah tersimpan dapat dilaksanakan lebih cepat dibandingkan bila harus mencari lembaran kertas yang bertumpuk di ruang penyimpanan.

Tes 1

Pilihlah A. jika jawaban 1, 2 benar

B. jika 1, 3 benar

C. jika 2, 3 benar

D. jika 1, 2, 3 benar!

- 1) Pengembangan dokumentasi dengan dukungan teknologi informasi dan sistem komputerisasi harus memperhatikan prinsip
 - (1) akses
 - (2) penyimpanan
 - (3) dokumentasi
- 2) Catatan kesehatan klien berupa dokumen elektronik dapat berupa
 - (1) *e-mail*
 - (2) kaset audio
 - (3) kertas

- 3) Dokumentasi keperawatan berbasis teknologi informasi memberikan keuntungan
 - (1) waktu lebih singkat
 - (2) keterbacaan data
 - (3) komprehensif

- 4) Kelemahan dokumentasi keperawatan pada format kertas
 - (1) sulit dibaca
 - (2) dapat disalahartikan
 - (3) sulit dianalisis

- 5) Kelemahan dokumentasi keperawatan berbasis computer adalah
 - (1) gangguan *down* komputer
 - (2) jumlah catatan
 - (3) resistensi

Topik 2

Dokumentasi Keperawatan Berbasis Komputer

A. PENDAHULUAN

Dunia keperawatan merupakan suatu fenomena yang tidak akan pernah hilang dari waktu ke waktu, karena ini berkaitan erat dengan manusia, kesehatan dan lingkungan yang terus akan berputar. Dalam dunia keperawatan, pendekatan yang digunakan adalah proses keperawatan yang meliputi: pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan, semua itu pada awalnya hanya dilakukan dengan lisan, lalu pencatatan sederhana sampai dengan pencatatan secara elektronik mengikuti perkembangan teknologi yang kian pesat pada saat ini. Pendokumentasian secara manual (tertulis) mempunyai kelemahan yaitu sering hilang. Pendokumentasian lembaran-lembaran kertas, besar kemungkinan akan tercecer atau terselip. Pendokumentasian secara tertulis memerlukan tempat penyimpanan sehingga menyulitkan untuk pencarian kembali jika sewaktu-waktu pendokumentasian tersebut diperlukan. Dokumentasi yang hilang atau terselip di ruang penyimpanan akan merugikan perawat. Perawat tidak dapat menunjukkan bukti legal, yang menyebabkan perawat rentan terhadap gugatan hukum karena itu sudah saatnya perawat mengenal dan memanfaatkan kemajuan teknologi salah satunya dengan cara dokumentasi keperawatan secara terkomputerisasi.

B. TUJUAN PEMBELAJARAN UMUM

Setelah mempelajari Topik 2 Bab VI ini Anda diharapkan dapat menjelaskan dokumentasi keperawatan berbasis komputer.

C. TUJUAN PEMBELAJARAN KHUSUS

Untuk mencapai tujuan pembelajaran umum di atas tujuan khusus dalam Topik 2 Bab VI yaitu diharapkan Anda dapat menjelaskan:

1. Komputer pada dokumentasi keperawatan.
2. Aplikasi *soft ware* dokumentasi keperawatan.
3. Pengembangan dokumentasi berbasis teknologi komunikasi.

D. URAIAN MATERI

Betulkah perawat adalah sebuah profesi? Barangkali pertanyaan ini patut kita ajukan manakala melihat sebagian perawat hanya bekerja mengikuti rutinitas semata. Datang, baca

laporan, lihat pasien, memberi obat, ambil sampel laboratorium, kirim pasien ke radiologi, setelah selesai duduk dan ngobrol sesama teman. Lebih miris lagi saat perawat tidak tahu kondisi pasiennya ketika ada dokter atau tim kesehatan lain yang membutuhkan informasi tentang pasien. Atau untuk mencari informasi tersebut, perawat harus mencari-cari catatan pasiennya. Jika seperti itu kapan perawat akan maju?

Kita sudah sepakat bahwa keperawatan adalah sebuah pelayanan profesional, artinya ada kaidah yang harus dipenuhi. Salah satunya adalah bukti fisik pelayanan keperawatan yang sesuai dengan standar. Bukti fisik ini berbentuk dokumentasi keperawatan yang juga sekaligus menjadi bukti akuntabilitas perawat terhadap asuhan yang telah diberikan kepada pasiennya.

Tenaga perawat sebagai salah satu tim kesehatan didalam melaksanakan fungsi dan peran dituntut untuk dapat mendokumentasikan seluruh pekerjaan yang dilakukannya dengan baik. Pendokumentasian peran dan fungsi didalam merawat pasien amat diperlukan karena mempunyai unsur tanggung jawab serta tanggung gugat di mata hukum. Dengan kata lain, melalui pencatatan secara tertulis tindakan atau terapi yang diberikan kepada pasien, seorang perawat harus bisa bertanggungjawab didepan hukum jika terjadi sesuatu terhadap pasien. Sampai saat ini pendokumentasian tindakan keperawatan yang dilakukan oleh perawat masih menggunakan kertas. Salah satu kendala yang sering menjadi keluhan pada sebagian besar perawat ketika harus menuliskan tindakan keperawatan di atas kertas adalah keterbatasan waktu mereka dalam hal melakukan pencatatan dan pendokumentasian asuhan keperawatan. Akibatnya, apa yang sudah dilakukan perawat secara langsung ke pasien sering tidak didokumentasikan dengan baik sehingga mengakibatkan kurang efektifnya evaluasi terhadap kemajuan perawatan pada pasien. Selanjutnya, format pendokumentasian yang panjang dan kompleks mengharuskan perawat menuliskan secara manual asuhan keperawatan terkadang menimbulkan rasa jenuh.

Proses keperawatan merupakan suatu siklus yang kesemuanya merupakan dokumentasi penting serta merupakan sumber informasi baik untuk ilmu keperawatan sendiri sebagai alat komunikasi tanggung jawab dan tanggung gugat, maupun disiplin ilmu lain yang berkesinambungan. Seiring dengan pesatnya perkembangan teknologi maka pencatatan dokumentasi keperawatanpun mengalami transisi yang sangat signifikan. Berbagai model dokumentasi keperawatan elektronik bermunculan dan rata-rata mempunyai dampak yang positif dalam penggunaannya.

Teknologi informasi mempunyai peran besar yang sangat fundamental dalam manajemen, distribusi dan penyimpanan informasi dalam perawatan kesehatan. Berbagai disiplin ilmu memerlukan akses untuk informasi kesehatan, dengan harapan dapat meningkatkan kualitas dan perawatan berkelanjutan untuk pasien (Helleso & Ruland, 2001). Untuk lebih jelasnya tentang sistem pendokumentasian yang terkomputerisasi ikutlah uraian materi berikut ini.

1. Komputer

Perkembangan teknologi di era globalisasi sekarang ini berkembang begitu pesat. Salah satu kemajuan teknologi tersebut adalah teknologi informasi (TI) yang telah merambah di berbagai bidang kehidupan manusia. Definisi teknologi informasi itu sendiri merupakan studi atau penggunaan peralatan elektronika, untuk menyimpan, menganalisa, dan mendistribusikan informasi apa saja melalui berbagai media (seperti internet), termasuk kata-kata, bilangan dan gambar.

Perkembangan teknologi yang semakin mutakhir, membawa pengaruh yang cukup signifikan terhadap berbagai bidang. Salah satunya adalah bidang kesehatan. Kesehatan merupakan komponen yang tidak pernah lepas atau luput dari sentuhan masyarakat karena kesehatan individu mencerminkan kualitas sumber daya manusia. Perkembangan teknologi yang semakin modern memiliki dampak yang positif dan sangat berguna bagi kepentingan bersama. Teknologi dapat membantu manusia dalam bekerja khususnya efisiensi tenaga dan waktu yang biasanya dikerjakan secara manual, kini lebih efektif dengan adanya pemanfaatan teknologi. Salah satu penerapan teknologi yaitu di bidang kesehatan khususnya di profesi keperawatan. Adanya teknologi dengan penggunaan sistem komputerisasi tentu membantu perawat dalam memberikan asuhan keperawatan kepada klien. Dengan adanya teknologi ini, proses pendokumentasian menjadi lebih efisien dan lebih cepat. Selain itu, sistem ini memberi kemudahan kepada perawat dalam menginput data-data klien. Hal yang terpenting adalah, penggunaan teknologi ini mampu memberikan waktu kepada perawat berada disamping pasien sehingga akan terjalin hubungan terapeutik.

Sistem komputerisasi sudah mulai dikembangkan di Indonesia. Berbagai rumah sakit di Indonesia pun telah berencana dan mengaplikasikan pendokumentasian ini secara bertahap. Secara langsung sistem ini tentunya memberikan keuntungan dalam penyimpanan data atau rekam medik dalam jangka waktu yang relatif lama.

Dalam dokumen asuhan keperawatan melalui sistem komputer meliputi pengkajian, perumusan diagnosis keperawatan, perencanaan intervensi keperawatan, pelaksanaan asuhan keperawatan, catatan perkembangan klien, evaluasi, sistem pembayaran, *discharge planning*, dan *access* data dari profesi lain seperti dokter, farmasi, radiologi dan lainnya. Perkembangan teknologi mampu meningkatkan kualitas pencatatan melalui komputer.

Penggunaan perangkat lunak sebagai media dalam melakukan dokumentasi sangat beragam. Pada intinya perangkat lunak tersebut menyediakan layanan informasi berkesinambungan dari berbagai profesi kesehatan yang terintegrasi dalam pelayanan kesehatan dirumah sakit. Informasi tersebut dapat dibaca oleh masing-masing profesi sehingga dapat meningkatkan sistem kolaborasi antar profesi.

Dokumentasi asuhan keperawatan melalui komputer yaitu pencatatan yang dilakukan oleh perawat dengan menggunakan perangkat komputer. Perangkat tersebut tentunya sudah disediakan perangkat lunak yang sesuai dengan kebutuhan. Pemasukan data dilakukan setiap saat sehingga perkembangan data pasien dapat terekam secara kontinyu dan komprehensif. Program perangkat lunak memungkinkan perawat untuk dengan cepat memasukkan data pengkajian spesifik dan informasi lainnya secara otomatis.

Computerized nursing documentation adalah suatu modul keperawatan yang dikombinasikan dengan sistem komputer rumah sakit ke staf perawat. Dengan sistem yang terkomputerisasi ini perawat dapat melakukan akses ke laboratorium, radiologi, fisioterapi, dan disiplin yang lain, seperti ahli gizi, *occupational therapies*. Pemikiran tentang dokumentasi keperawatan yang terkomputerisasi di buat dalam rangka memudahkan dan mempercepat pendokumentasian asuhan keperawatan yang dibuat. Dengan sistem ini perawat lebih dapat menghemat waktu dan perawat akan lebih sering berada di samping pasien. Dengan dokumentasi yang terkomputerisasi ini pencatatan dapat dilakukan secara akurat dan lengkap.

Lembaga akreditasi seperti JCAHO (*Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations*) menguraikan pedoman tentang informasi yang harus didokumentasikan. Di bawah sistem pembayaran prospektif, rumah sakit dibayar sejumlah uang oleh *medicare* untuk setiap *diagnosis- related group* (DRG). Segala sesuatu yang dilakukan untuk klien harus didokumentasikan dalam catatan medis. Jika dokumentasi tidak lengkap, institusi pelayanan kesehatan tidak akan mendapatkan ganti pembayaran biayanya.

Dokumentasi didefinisikan sebagai segala sesuatu yang tertulis atau tercetak yang dapat diandalkan sebagai catatan tentang bukti bagi individu yang berwenang. Catatan medis harus mendeskripsikan tentang status dan kebutuhan klien yang komprehensif, juga layanan yang diberikan untuk perawatan klien. Dokumentasi yang baik mencerminkan tidak hanya kualitas perawatan tetapi juga membuktikan pertanggung gugatan setiap anggota tim perawatan dalam memberikan perawatan.

Kualitas dokumentasi secara konstan berada dibawah tinjauan manajer perawat sesuai dengan upaya mereka untuk menemukan cara untuk membantu perawat memperbaiki pencatatan informasi. Dokumentasi harus mengikuti standar yang ditetapkan oleh JCAHO untuk mempertahankan akreditasi institusional, untuk mengurangi pertanggungjawaban, dan untuk menyesuaikan kebutuhan pelayanan keperawatan.

Perawat yang secara langsung terlibat dalam perawatan klien sering mengalami kesulitan dalam mendokumentasikan secara menyeluruh perawatan klien mereka. Kurangnya waktu, perasaan bahwa tidak akan ada orang yang membaca catatan, duplikasi berlebihan, dan kekhawatiran mengenai ketidakberartian informasi dalam catatan hanya beberapa kekhawatiran perawat yang dimiliki mengenai dokumentasi.

JCAHO (1996) menganjurkan rencana perawatan multi disiplin. Secara keseluruhan, penelitian cermat terhadap penggunaan dan nilai rencana perawatan harus dikritik oleh praktisi perawat. Hasil penelitian akan menjadi format rencana perawatan yang tersedia sebagai alat positif dalam pendokumentasian perawatan klien. Komputer digunakan dalam fasilitas perawatan kesehatan dalam berbagai cara. Teknologi yang ada sangat tidak terbatas, dan masa mendatang menjanjikan potensi yang sangat besar sekali karena dampak komputerisasi dalam sistem pelayanan perawatan kesehatan.

Perawat sejak dulu telah menjadi pengguna utama sistem komputerisasi. Namun demikian kecenderungan terbaru adalah bahwa perawat harus didorong dan diperbolehkan untuk menggunakan dokumentasi terkomputerisasi untuk meningkatkan kinerja profesional

mereka. Ada banyak keuntungan dari dokumentasi terkomputerisasi. Sistem dokumentasi baru yang sekarang tersedia dapat mengurangi perawat dari tugas-tugas administratif dan pemantauan berulang dan meningkatkan waktu yang tersedia untuk memberikan perawatan langsung kepada klien.

Program perangkat lunak memungkinkan perawat untuk dengan cepat memasukkan data pengkajian spesifik sekali waktu, dan informasi secara otomatis telah ditranfer menjadi bentuk laporan yang berbeda. Komputer juga membantu mengurangi kesalahan, menstandarkan rencana asuhan keperawatan, meningkatkan kepuasan dan produktivitas keperawatan, dan mendokumentasikan semua bidang perawatan klien. Sebagai ganti menulis catatan perawatan yang bertele-tele, perawat dapat memilih pilihan pada layar yang secara otomatis membentuk catatan komprehensif tentang peristiwa. Keuntungan lain dari komputerisasi dokumentasi adalah upaya meningkatkan perbaikan kualitas. Untuk memenuhi standar JCAHO lebih ditingkatkan dengan dokumentasi komputerisasi karena perencanaan asuhan telah distandarisasi dalam komputer.

Komputer dapat dinyatakan sebagai sebuah benda yang terdiri atas "*hardware*" dan "*software*", dimana penggunaannya saat ini tidak terbatas pada penggunaan di kantor atau tempat kerja tapi juga di rumah. Secara umum komputer mempunyai 3 karakteristik dasar, yaitu:

- a. Cepat, mampu menyajikan dan menampilkan data yang diperlukan secara cepat.
- b. Dapat diandalkan karena ketika kita membutuhkan suatu data kita hanya tinggal menekan tombol dan seluruh data yang dibutuhkan akan muncul.
- c. Kemampuan menyimpan data dalam jumlah besar dimana data bisa dimunculkan secara efisien.

Selanjutnya ketiga karakteristik di atas akan didukung dengan manfaat yang besar dimana dengan komputer produktivitas kerja meningkat, pengambilan keputusan akan cepat dilakukan dan pengurangan biaya kerja bisa ditekan.

2. Aplikasi *Software* Asuhan Keperawatan

Penggunaan teknologi komputer di tempat kerja memberikan pengaruh terhadap peningkatan efektifitas waktu kerja. Tenaga perawat sebagai salah satu tim kesehatan didalam melaksanakan fungsi dan peran dituntut untuk dapat mendokumentasikan seluruh pekerjaan yang dilakukannya dengan baik. Adanya fenomena bahwa pencatatan tindakan keperawatan yang tidak lengkap disebabkan karena pendokumentasian dengan cara menuliskan di atas kertas dirasa menghabiskan waktu dan membuat jenuh, perlu dilakukan pemecahan masalah dengan menerapkan *software* yang bisa membantu perawat dalam mendokumentasikan tindakan keperawatan. *Software* asuhan keperawatan adalah *software* yang mengandung sebuah program dengan menggunakan "*database management*" berisi data-data pengkajian kesehatan seorang pasien yang kemudian data-data tadi akan dikelompokkan dan dianalisa untuk dapat memunculkan diagnosa keperawatan sampai pada intervensi keperawatan.

Software adalah sistem yang beroperasi didalam sebuah komputer dimana terdapat hubungan antara *software* dan *hardware* melalui apa yang disebut dengan sistem operasi. *Software* banyak digunakan sebagai program yang akan dipakai didalam komputer sebagai *software* komersial.

Software asuhan keperawatan adalah *software* yang mengandung sebuah program dengan menggunakan “*database management*” berisi data-data pengkajian kesehatan seorang pasien yang kemudian data-data tadi akan dikelompokkan dan dianalisa untuk dapat memunculkan diagnosa keperawatan.

Selanjutnya dari diagnosa keperawatan akan muncul perencanaan tindakan keperawatan yang akan dilaksanakan oleh perawat. Didalam mendokumentasikan tindakan keperawatan, perawat cukup mengacu pada intervensi yang telah tersedia, sehingga ketika pemberian tindakan selesai dilakukan perawat dapat melakukan evaluasi terhadap diagnosa yang ada.

Beberapa penggunaan *software* komputer dalam upaya peningkatan kualitas pendokumentasian adalah dengan END-IT (*emergency nurse department-improvement tool*) aplikasi yang di gunakan di unit gawat darurat. Masih banyak lagi sistem pendokumentasian dengan sistem komputerisasi lainnya seperti *elektronik chart* (sistem ini dikembangkan di departemen radiologi), *computerized whiteboard* (yaitu sistem informasi keperawatan berbasis komputer yang dimodifikasi dengan menambahkan layar lebar di *whiteboard*. Tayangan yang lebar di *whiteboard* akan memudahkan setiap tenaga kesehatan dan pasien untuk melihat informasi yang diperlukan, termasuk perkembangan kondisi kesehatan klien, *computer based patient record* melakukan pencatatan terhadap kondisi dan perkembangan penyakit pasien dengan menggunakan komputer. Dalam sistem ini dilengkapi sistem pemantauan klien secara progresif *Wearable Auto-Event-Recording of Medical Nursing Automatic System for Auto-Supervision* (sistem ini mampu memberikan informasi tentang asuhan keperawatan, termasuk didalamnya asuhan dalam keadaan emergensi, atau dalam keadaan non emergensi).

Menurut Allan dan Englebright dengan sistem pendokumentasian dengan komputer, efektifitas pendokumentasian bisa dipertahankan dimana perawat mampu melakukan analisa terhadap asuhan keperawatan yang telah diberikan karena mereka dengan mudah bisa menentukan status diagnosa atau masalah keperawatan pada pasien. Selain itu, dengan menggunakan komputer seluruh asuhan keperawatan bisa tersimpan dengan baik, maka perawat bisa melakukan pengukuran terhadap intervensi keperawatan yang telah mereka berikan.

3. Pengembangan Dokumentasi Berbasis Teknologi Komunikasi

Beberapa hal yang harus diperhatikan dalam mengembangkan dokumentasi keperawatan dengan berbasis teknologi informasi sebagai catatan elektronik adalah:

- a. Catatan kesehatan elektronik klien adalah kumpulan informasi kesehatan pribadi satu individu yang diberikan oleh penyedia layanan kesehatan dan disimpan secara elektronik di bawah pengamanan ketat.

- b. Dokumentasi dalam catatan keperawatan elektronik harus komprehensif, akurat, tepat waktu, dan jelas mengidentifikasi pemberi perawatan.
- c. Entri data dilakukan oleh orang yang melaksanakan perawatan dan bukan oleh staf yang lain.
- d. Masukan data yang dibuat dan disimpan dalam catatan keperawatan elektronik dianggap sebagai bagian permanen dari rekaman dan tidak dapat dihapus. Jika diperlukan koreksi setelah data dimasukkan dan telah disimpan, maka kebijakan lembaga memberikan arahan tentang bagaimana hal ini harus dilakukan.

Lembaga yang menggunakan dokumentasi elektronik harus memiliki kebijakan untuk mendukung penggunaannya, termasuk kebijakan untuk mengoreksi apabila terjadi kesalahan dalam dokumentasi atau jika terlambat memasukkan data; mencegah penghapusan informasi; mengidentifikasi perubahan dan *update* catatan; melindungi kerahasiaan informasi klien; menjaga keamanan dari sistem (*password*, perlindungan virus, enkripsi, *firewall*); pelacakan akses tidak sah ke informasi klien; proses untuk mendokumentasikan di instansi menggunakan campuran metode elektronik dan kertas; *back-up* klien informasi; dan sarana dokumentasi dalam hal kegagalan sistem .

Selain hal tersebut di atas rumah sakit harus memiliki kebijakan yang mengatur lama waktu suatu dokumentasi kesehatan *klien* harus disimpan. Dokumen klien yang disimpan di rumah sakit dapat dianggap sebagai catatan primer, sekunder atau sementara. Pedoman penyimpanan dokumen klien antara lain:

- a. Catatan yang berisi referensi darah atau produk darah harus dipertahankan selamanya. Dengan kata lain, catatan tersebut harus disimpan selamanya.
- b. Catatan primer klien misalnya, catatan dokter, catatan keperawatan, konsultasi, resume, dan pemberitahuan kematian disimpan selama 10 tahun.
- c. Sekunder dokumen misalnya hasil pemeriksaan diagnostik, catatan pengobatan disimpan selama enam tahun.
- d. Catatan sementara misalnya laporan diet, bagan grafik disimpan selama satu tahun.

Pedoman yang dapat digunakan oleh perawat dalam menggunakan dokumentasi elektronik adalah sebagai berikut:

- a. Tidak pernah mengungkapkan atau mengizinkan orang lain menggunakan nomor identifikasi pribadi (*password*) dan menginformasikan kepada atasan langsung jika ada kecurigaan bahwa kode identifikasi sedang digunakan oleh orang lain.
- b. Mengubah *password* pada interval yang sering dan teratur (sesuai kebijakan lembaga).
- c. Memilih *password* yang tidak mudah diuraikan dan melakukan *log off* bila tidak menggunakan sistem atau ketika meninggalkan sistem.
- d. Menjaga kerahasiaan semua informasi, termasuk semua salinan cetak dari informasi dan melindungi informasi klien yang ditampilkan pada monitor misalnya dengan penggunaan *screen saver*, mengatur lokasi monitor, dan menggunakan privasi layar.

- e. Menggunakan sistem hanya pada layanan akses yang aman untuk membuka ke informasi klien.
- f. Melakukan akses hanya pada informasi klien yang diperlukan untuk memberikan pelayanan keperawatan pada klien tersebut.
- g. Mengakses informasi klien untuk tujuan selain memberikan asuhan keperawatan merupakan pelanggaran kerahasiaan.

Latihan

Untuk memperdalam pemahaman Anda mengenai materi praktikum di atas, kerjakanlah latihan berikut!

Setelah Anda selesai mempelajari Topik 2, kerjakanlah latihan mandiri di bawah ini! Ada telah mempelajari tentang dokumentasi keperawatan berbasis komputer, coba tanyakan kepada rekan kerja anda tentang kesiapan mereka untuk beralih dari dokumentasi pada kertas beralih kepada komputer. Apa saja yang harus disiapkan? Sarana dan prasarannya bagaimana?

Ringkasan

Setelah Anda mempelajari uraian materi tersebut di atas, akan menjadi lebih sempurna jika Anda membaca rangkuman dari Topik 2 berikut:

1. Dokumentasi asuhan keperawatan melalui komputer yaitu pencatatan yang dilakukan oleh perawat dengan menggunakan perangkat komputer. Perangkat tersebut tentunya sudah disediakan perangkat lunak yang sesuai dengan kebutuhan. Pemasukan data dilakukan setiap saat sehingga perkembangan data pasien dapat terekam secara kontinyu dan komprehensif.
2. *Software* asuhan keperawatan adalah *software* yang mengandung sebuah program dengan menggunakan "*database management*" berisi data-data pengkajian kesehatan seorang pasien yang kemudian data-data tadi akan dikelompokkan dan dianalisa untuk dapat memunculkan diagnosa keperawatan sampai pada intervensi keperawatan.
3. Lembaga yang menggunakan dokumentasi elektronik harus memiliki kebijakan untuk mendukung penggunaannya, termasuk kebijakan untuk mengoreksi, keterlambatan memasukkan data; mencegah penghapusan informasi; mengidentifikasi perubahan dan *update* catatan; melindungi kerahasiaan informasi klien; menjaga keamanan dari sistem; pelacakan akses tidak sah ke informasi klien; proses untuk mendokumentasikan di instansi menggunakan campuran metode elektronik dan kertas; *back-up* klien informasi; dan sarana dokumentasi dalam hal kegagalan sistem serta memiliki kebijakan yang mengatur lama waktu suatu dokumentasi kesehatan klien harus disimpan.

Tes 2

Pilihlah A. jika jawaban 1, 2 benar

B. jika 1, 3 benar

C. jika 2, 3 benar

D. jika 1, 2, 3 benar!

- 1) Informatika keperawatan merupakan integrasi ilmu
 - (1) keperawatan
 - (2) komputer
 - (3) informasi
- 2) Informatika keperawatan memfasilitasi integrasi
 - (1) data
 - (2) informasi
 - (3) pengetahuan
- 3) Sistem dokumentasi berbasis komputer dapat mengurangi tugas perawat dalam hal
 - (1) administratif
 - (2) waktu
 - (3) pemantauan berulang
- 4) Karakteristik dasar komputer
 - (1) cepat
 - (2) dapat diandalkan
 - (3) kemampuan besar
- 5) Dengan sistem dokumentasi keperawatan berbasis komputer, perawat dapat melakukan akses antara lain ke bagian
 - (1) laboratorium
 - (2) fisioterapi
 - (3) ahli gizi

Kunci Jawaban Tes

Tes 1

- 1) D
- 2) A
- 3) A
- 4) A
- 5) A

Tes 2

- 1) D
- 2) D
- 3) B
- 4) D
- 5) D

Daftar Pustaka

- Ali, Z. 2009. *Dasar-dasar Dokumentasi Keperawatan*. Jakarta: EGC.
- American Nurses Association. 2008. *Nursing informatics: Scope and standards of practice*. Silver Springs: American Nurses Association.
- CRNBC. 2007. *Nursing Documentation*. <https://www.crnbc.ca/downloads/151.pdf>
- Camp, N. H. & Iyer, P. W. 2004. *Dokumentasi Keperawatan*. Jakarta: EGC.
- Dawn Gapko, 2005, *Improving Nursing Documentation In a Computer_Based Inpatient Hospital Setting*, dari <http://ojni.org/61/article7.htm>
- Erin Dean. 2010. Nursing Standard. *Australian Nursing Journal*. Edition 6.Vol 25
- Elizabeth A Carlson. 2010. Information Systems for Healthcare Management. *Orthopaedic Journal of Nursing*.
- Erlin Ifadah. 2012. *Penerapan Dokumentasi Keperawatan Elektronik Dalam Praktek Keperawatan*, Jakarta, FIK UI.
- Fisbach T.F., 1991. Documentating care: the communication, the nursing process and documentation standards, F.A, Davis Comp. Philadelphia.
- Gillies, Dee Ann. 1996. Manajemen Keperawatan Suatu Pendekatan Sistem. Edisi 2, alih bahasa oleh Sukmana dkk, untuk kalangan terbatas.
- Gregory, et al., 2008. Documentation in Practice. *Journal of Nursing Management*. Edition 4.
- Hidayat, A. A A, 2001, Pengantar Dokumentasi Proses Keperawatan ; editor, Ester DA.- Jakarta : EGC Volume 17.
- Iqbal, M. 2009. Teknologi Informasi dalam Pelayanan di Ruang Rawat. <http://www.detik.com/read/2009/09/04/175250/1197017/471/teknologi-informasi-dalam-pelayanan-di-ruang-rawat>
- Lee, T. 2005. *Nurses' perceptions of their documentation experiences in a computerized nursing care planning system*. <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer>
- Linda E. Moody, 2004, *Electronic Health Records Documentation in Nursing, Nurses Perceptions, Attitudes, and Preferences*, dari <http://www.medscape.com/viewarticle/494147>.

- Michael F Furukawa, et al (2010). Eletronic Medical Record and Cost Efficiency in Hospital Medical Surgical Unit. *Inquiry Excellus Health Plan*. Volume 47
- Nursalam, 2008. Manajemen Keperawatan: *Aplikasi Dalam Praktik Keperawatan Profesional*. Jakarta. Salemba Medika.
- Nestor J, Rodriguez, Jose A, A *Computer-Based Patient Record for Improving Nursing Care*, dari <http://www.ece.uprm.edu/hci/papers/cpr/pdf>.
- Nursalam. 2009. *Proses dan Dokumentasi Keperawatan Konsep dan Praktik*. Salemba Medika. Jakarta.
- Noel M. Kerr, 2009, *Is it Time to Change Our Perspectives on Nursing Documentation?*, MedSurg Nursing, dari http://findarticles.com/p/articles/mi_m0FSS/is_2_18/ai_n31841085/?tag=content;col1
- Potter. 2005. *Fundamentals Of Nursing: Concepts Process And Practice*. California: Addison Wesley.
- Ramadoni, F, 2008, *Faktor Pendukung dan Penghambat Pendokumentasian Keperawatan Berbasis Komputer pada Rumah Sakit di DKI Jakarta*, Skripsi, Universitas Indonesia, Jakarta.
- Rykkje, L. 2009. Implementing Electronic Patient Record and VIPS in medical hospital wards: *Evaluating change in quantity and quality of nursing documentation by using the audit instrument* Cat-ch-Ing. http://content.ebscohost.com/pdf23_24/pdf/2009/Z06/01Jun09/43375690.pdf?T=P&P=AN&K=2010357929&S=R&D=rzh&EbscoContent=dGJyMMTo50SeqLc4zdnyOLCmr0ieprBSsa64TLeWxWXS&ContentCustomer=dGJyMPGnrkqurrJJuePfgeyx4YHs1%2BaE
- Sitorus, R. 2004. *Konsep proses keperawatan Menggunakan Nanda, NIC dan NOC*. Disampaikan pada seminar keperawatan di RSU Banyumas, Batu raden 11 Desember 2006.
- Tornval, E. & Wilhelmsson, S. 2008. *Nursing Documentation For Communicating And Evaluating Care*. <http://content.ebscohost.com/pdf9/pdf/2008/6PW/15Aug08/33133877.pdf?T=P&P=AN&K=2010006314&S=R&D=rzh&EbscoContent=dGJyMMTo50SeqLc4zdnyOLCmr0ieprFSsq24SrOWxWXS&ContentCustomer=dGJyMPGnrkqurrJJuePfgeyx4YHs1%2BaE>

Tornvall, E. Dkk. 2004. *Electronic Nursing Documentation In Primary Health Care*.
http://content.ebscohost.com/pdf14_16/pdf/2004/BD4/01Sep04/14359340.pdf?T=P&P=AN&K=2005019038&S=R&D=rzh&EbscoContent=dGJyMMTo50SeqLc4zdneyOLCmr0ieprFSs6q4SLaWxWXS&ContentCustomer=dGJyMPGnrkqurrJJuePfgeyx4YHs1%2BaE

Turpin. 2005. Transitioning From Paper to Computerized Documentation. *Gastroenterology Nursing*. Volume 28. <http://journal.lww.com/gastroenterologynursing>.

WHO. (1996). *The Nursing Process and Documentation*.
http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/EUR_ICP_DLVR02_96_1-4.pdf

Yu.P, 2006, *Electronic versus Paper-Based Nursing Documentation Systems: the Caregivers Weigh In*, diunduh tanggal 16 Agustus 2010 dari <http://www.ro.uow.edu.au/infopapers/695>.