

SKRIPSI

**GAMBARAN KELENGKAPAN DOKUMENTASI KEPERAWATAN
DI RUANG RAWAT INAP RUMAH SAKIT UMUM DAERAH OTANAHA
KOTA GORONTALO**

*Diajukan sebagai salah satu syarat menyelesaikan pendidikan di Program Studi
Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan (S.kep)*



DiSusun Oleh

**YULINDA UMAR
R011191069**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS HASANUDDIN MAKASSAR**

2021

HALAMAN PERSETUJUAN

**GAMBARAN KELENGKAPAN DOKUMENTASI KEPERAWATAN
DIRUANG RAWAT INAP RUMAH SAKIT UMUM DAERAH OTANAHA
KOTA GORONTALO**

Oleh:

YULINDA UMAR

R011191069

Disetujui pada seminar proposal

Dosen Pembimbing

Pembimbing I



Prof.Dr.Elly L. Siattar, S.Kp..m.Kes..Sp.KMB

NIP. 19740422 199903 2 002

Pembimbing II



Abdul Majid, S.Kep..Ns..M.Kep..Sp.KMB

NIP. 19800509 200912 1 006

HALAMAN PENGESAHAN SKRIPSI

**GAMBARAN KELENGKAPAN PENDOKUMENTASIAN KEPERAWATAN
DI RUANG RAWAT INAP RUMAH SAKIT UMUM DAERAH OTANAHA
KOTA GORONTALO**

Telah Dipertahankan Di Hadapan Sidang Tim Penguji Akhir Pada

Hari/tanggal : Rabu/ 08 Desember 2021

Jam : 16.00 Wita

Tempat : Via Daring

Disusun Oleh :

YULINDA UMAR

UNIV NIM : R011191069 UDDIN

Dan yang bersangkutan dinyatakan

LULUS

Dosen Pembimbing

Pembimbing I

Pembimbing II

Prof.Dr. Elly L. Sjattar, S.Kp., M.Kes
NIP 19740422 199903 2 002

Abdul Majid, S.Kep., Ns., M.Kep., Sp.Kep. KMB
NIP 19800509 200912 1 006

Mengetahui

Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan
Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin

Dr. Yuliana Syam, S.Kep.,Ns.,M.Si
NIP. 19760618,200212 2 002

PERNYATAAN KEASLIAN SKRIPSI

Yang bertanda tangan di bawah ini

Nama : Yulinda Umar

Nomor Induk Siswa : R011191069

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa skripsi yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambilalihan tulisan atau pemikiran orang lain. Apabila kemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan skripsi ini merupakan hasil karya orang lain, maka saya bersedia mempertanggungjawabkan sekaligus bersedia menerima sanksi yang seberat-beratnya atas perbuatan yang tidak terpuji tersebut.

Demikian pernyataan ini saya buat dalam keadaan sadar dan tanpa paksaan sama sekali.

Makassar, 31 Desember 2021

Yang membuat pernyataan



Yulinda Umar

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan ke hadirat Allah SWT karena atas karunia, perlindungan, rahmat dan penyertaan-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan penelitian ini, dengan judul **“Gambaran Kelengkapan Pendokumentasian Keperawatan Di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Otonoma Kota Gorontalo”**.

Penulisan Skripsi ini sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan untuk memperoleh gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep) pada Fakultas Keperawatan Program Studi Sarjana Keperawatan Universitas Hasanuddin. Dalam penulisan Skripsi ini penulis telah banyak mendapat bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak baik moral maupun material. Untuk itu, pada kesempatan ini dengan penuh kerendahan hati penulis menyampaikan banyak terima kasih yang setinggi-tingginya kepada:

1. Prof. Dr. Dwia Aries Tina Puluhubu, MA., selaku Rektor Universitas Hasanuddin.
2. Dr. Ariyanti Saleh, S.Kep., M.Si selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin.
3. Dr. Yuliana Syam, S.Kep.,Ns.,M.Kes. selaku Ketua Program Studi Sarjana Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin, yang telah memberikan kesempatan untuk mengikuti penyusunan penelitian ini.
4. Prof. Dr. Elly L. Sjattar, S.Kep., M.Kes selaku pembimbing pertama yang penuh kesabaran, dengan tulus meluangkan waktu dan pikiran untuk membimbing peneliti ditengah kesibukan beliau yang sangat padat demi

kesempurnaan penulisan skripsi ini.

5. Abdul Majid, S.Kep., Ns., M.Kep., Sp.Kep. KMB selaku pembimbing kedua yang penuh kesabaran, dengan tulus meluangkan waktu dan pikiran untuk membimbing peneliti ditengah kesibukan beliau yang sangat padat demi kesempurnaan penulisan skripsi ini.
6. Rini Rachmawaty, S.Kep., Ns., MN., Ph.D sebagai penguji pertama dan Andi Baso Tombong, S.Kep.,Ns., M. ANP sebagai penguji kedua yang memberikan masukan-masukan demi menyempurnakan penulisan Skripsi ini.
7. Syahrul Said, S.Kep.,Ns., M.Kes., Ph.D selaku dosen pembimbing akademik yang telah membimbing selama perkuliahan di Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin.
8. Para dosen dan seluruh staf Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin yang telah membantu penulis dalam menyelesaikan pendidikan di Program Studi Ilmu Keperawatan.
9. Dr. Grace Tumewu selaku Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Otonaha Kota Gorontalo
10. KTU, Kepala Pelayanan, Kepala Keperawatan, Kepala Ruang Rekam Medik, Kepala Ruang Ruang Rawat Inap (p1), seluruh perawat Perawatan satu dan seluruh karyawan RSUD Otonaha Kota Gorontalo yang telah membantu dalam proses pengambilan data guna penulisan Skripsi ini.
11. Rekan-rekan Kelas Kerjasama angkatan 2019 dan teman-teman yang telah banyak memberi dukungan dalam penulisan Skripsi ini.

12. Keluarga tercinta khususnya ibu, suami, anak-anakku, adik-adik, yang telah memberikan dorongan baik materi maupun moril bagi penulis selama mengikuti pendidikan dan penulisan Skripsi ini.
13. Semua Pihak yang tidak dapat saya sebutkan satu persatu, yang telah memberi motivasi dan bantuan hingga Skripsi ini dapat diselesaikan.

Semoga allah senantiasa membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Akhirnya dengan segala kerendahan hati penulis menyadari bahwa penulis hanyalah manusia biasa yang tidak luput dari salah dan khilaf dalam penulisan Skripsi ini, karena kesempurnaan hanyalah milik *Allah Subhaanahu wa ta'ala* semata.

Untuk itu penulis mengharapkan masukan dan saran dari semua pihak yang bersifat membangun guna kesempurnaan penulisan Skripsi ini. Semoga penulisan Skripsi ini bermanfaat bagi profesi keperawatan dan pembacanya, *Aamiin Allahumma Aamiin.*

Makassar, November 2021

Penulis

Yulinda Umar

ABSTRAK

Yulinda Umar. R011191069. **Gambaran Kelengkapan Pendokumentasian Keperawatan Di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Otonaha Kota Gorontalo**, dibimbing oleh Prof. Dr.Elly L. Sjattar, S.Kp.,M.Kes dan Abdul Majid,S.Kep.,Ns.,M.Kep., Sp.Kep. KMB.

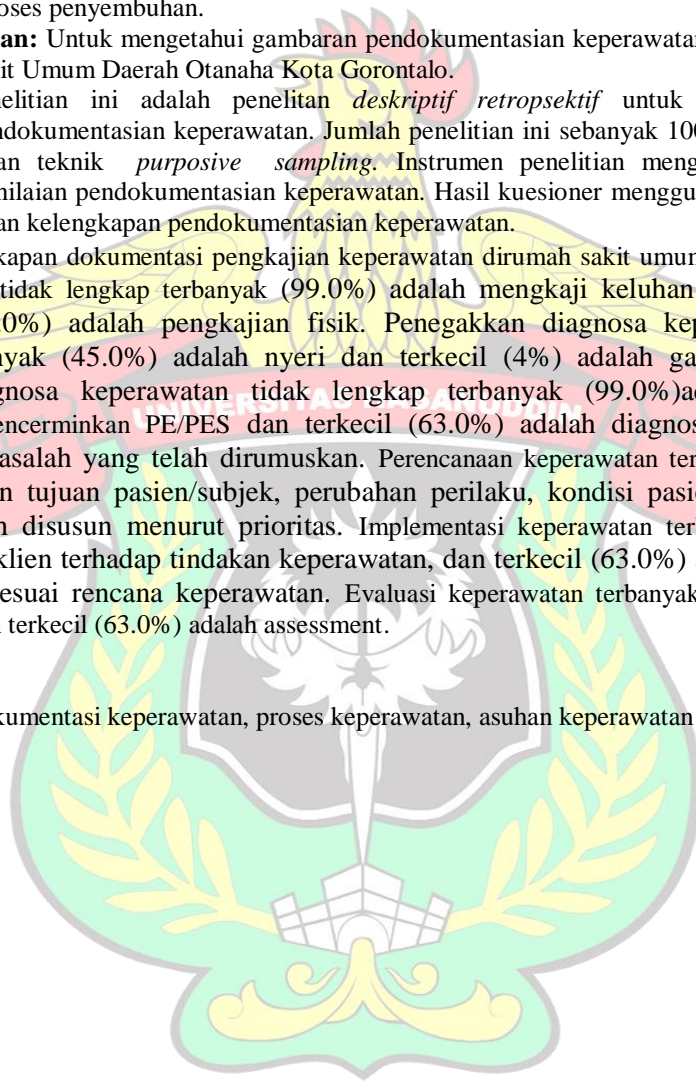
Latar Belakang : Pendokumentasian keperawatan merupakan gambaran proses asuhan keperawatan pasien secara lengkap, akurat dan jelas, dokumentasi keperawatan kurang lengkap berdampak buruk terhadap kondisi kesehatan pasien selama perawatan sehingga menyebabkan terhambatnya proses penyembuhan.

Tujuan Penelitian: Untuk mengetahui gambaran pendokumentasian keperawatan di Ruang rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Otonaha Kota Gorontalo.

Metode : Penelitian ini adalah penelitian *deskriptif retrospektif* untuk mengidentifikasi kelengkapan pendokumentasian keperawatan. Jumlah penelitian ini sebanyak 100 *medical record* dilakukan dengan teknik *purposive sampling*. Instrumen penelitian menggunakan lembar kuesioner 23 penilaian pendokumentasian keperawatan. Hasil kuesioner menggunakan presentase untuk menentukan kelengkapan pendokumentasian keperawatan.

Hasil : Kelengkapan dokumentasi pengkajian keperawatan dirumah sakit umum daerah otanaha dalam kategori tidak lengkap terbanyak (99.0%) adalah mengkaji keluhan menyertai dan terkecil s (87.0%) adalah pengkajian fisik. Penegakkan diagnosa keperawatan oleh perawat terbanyak (45.0%) adalah nyeri dan terkecil (4%) adalah gangguan perfusi jaringan. Diagnosa keperawatan tidak lengkap terbanyak (99.0%) adalah Diagnosa keperawatan mencerminkan PE/PES dan terkecil (63.0%) adalah diagnosa keperawatan berdasarkan masalah yang telah dirumuskan. Perencanaan keperawatan terbanyak (95.0%) adalah rumusan tujuan pasien/subjek, perubahan perilaku, kondisi pasien dan terkecil (66.0%) adalah disusun menurut prioritas. Implementasi keperawatan terbanyak (85.0%) adalah respon klien terhadap tindakan keperawatan, dan terkecil (63.0%) adalah tindakan dilaksanakan sesuai rencana keperawatan. Evaluasi keperawatan terbanyak (98.0%) adalah data objektif dan terkecil (63.0%) adalah assessment.

Kata kunci : Dokumentasi keperawatan, proses keperawatan, asuhan keperawatan



ABSTRACT

Yulinda Umar. R011191069. **Overview of the Completeness of Nursing Documentation in the Inpatient Room of the Otanaha Regional General Hospital, Gorontalo City**, supervised by Prof. Dr.Elly L. Sjattar, S.Kp.,M.Kes and Abdul Majid,S.Kep.,Ns.,M.Kep., Sp.Kep. KMB.

Background: Nursing documentation is a complete, accurate and clear description of the patient's nursing care process, incomplete nursing documentation has a negative impact on the patient's health condition during treatment so that it causes delays in the healing process.

Research Objectives: To find out the description of nursing documentation in the Inpatient Room of the Otanaha Regional General Hospital, Gorontalo City.

Methods: This study is a retrospective descriptive study to identify the completeness of nursing documentation. The number of this study was 100 medical records, conducted by purposive sampling technique. The research instrument used a questionnaire sheet 23 nursing documentation assessments. The results of the questionnaire used percentages to determine the completeness of nursing documentation.

Results: The completeness of the nursing assessment documentation at the Otanaha general hospital in the incomplete category, the most (99.0%) was reviewing accompanying complaints and the smallest (87.0%) was physical assessment. The highest number of nurse diagnoses (45.0%) was pain and the smallest (4%) was tissue perfusion disorders. Most incomplete nursing diagnoses (99.0%) were nursing diagnoses reflecting PE/PES and the smallest (63.0%) were nursing diagnoses based on formulated problems. Most nursing plans (95.0%) were the formulation of patient/subject goals, changes in behavior, patient conditions and the smallest (66.0%) were arranged according to priority. The highest number of nursing implementations (85.0%) was the client's response to nursing actions, and the smallest (63.0%) were actions carried out according to the nursing plan.

Most nursing evaluations (98.0%) are objective data and the smallest (63.0%) are assessment

Keywords: Nursing documentation, nursing process, nursing care

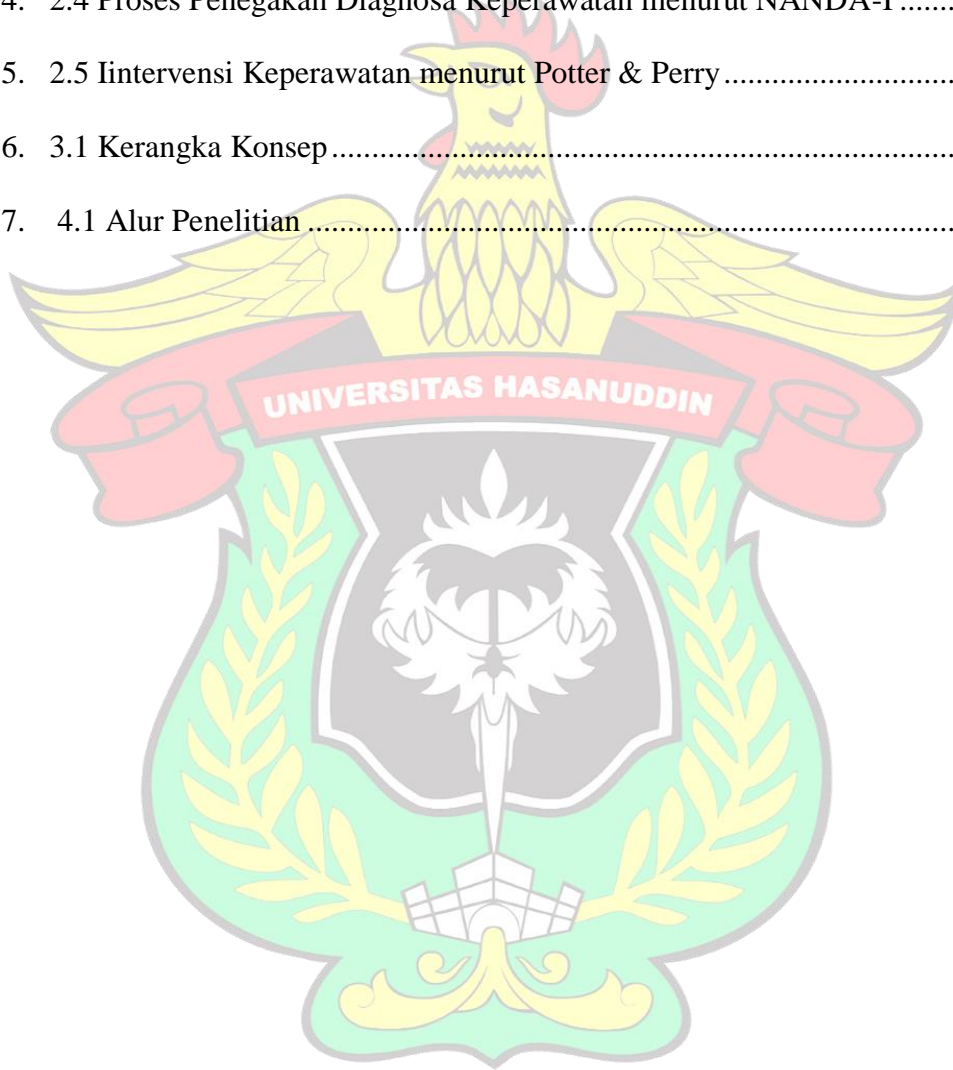
DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PERSETUJUAN.....	ii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iii
PERNYATAAN KEASLIAN SKRIPSI.....	iv
KATA PENGANTAR	v
ABSTRAK.....	viii
DAFTAR ISI.....	x
DAFTAR BAGAN.....	xii
DAFTAR TABEL.....	xiii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiv
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah.....	5
C. Tujuan Penelitian	6
D. Manfaat Penelitian	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	8
A. Keperawatan.....	8
B. Proses Keperawatan	12
C. Asuhan Keperawatan	24
D. Dokumentasi Keperawatan	44
BAB III KERANGKA KONSEP PENELITIAN.....	52
A. Kerangka Konsep Penelitian.....	52

B. Kerangka Konsep	53
BAB IV METODE PENELITIAN	54
A. Rancangan Penelitian	54
B. Waktu dan Tempat Penelitian	54
C. Populasi dan Sampel	55
D. Defenisi Operasional dan Kriteria Objektif	56
E. Instrumen Penelitian.....	57
F. Pengolahan dan Analisa Data.....	58
G. Alur Penelitian	60
H. Etika Penelitian	61
BAB V HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN	62
A. Profil Lokasi Penelitian.....	62
B. Hasil Penelitian	63
C. Pembahasan.....	76
BAB VI PENUTUP	87
A. KESIMPULAN	87
B. SARAN	88
DAFTAR PUSTAKA	89
LAMPIRAN	98

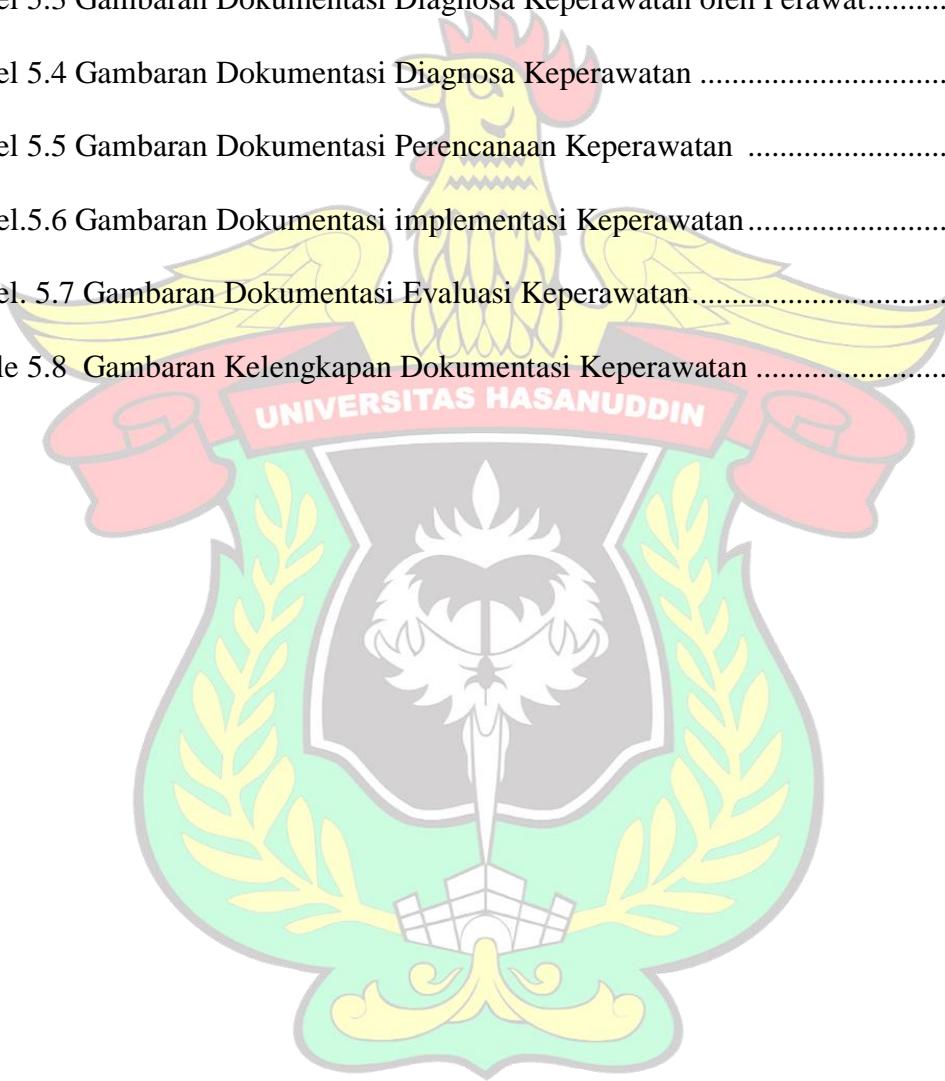
DAFTAR BAGAN

1. 2.1 Kerangka Teori Proses Keperawatan	13
2. 2.2 Diagnosa Keperawatan Menurut NANDA-I.....	35
3. 2.3 Diagnosa Keperawatan Menurut SDKI	37
4. 2.4 Proses Penegakan Diagnosa Keperawatan menurut NANDA-I	40
5. 2.5 Intervensi Keperawatan menurut Potter & Perry	44
6. 3.1 Kerangka Konsep	53
7. 4.1 Alur Penelitian	60



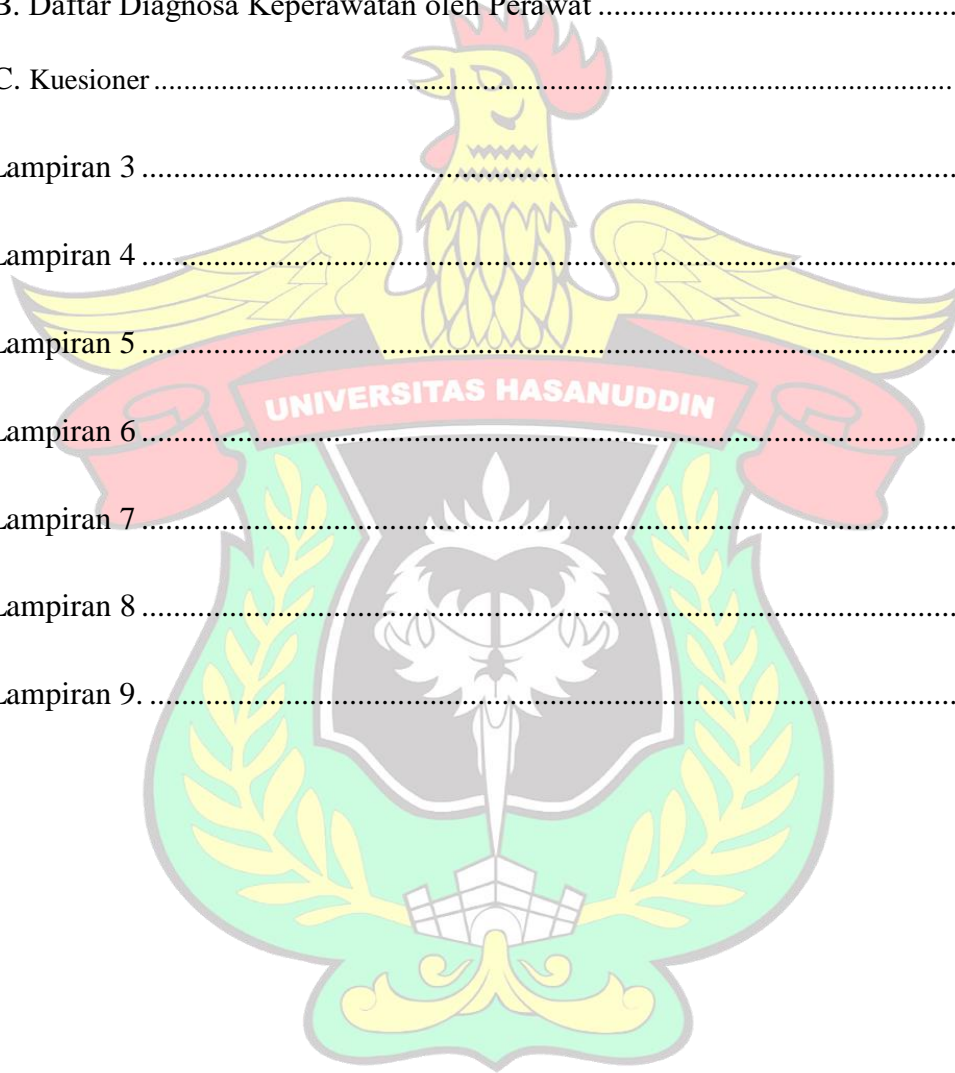
DAFTAR TABEL

Table 4.2 Definisi Operasional	56
Tabel 5.1 Gambaran Dokumentasi Diagnosa Medis	64
Table 5.2 Gambaran Dokumentasi Pengkajian Keperawatan.....	65
Tabel 5.3 Gambaran Dokumentasi Diagnosa Keperawatan oleh Perawat.....	67
Tabel 5.4 Gambaran Dokumentasi Diagnosa Keperawatan	68
Tabel 5.5 Gambaran Dokumentasi Perencanaan Keperawatan	70
Tabel.5.6 Gambaran Dokumentasi implementasi Keperawatan.....	72
Tabel. 5.7 Gambaran Dokumentasi Evaluasi Keperawatan.....	73
Table 5.8 Gambaran Kelengkapan Dokumentasi Keperawatan	75



LAMPIRAN

1. Lampiran 1 Formulir Persetujuan	93
2. Lampiran 2	94
A. Daftar Diagnosa Medis	94
B. Daftar Diagnosa Keperawatan oleh Perawat	94
C. Kuesioner	95
3. Lampiran 3	97
4. Lampiran 4	98
5. Lampiran 5	99
6. Lampiran 6	100
7. Lampiran 7	102
8. Lampiran 8	103
9. Lampiran 9	104



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Dokumentasi keperawatan merupakan catatan resmi perawat yang menggambarkan kegiatan proses asuhan keperawatan terhadap pasien dengan menggunakan media elektronik maupun kertas. Dokumentasi keperawatan secara lengkap dan akurat dapat dipertanggungjawabkan secara hukum, sebagai alat ukur pendokumentasian asuhan keperawatan terhadap keluhan pasien dalam meningkatkan kualitas mutu pelayanan. Banyaknya keluhan dari pasien diruang rawat inap terkait tidak tersedianya obat minum dan obat injeksi, bila dilihat banyaknya jumlah pasien yang dirawat sedangkan jumlah perawat yang bertugas terbatas (dua orang perawat). Dokumentasi keperawatan secara tidak langsung berefek pada kondisi kesehatan pasien saat dalam perawatan sehingga menyebabkan keadaan kesehatan pasien memburuk.

Pendokumentasian keperawatan penting untuk perawat dalam keterampilan berpikir kritis, pengetahuan profesional, pendidikan keperawatan. Dokumentasi keperawatan sebagai sarana komunikasi antar profesi kesehatan dan sebagai bukti telah dilakukan tindakan asuhan keperawatan terhadap pasien (Muinga, 2021). Pentingnya dokumentasi keperawatan dapat meningkatkan respon petugas kesehatan dalam melakukan pengkajian cepat terhadap kondisi kedaruratan pasien, menurunkan angka kematian pasien, mencegah risiko cedera pasien dan

meningkatkan keselamatan pasien dipelayanan kesehatan secara tertulis, lengkap dan informasi yang jelas (Kurniawan, 2019). Kelengkapan pendokumentasian keperawatan sebagai bukti tertulis perawat jika pasien menuntut ketidakpuasan akan pelayanan asuhan keperawatan (Fatmawati, 2019).

Pendokumentasian pengkajian keperawatan dikatakan lengkap apabila pengkajian awal perawat sudah lengkap meliputi data data subjektif dan data objektif, mendokumentasikan pada catatan perkembangan pasien dan berlanjut sampai pasien di rawat inap, terdapat tanda tangan perawat (Juniarti, 2020). Pengkajian dilakukan untuk menentukan diagnosa keperawatan yang akan diberikan pada pasien saat masuk rumah sakit sampai pulang tentunya sesuai dengan standar pelayanan di rumah sakit, dalam melakukan pengkajian perlu kolaborasi antara tenaga kesehatan seperti dokter, perawat, petugas laboratorium, petugas apotik. Pengkajian dilakukan oleh tenaga kesehatan yang sudah berkompeten. Harapan mengenai tugas perawat dinyatakan sebagai kemampuan untuk bekerja dengan staf perawat dan teknisi. Perawat dipandang sebagai profesional yang harus mengawasi dan mengatur untuk meningkatkan layanan (Fernandes *et al.*, 2018)

Pendokumentasian diagnosis keperawatan menggambarkan pengetahuan perawat dalam mengklasifikasi dan menganalisa data yang akurat. Perawat sebagai tenaga medis profesional dalam memberikan pelayanan asuhan keperawatan yang berkualitas dengan acuan PES

(*Problem, Etiology, symptom*). Kelengkapan pendokumentasian keperawatan berguna bagi perawat dalam mengkomunikasikan data dan tujuan asuhan keperawatan terhadap pasien (Fitriani, 2020). Pedoman diagnosa keperawatan menggunakan *North America Nursing Diagnosis Association International* (NANDA-I) (shigemi, 2018).

Pendokumentasian perencanaan keperawatan tentang pengetahuan perawat sebelum memberikan tindakan sesuai prioritas keluhan, dan kondisi kesehatan pasien serta perubahan-perubahannya. Perawat harus berfikir cerdas dan kritis serta memiliki kemampuan dalam memberikan asuhan keperawatan (Juniarti, 2020). Panduan keberhasilan asuhan keperawatan menggunakan *Nursing Outcome Classification* (NOC) dan *Nursing Intervention Classification* (NIC). Untuk pasien Perawatan terkait pemberian obat-obatan, penilaian tanda vital, bimbingan dan pendidikan pasien dan keluarga. Untuk perawat manajemen tim keperawatan secara keseluruhan mengenai penyediaan bahan, peralatan, dan evaluasi perawatan patut diperhatikan, antara lain ketika tindakan penting ini untuk perawatan tidak dilakukan. Oleh karena itu, komitmen tim untuk memberikan asuhan keperawatan yang berkualitas sesuai dengan kebutuhan spesifik setiap pasien secara tepat waktu menjadi penting (Dutra, Salles and Guirardello, 2019).

Menurut (Hovenga, 2020) Pendokumentasian implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan membutuhkan pengetahuan keterampilan tindakan keperawatan, prosedur tindakan dan memberikan

informasi kesehatan pasien. Pendokumentasian Evaluasi keperawatan berupa hasil yang diinginkan terpenuhi, sebagian terpenuhi (stabil, sedikit perubahan) atau kondisi pasien memburuk. Perawat memberikan asuhan keperawatan sesuai standar pendokumentasian keperawatan kepada pasien dengan masalah kesehatan yang dialaminya. Langkah-langkah ini secara berkesinambungan untuk pengambilan keputusan asuhan keperawatan dan menilai tingkat keberhasilan tindakan keperawatan dengan mengidentifikasi aktivitas pasien.

Pendokumentasian keperawatan kurang lengkap dapat menghambat komunikasi asuhan keperawatan, berdampak buruk pada keselamatan pasien dan kualitas pelayanan terhadap proses asuhan keperawatan yang diberikan pada pasien (Ferreira, 2020). Jika dokumentasi yang tidak lengkap ini dibiarkan saja, maka akan menimbulkan dampak buruk bagi pasien maupun perawat itu sendiri. Dampak buruk bagi pasien diantaranya yaitu proses penyembuhan pasien terhambat karena data pasien itu sendiri tidak lengkap, sehingga apabila pasien dikemudian hari masuk rumah sakit lagi susah untuk menggali riwayat pengobatan sebelumnya serta hari rawatan pasien akan semakin lama. Sedangkan dampak buruk bagi perawat yaitu jika terjadi sesuatu terhadap pasien dan sampai tahap hukum jika terdapat status yang tidak lengkap maka dapat berakibat fatal bagi perawat itu sendiri.

Di Indonesia kurangnya kelengkapan pendokumentasian keperawatan masih berupa fenomena seperti penelitian “*Nursing Care Activities Based on Documentation*” di rumah sakit RSUP Dr. Kariadi

Semarang pendokumentasian keperawatan yang kurang lengkap bahwa perawat menegakkan diagnosa tetapi data pengkajian kurang lengkap sehingga mempengaruhi kualitas perawatan sehingga dapat membahayakan keselamatan pasien, dokumentasi keperawatan pasien merupakan tanggungjawab dari profesi (Asmirajanti, 2019). Kelengkapan pendokumentasian keperawatan dilakukan secara berkesinambungan dalam proses asuhan perawatan mulai pengkajian, diagnosa, perencanaan, implementasi, evaluasi, dan dapat dipertanggungjawabkan terhadap pasien (Khan M. N., 2020).

Berdasarkan hasil observasi dan wawancara dengan perawat bahwa kelengkapan pendokumentasian keperawatan di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Otonaha Kota Gorontalo kurang lengkap. Alasan perawat kurang lengkap pendokumentasian keperawatan karena jumlah tenaga yang bertugas tidak sesuai dengan jumlah pasien yang dirawat, serta perawat kurang berfikir secara kritis dalam melakukan asuhan keperawatan terhadap pasien. Pendokumentasian keperawatan di Rumah Sakit Umum Daerah Otonaha Kota Gorontalo menggunakan SBAR dan CPPT. Dokumentasi asuhan keperawatan dimulai saat pasien dirawat sampai dinyatakan pulang atau keluar dari ruang perawatan. Semua kegiatan asuhan keperawatan tercatat pada dokumentasi keperawatan pasien (Rezkiki, 2018).

B. Rumusan Masalah

Ketidaklengkapan pendokumentasian keperawatan di ruang rawat inap Rumah Sakit Umum Daerah Otonaha Kota Gorontalo menimbulkan

permasalahan bagi perawat sebagai pemberi asuhan keperawatan dan pasien sebagai penerima asuhan keperawatan. Maka dari itu penelitian ini sangat penting dikaji untuk melihat “Gambaran kelengkapan pendokumentasian keperawatan di ruang rawat inap Rumah Sakit Umum Daerah Otanaha Kota Gorontalo”

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Mengambarkan kelengkapan seluruh pendokumentasian keperawatan meliputi pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi dan evaluasi keperawatan di ruang rawat inap di Rumah Sakit Umum Daerah Otanaha kota gorontalo

2. Tujuan Khusus

- a. Mengetahui Gambaran dokumentasi keperawatan pasien masuk perawatan ruang rawat inap sampai keluar dari Rumah Sakit Umum Daerah Otanaha Kota Gorontalo
- b. Mengetahui Gambaran Kelengkapan Pendokumentasian Keperawatan Pasien dengan satu diagnosa medis di ruang rawat inap Rumah Sakit Umum Daerah Otanaha Kota Gorontalo

D. Manfaat Penelitian

Secara praktisi hasil penelitian ini bermanfaat untuk :

1. Bagi Rumah Sakit

Meningkatkan pelayanan kesehatan yang Optimal dan mengevaluasi permasalahan dokumentasi keperawatan sehingga dokumentasi

keperawatan sesuai dan tepat .

2. Bagi Perawat

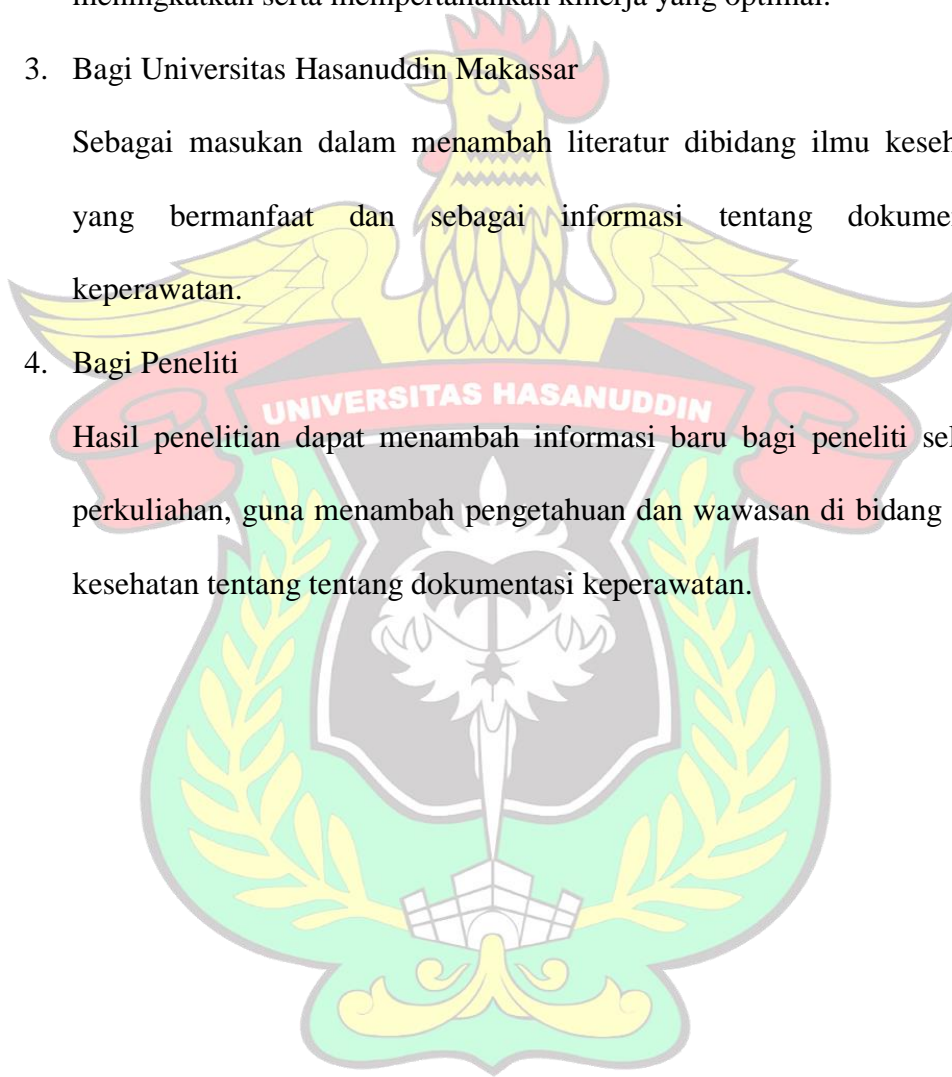
Meningkatkan pengetahuan klinis Perawat saat bekerja dalam kelengkapan pendokumentasian keperawatan sehingga mampu meningkatkan serta mempertahankan kinerja yang optimal.

3. Bagi Universitas Hasanuddin Makassar

Sebagai masukan dalam menambah literatur dibidang ilmu kesehatan yang bermanfaat dan sebagai informasi tentang dokumentasi keperawatan.

4. Bagi Peneliti

Hasil penelitian dapat menambah informasi baru bagi peneliti selama perkuliahan, guna menambah pengetahuan dan wawasan di bidang ilmu kesehatan tentang tentang dokumentasi keperawatan.



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Umum

1. Keperawatan

a. Definisi Perawat

Perawat adalah seseorang yang telah lulus pendidikan tinggi keperawatan baik di dalam maupun di luar negeri, yang diakui oleh Pemerintah sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan (Peraturan Menteri Kesehatan RI, 2019). Sedangkan Nurhaliza, (2015) perawat adalah seseorang yang berperan dalam merawat atau memelihara, membantu dan melindungi seseorang karena sakit. Dalam menjalankan perannya sebagai tenaga kesehatan perawat memiliki sejumlah peran sesuai dengan hak dan kewenangan yang dimiliki hal tersebut tertuang dalam Peraturan Menteri Kesehatan (PMK) nomor 38 tahun 2014 tentang keperawatan yang menyebutkan kegiatan keperawatan terdiri atas kegiatan pemberian asuhan kepada individu, keluarga, kelompok, atau masyarakat, baik dalam keadaan sakit maupun sehat.

b. Tugas Perawat

Kegiatan keperawatan merupakan bagian tidak terpisahkan dari tugas perawat yang terdiri dari beberapa hal menurut Potter and Perry, (2017) sebagai berikut :

1) Pemberi asuhan keperawatan

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

2) Advokat pasien

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

3) koordinator

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

4) Kolaborator

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

5) Motivator

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

6) Konselor

Membantu pasien dalam memilih keputusan terbaik terhadap penyakit yang dideritanya;

7) Pemberi kenyamanan

Memberikan kenyamanan terhadap pasien selama dalam perawatan dan membantu pasien dalam masa penyembuhan khususnya terapi teurapetik (Potter and Perry, 2017).

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

1) Pemberi Asuhan Keperawatan

- a) Melakukan pengkajian keperawatan secara holistic;
- b) Menetapkan diagnosis keperawatan;
- c) Merencanakan tindakan keperawatan;
- d) Melaksanakan tindakan keperawatan mengevaluasi hasil tindakan keperawatan;
- e) Melakukan rujukan;
- f) Memberikan tindakan pada keadaan gawat darurat;
- g) Memberikan konsultasi keperawatan dan berkolaborasi dengan dokter;
- h) Melakukan penyuluhan kesehatan dan konseling;
- i) Melakukan penatalaksanaan pemberian obat kepada klien sesuai dengan resep tenaga medis atau obat bebas dan obat bebas terbatas;

- 2). Penyuluh dan konselor bagi klien;
- 3). Pengelola Pelayanan keperawatan;
- 4). Peneliti keperawatan;
- 5). Pelaksana tugas berdasarkan pelimpahan wewenang dan;
- 6). Pelaksana tugas dalam keadaan keterbatasan tertentu (Peraturan Menteri Kesehatan RI, 2019).

c. Fungsi Perawat

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

1). Independen

Melaksanakan tugas asuhan keperawatan secara mandiri dalam melakukan tindakan keperawatan dalam mengatasi masalah kesehatan pasien seperti kebutuhan fisiologis, keamanan, kenyamanan, pemenuhan kebutuhan harga diri, aktualisasi diri dan rasa ingin di sayang;

2) Dependen

Melaksanakan pelimpahan sebagian tugas asuhan keperawatan atas instruksi dari perawat lain dari ketua tim ke perawat asosiate;

3) Interdependen

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

d. Tanggungjawab perawat

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

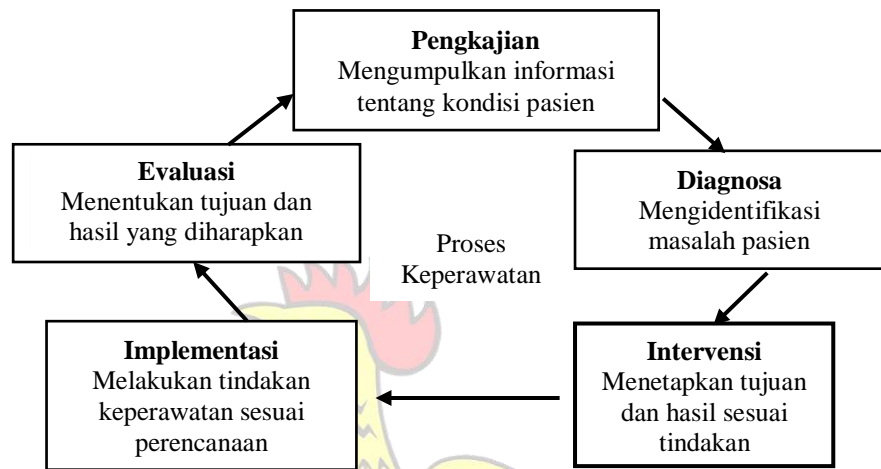
- 1) Tanggungjawab terhadap Tuhan, seluruh kegiatan asuhan keperawatan yang diberikan kepada pasien dapat dipertanggungjawabkan
- 2) Tanggungjawab terhadap pasien dan keluarga, setiap tindakan keperawatan yang dilakukan terhadap pasien dapat dipertanggungjawabkan.
- 3) Tanggungjawab terhadap rekan dan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

2. Proses Keperawatan

a. Definisi

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

Scully, 2012)



Bagan 2.1 Lima proses keperawatan Potter and Perry, (2017)

b. Tujuan

Mengidentifikasi status kesehatan kebutuhan masalah kesehatan klien yang aktual atau potensial, menyusun rencana serta memberikan intervensi keperawatan yang spesifik untuk memenuhi kebutuhan klien (Scully, 2012).

c. Tahap-Tahap

1). Pengkajian

Potter and Perry, (2017) pengkajian adalah pengumpulan data/informasi pasien saat pasien masuk institusi kesehatan, pengkajian secara lengkap dan akurat sesuai kondisi pasien melalui wawancara dan observasi secara langsung dengan melakukan pengkajian fisik, untuk mengidentifikasi masalah kesehatan pasien dan pemenuhan kebutuhannya. Aspek penting pada pengkajian adalah data fisiologis, psikologis, sosial dan pemeriksaan fisik meliputi inspeksi, palpasi, perkusi, auskultasi (Herdman, 2018). Dalam melakukan pengkajian

memerlukan kompetensi sehingga hubungan saling percaya antara perawat dan pasien terbina dengan baik (Silviana and Darmawan, 2017).

Berdasarkan Kozier, (2010) terdapat beberapa hal yang perlu di kaji pada proses pengkajian yang tersusun dalam format pengkajian antara lain :

- a) Format Catatan Masuk
- b) Format Data Dasar
- c) *Flow Sheet*
- d) Format pengkajian

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

- a) Identitas pasien

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

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

- 1) Data subjektif

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

- 2) Data objektif

Diperoleh dari hasil observasi pemeriksaan fisik, hasil laboratorium. Fokus objektif pada status kesehatan, pola koping, fungsi status pasien, terhadap asuhan keperawatan dan terapi

medis, masalah potensial, dan dukungan terhadap klien.

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

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

Jenis pengkajian, (rahmi, 2019). meliputi :

- a) Pengkajian Awal (*Initial Assessment*)

Dokumentasi yang dibuat ketika pasien pertama kali masuk rumah sakit. Data yang dikaji pada pasien berupa data awal yang digunakan sebagai dasar dalam pemberian asuhan keperawatan.

- b) Pengkajian Lanjutan (*Ongoing Assessment*)

Data pada dokumentasi ini merupakan pengembangan dasar yang dilakukan untuk melengkapi pengkajian awal dengan tujuan semua data menjadi lengkap sehingga mendukung informasi tentang permasalahan kesehatan pasien. Hasil pengkajian ini dimasukkan dalam catatan perkembangan terintegrasi pasien atau pada lembar data penunjang.

c) Pengkajian Ulang (*Reassessment*)

Dokumentasi ini merupakan pencatatan terhadap hasil pengkajian yang didapat dari informasi selama evaluasi. Perawat mengevaluasi kemajuan data terhadap pasien yang sudah ditentukan.

Catatan klien harus menjelaskan status klien yang berkelanjutan dan menggambarkan seluruh proses keperawatan (Dinarti and Mulyanti, 2017). Perawat mendokumentasikan keperawatan pada berbagai formulir di semua catatan klinis formulir catatan klinis, (Kozier, 2010). yaitu :

- a) Pengkajian saat masuk;
- b) Di sebut data dasar awal, riwayat keperawatan, pengkajian keperawatan di lengkapi ketika masuk unit pelayanan kesehatan;
- c) Rencana asuhan keperawatan;
- d) Catatan klinis mencakup bukti pengkajian klien terhadap asuhan keperawatan;
- e) Rencana asuhan tradisional;
- f) Ditulis untuk setiap klien formulir memiliki tiga kolom :
diagnosa keperawatan, hasil yang di harapkan, intervensi keperawatan;
- g) Rencana asuhan baku;
- h) Untuk menghemat waktu dokumentasi disusun berdasarkan standar praktik institusi membantu memberikan asuhan keperawatan yang bermutu tinggi;

i) Kardex

Metode pengorganisasian dan pencatatan data klien yang singkat, informasi mudah diakses untuk semua profesi kesehatan dalam bentuk file, agar file mudah ditemukan; Informasi pada kardex misalnya :

(1) Pengkajian saat masuk

Di sebut data dasar awal, riwayat keperawatan, pengkajian keperawatan di lengkapi ketika masuk unit pelayanan kesehatan.

(2) Rencana asuhan keperawatan

Catatan klinis mencakup bukti pengkajian klien, terhadap asuhan keperawatan.

(3) Bagan alir

Memfasilitasi perawat untuk mencatat data keperawatan dengan cepat catatan kondisi klien sepanjang waktu yang mudah di baca.

(4) Catatan grafik

Catatan biasanya mengenai suhu tubuh, frekuensi nadi, frekuensi pernapasan, tekanan darah, berat badan. Data klinis lain : pasca operasi, defekasi, nafsu makan.

(5) Catatan pemberian obat

Bagan yang berisi ruang untuk menuliskan tanggal instruksi pemberian obat, tanggal kadaluarsa, nama dan

dosis obat, frekuensi dan cara pemberian dan tanda tangan perawat yang melakukan tindakan

(6) Catatan perkembangan

Catatan yang di buat oleh perawat memberikan informasi tentang kemajuan klien dalam mencapai hasil asuhan keperawatan yang diharapkan, mencakup: catatan keperawatan naratif, catatan Subjektif, Objektif, *Assessment, Planning (SOAP)* dan *Planning*, Intervensi, Etiologi (PIE), pencatatan berdasarkan penyimpangan, dan pencatatan fokus.

(7) Ringkasan pulang

Catatan pulang dilengkapi ketika klien pulang dan dipindahkan ke instansi lain. Jika klien dipindahkan dalam fasilitas atau dari fasilitas jangka panjang ke rumah sakit laporan harus di bawa serta untuk memastikan kontinuitas asuhan di tempat baru

2).Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan menjelaskan kondisi pasien (status kesehatan atau risiko perubahan pola) dari individu atau kelompok yang dapat diidentifikasi dan dapat memberikan intervensi secara pasti untuk menjaga status kesehatan untuk mencegah masalah kesehatan, diagnosa keperawatan selalu berubah berdasarkan

masalah kesehatan pasien (Carpenito, 2013) dalam Potter and Perry, (2017).

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

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

a) Pengelompokkan data

Mengumpulkan data kondisi kesehatan pasien baik tanda, gejala secara subjektif maupun objektif dengan pemeriksaan fisik dan wawancara secara langsung dengan pasien.

b) Pengelompokkan data

Menganalisa data pasien sesuai dengan dokumentasi keperawatan sesuai karakteristik dari NANDA-I dalam mengatasi masalah kesehatan pasien

c) Menegakkan diagnosa

Memilih diagnosa keperawatan secara tepat dan akurat sesuai masalah kesehatan pasien.

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

P : Masalah berdasarkan NANDA

E : Etiologi atau Faktor Terkait

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

3) Perencanaan

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

Tahap-tahap perencanaan keperawatan berdasarkan (Ackley;Ladwig, (2014)) dalam Potter and Perry, (2017).

a) Menentukan prioritas

Dalam menentukan prioritas masalah pasien dilakukan secara hati-hati untuk memastikan perawatan yang aman tepat waktu dan efektif, dari penegakkan diagnosa keperawatan atau masalah kesehatan pasien sesuai karakteristik NANDA, tujuan dari perencanaan memantau perubahan tanda dan gejala dari masalah pasien dengan memberikan pelayanan asuhan keperawatan yang dibutuhkan pasien dan mengatur asuhan keperawatan secara berkesinambungan.

b) Prioritas dalam praktek

Dalam perencanaan keperawatan melibatkan kerjasama dari tim kesehatan lain yang bertujuan untuk mengatasi masalah kesehatan pasien dengan melihat hasil asuhan keperawatan pada akhir sifit karena kondisi pasien selalu berubah.

c) Peran pasien dalam sasaran/hasil

Dalam menyusun perencanaan selalu melibatkan pasien dan keluarga agar berpartisipasi dalam asuhan keperawatan agar pasien bisa secara mandiri dan hari-hari dalam melaksanakan tindakan keperawatan dalam memenuhi kebutuhan masalah kesehatan pasien.

d) Memilih tujuan dan hasil yang diharapkan

Perencanaan disusun secara realistis berdasarkan kebutuhan, kemampuan dari pasien dengan melihat kondisi/keadaan pasien

yang telah direncanakan. Pentingnya perencanaan untuk memantau masalah kondisi kesehatan dan menilai hasil tindakan keperawatan yang diberikan terhadap pasien.

e) Menulis tujuan dan hasil yang diharapkan

Menetapkan tujuan yang fokus pada masalah kesehatan pasien pada diagnosa keperawatan dengan harapan memberikan hasil yang diinginkan seperti kebutuhan fisiologis, psikologis, social, perkembangan, spiritual.

Pendekatan pada perencanaan berguna untuk menulis tujuan dan pernyataan hasil lebih efektif sesuai SMART, (Ackley;Ladwig, (2014)

4) Implementasi

Implementasi keperawatan merupakan langkah keempat dalam proses keperawatan dari diagnosa keperawatan yang akurat dan tepat sampai tindakan keperawatan, implementasi memberikan pengobatan berdasarkan penilaian klinis dan pengetahuan perawat yang bertujuan memenuhi kebutuhan pasien dalam mengatasi masalah kesehatan pasien, Bulechek *et al.*, (2013) dalam Potter and Perry, (2017).

6).Evaluasi

Evaluasi keperawatan adalah tahap akhir yang berkesinambungan dari proses asuhan keperawatan dengan melibatkan pasien dan tenaga kesehatan, yang secara sistematis

mengobservasi outcome antara hasil akhir dan tujuan sesuai kriteria hasil yang disusun pada tahap perencanaan Potter and Perry, 2017.

a) Dilakukan secara periodik sistematis dan berencana untuk menilai perkembangan pasien setelah tindakan keperawatan, kriteria :

b) Mencakup aspek Kognitif, Afektif, Psikomotor, Perubahan biologis (KAPP) yaitu

- 1) Kognitif (pengetahuan klien tentang penyakit dan tindakan)
- 2) Afektif (sikap) klien terhadap tindakan yang di lakukan
- 3) Psikomottor (tindakan atau perilaku) klien dalam upaya penyembuhan
- 4) Perubahan biologis (tanda-tanda vital, sistem dan imunologi).

c). Keputusan dalam evaluasi sebagai berikut :

- 1) Masalah teratasi
- 2) Masalah tidak teratasi harus di lakukan pengkajian dan perencanaan tindakan ulang
- 3) Masalah teratasi sebagian perlu dimodifikasi dari rencana tindakan
- 4) Timbul masalah

3. Asuhan Keperawatan

Standar Asuhan keperawatan di Indonesia menggunakan 2 referensi yaitu berdasarkan *International Classification of Nursing Practice* (INCP) dan berdasarkan Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI) dalam bentuk 3 S (SDKI-SLKI-SIKI), sebagai berikut:

a.) *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA-I).

1) Definisi

Menurut NANDA-I proses keperawatan merupakan tahapan dasar ilmu keperawatan dalam mengidentifikasi data klinis dalam menentukan diagnosa keperawatan secara akurat, untuk mengkaji, menilai dan merumuskan masalah aktual atau potensial, resiko, atau promosi kesehatan (Herdman, 2018). Proses keperawatan meliputi pengkajian, diagnosis, perencanaan, intervensi dan implementasi. Menurut NANDA-I, standar diagnosis keperawatan adalah *terminology* diagnosis keperawatan dengan menyajikan diagnosis dengan klasifikasi yang disebut dengan *toksonomi*. *Terminology* adalah bahasa yang digunakan dalam ilmu tertentu contoh keperawatan dalam menjelaskan pengetahuan tentang keperawatan yang disusun secara sistematis diagnosa keperawatan yang menjelaskan tentang pengetahuan keperawatan dengan klasifikasi yang membantu perawat merencanakan asuhan keperawatan terhadap tindakan keperawatan (Herdman, 2018).

2) Tahap-tahap proses keperawatan

(a) Pengkajian

Pengkajian adalah penilaian klinis perawat dalam mengidentifikasi masalah kesehatan pasien dan memutuskan asuhan keperawatan yang harus diberikan kepada pasien (Kholifah and Widagdo, 2016). Penilaian klinis yakni mengambil kesimpulan tentang masalah kesehatan pasien dan memutuskan tindakan yang tepat dalam pemenuhan kebutuhan pasien. Pengkajian meliputi kumpulan data subjektif dan objektif seperti tanda-tanda vital, wawancara pasien dan keluarga, pemeriksaan fisik, riwayat pasien (Herdman, 2018). Fokus pengkajian adalah masalah utama pasien, fokus diagnostis, dan proses diagnosis.

(b) Diagnosa keperawatan

Diagnosa adalah penilaian klinis terhadap respon pasien terhadap masalah kesehatannya, perawat merumuskan diagnosa sesuai kondisi kesehatan pasien dengan kategori masalah utama, resiko dan promosi kesehatan (Herdman, 2018). Perawat mengangkat diagnosi keperawatan dengan indikator yaitu batasan karakteristik adalah tanda/gejala yang menggambarkan masalah kesehatan pasien dengan mengelompokkan data sesuai karakteristik diagnosis sebagai

penunjang ketepatan diagnosis keperawatan, karakteristik pengkajian sebagai berikut :

- (1) Faktor yang berhubungan adalah komponen diagnosis yang berfokus pada masalah berhubungan dengan penyebab, keadaan, aktual.
- (2) Faktor resiko adalah pasien dengan masalah kesehatan menjadi rentan kondisi kesehatan karena keadaan yang tidak sehat.
- (3) Populasi beresiko adalah sekelompok pasien yang memiliki kesamaan karakteristik sehingga setiap anggota rentan.
- (4) Kondisi terkait adalah kondisi yang tidak dapat dirubah oleh perawat profesional

Diagnosis keperawatan tergantung data pengkajian yang dikumpulkan dan tercatat dalam rekam medik yang mendukung diagnosis keperawatan (Herdman, 2018). Data pengkajian tidak lengkap mengakibatkan diagnosis tidak akurat dan kualitas asuhan keperawatan diragukan (Kartikasari, Yani dan Azidin, 2020).

kategori diagnosa keperawatan berdasarkan NANDA-I terbagi 4 yaitu:

(1) Aktual

Masalah nyata dengan data klinik yang di temukan dengan syarat *Problem, Etiology, Symptom* (PES) dengan pedoman diagnosa NANDA (*North America Nursing Diagnosis Association International*);

(2) Risiko

Masalah kesehatan yang nyata akan terjadi jika tidak dilakukan intervensi dengan syarat adanya masalah dan etiologi dengan istilah resiko dan resiko tinggi;

(3) Kemungkinan

Perlu adanya data tambahan karena belum adanya masalah dan faktor pendukung dengan syarat adanya unsur respon dan faktor penyebab yang dapat menimbulkan masalah dan;

(4) *Wellness*

Keputusan klinis tentang keadaan individu, keluarga, atau masyarakat dari tingkat tertentu sampai yang lebih tinggi (Herdman, 2017).

(c) Perencanaan

Tindakan setelah diagnosa keperawatan dari penilaian klinis yang tertulis dengan lengkap dan mengarahkan tindakan keperawatan setiap hari terhadap pasien mulai dari hasil tes diagnostik hingga pemeriksaan fisik (Herdman, 2018). Hal ini

terus berlanjut setiap berinteraksi dengan pasien dari pengkajian sampai evaluasi dengan pencatatan data pasien yang lengkap.

Nursing Outcome Classification (NOC) adalah gambaran praktik keperawatan profesional dalam melaksanakan tindakan keperawatan dengan perencanaan secara rinci sesuai pengetahuan keperawatan yang dapat mengatasi masalah-masalah kesehatan pasien, perawat dalam melakukan praktik keperawatan mengetahui tentang *toksonomi* dan label (Herdman, 2018). *Outcome* untuk mengevaluasi pengaruh tindakan keperawatan dalam melaksanakan asuhan keperawatan secara berkesinambungan. *outcome*/hasil pasien merupakan proses pengambilan keputusan klinik perawat sebagai standar dalam mengevaluasi hasil serta mengurangi tanggung jawab dan penilaian dalam keputusan klinis yang sangat penting bagi pasien (Moorheas *et al.*, 2018). Faktor-faktor pemilihan *outcome* sebagai berikut :

(1) Tipe masalah kesehatan

Saat masalah kesehatan menjadi diagnosa keperawatan maka penanggungjawab utama adalah perawat dan wajib melibatkan pasien dalam memilih asuhan keperawatan.

(2) Diagnosis keperawatan atau diagnosis medis

Perawat harus dapat menentukan definisi dari diagnosa keperawatan dengan batasan karakteristik dan faktor yang berhubungan atau faktor resiko, dalam hal ini perawat harus menganalisa tanda/gejala .

(3) Karakteristik pasien

Dalam *outcome* perawat dapat mempertimbangkan faktor yang berhubungan termasuk demografi, psikologis, kognitif, kepercayaan yang berhubungan dengan masalah kesehatan pasien.

(4) Sumber daya yang tersedia

Pasien mempunyai masalah dalam hal finansial yang mempengaruhi kebutuhan hidupnya terutama masalah kesehatan, contoh pembelian obat, makanan, tempat tinggal yang kurang layak dll.

(5) Pilihan pasien

Persepsi pasien tentang pelayanan kesehatan yang tidak sesuai dengan budaya kepercayaannya, seperti diketahui dalam memilih asuhan keperawatan perlu adanya persetujuan dari pasien karena perawat dapat menyusun asuhan keperawatan tetapi tidak dapat memutuskan.

(6) Potensi pengobatan

Dalam melaksanakan tindakan keperawatan perawat professional harus memiliki pengetahuan dan kemampuan dalam menjelaskan kepada pasien sesuai *Nursing Intervention Classification* (NIC) (Bulechek *et al.*, 2013)

Dalam menentukan outcome atau haluan maupun tujuan akhir dari asuhan keperawatan harus memenuhi syarat yaitu *Specific, Measurable, Achievable, Reasonable and Time (SMART)* yang selanjutnya disebut sebagai bagian dari kriteria *Nursing Outcome Criteria* (NOC) sesuai standar pencapaian asuhan keperawatan, dengan kriteria sebagai berikut :

S = *Specific* (tujuan harus spesifik dan tidak menimbulkan arti ganda);

M = *Measurable* (tujuan keperawatan harus dapat diukur, khususnya tentang perilaku klien; dapat dilihat, didengar, diraba, dirasakan dan dibau);

A = *Achievable* (tujuan harus di capai);

R = *Reasonable* (Tujuan harus dapat dipertanggungjawabkan secara ilmiah);

T = *Time* (Tujuan keperawatan tercapai dalam jangka waktu yang ditentukan) (Kozier, 2010).

Skala pengukuran pada *Outcome* menggunakan angka dari angka 1 adalah angka yang kurang diinginkan dan angka 5 adalah angka yang paling diharapkan, sedangkan Nilai indikator menggunakan angka 1 dan 2 tetapi menjelaskan dengan kata-kata seperti sangat terganggu atau sedikit terganggu (Moorheas *et al.*, 2018).

Evaluasi pada *Outcome* untuk menilai manfaat yang di dapatkan pasien setelah tindakan keperawatan, mengidentifikasi tindakan keperawatan yang dilakukan apakah sudah maksimal, dan menilai tindakan keperawatan yang dilakukan apakah sama setiap pasien (Bulechek *et al.*, 2013; Moorheas *et al.*, 2018)

(d) Implementasi

Berbagai tindakan perawatan pasien sesuai penilaian klinis dan pengetahuan perawat dalam mengatasi masalah kesehatannya. Menurut (shigemi, 2018), *Nursing Intervention Classification (NIC)* adalah tindakan berdasarkan bukti ilmiah tindakan perawat di fasilitas kesehatan dengan pengetahuan perawat baik secara mandiri dan kolaborasi.

Komponen implementasi yaitu tujuan, waktu, rencana evaluasi dan biaya. Dalam unit pelayanan termasuk didalamnya yaitu yang terlibat dalam tindakan perawatan terhadap pasien, jumlah pasien dalam intansi kesehatan, sumber data dari

penerimaan asuhan keperawatan, hasil dan evaluasi akhir dari tindakan keperawatan, bagaimana target setiap pasien, bagaimana cara menentukan hasil pada pasien, bagaimana cara mendokumentasikan dalam catatan keperawatan pasien, bagaimana data pasien dalam menentukan diagnosa keperawatan, bagaimana pendokumentasian asuhan keperawatan.

Nursing Intervention Classification (NIC) adalah penanganan berdasarkan penilaian dan pengetahuan tindakan keperawatan dalam menentukan hasil dari tindakan keperawatan terhadap pasien, standar klasifikasi intervensi yang dilakukan perawat bermanfaat untuk perencanaan asuhan keperawatan, dokumentasi, komunikasi antar profesi dan tim kesehatan lain, pengukuran produktifitas, evaluasi kompetensi, penggantian pembiayaan dll (Moorheas *et al.*, 2018). Klasifikasi intervensi terbagi dua yaitu : mandiri dan kolaboratif, NIC meliputi : pengawasan intervensi, monitor contoh monitor tekanan intra kranial, tanda-tanda vital, dll.

Tipe-tipe intervensi perawat yaitu mempunyai pengetahuan dan pengalaman dari praktik klinik, berkompeten sesuai profesi, praktik terapi komplementer (Kusnanto, 2020). NIC dapat digunakan dalam dokumentasi keperawatan secara komputerisasi yaitu dapat di gunakan secara elektronik dengan

memasukkan NIC ke komputer, dan untuk manual tetap dapat dilakukan dengan panduan buku NANDA-I sebagai dasar penyusunan diagnosa berdasarkan taksonomi, sedangkan untuk penentuan kriteria tujuan/outcome berdasarkan NOC kemudahan pada implementasi dan intervensi berdasarkan pada panduan NIC

Tindakan keperawatan berdasarkan penilaian klinis tentang respon manusia terhadap gangguan kesehatan/proses kehidupan terhadap respon dari seorang individu, keluarga, kelompok dan komunitas (shigemi, 2018). Di dasarkan pada NIC (*Nursing Intervention Classification*) yang telah ditetapkan oleh instansi pelayanan setempat. Jenis tindakan terdapat tiga komponen meliputi :

- (1) Diagnosa/observasi
- (2) Edukasi (HE : *Health Education*)
- (3) Tindakan independen, dependen dan interdependen,

kriteria meliputi hal :

- i. Berdasarkan tujuan asuhan keperawatan;
- ii. Merupakan alternative tindakan secara tepat;
- iii. Melibatkan pasien/keluarga;
- iv. Mempertimbangkan latar belakang sosial budaya pasien/keluarga;

- v. Mempertimbangkan kebijaksanaan dan peraturan yang berlaku;
- vi. Menjamin rasa aman dan nyaman bagi pasien;
- vii. Disusun dengan mempertimbangkan lingkungan sumber daya dan fasilitas yang ada;
- viii. Harus berupa kalimat instruksi, ringkas, tegas, dan penulisan menggunakan bahasa yang mudah dimengerti;
- ix. Menggunakan formulir yang baku.

(e) Evaluasi

Evaluasi adalah menidentifikasi capaian hasil dari asuhan keperawatan dalam mengatasi masalah pasien dari pengkajian sampai tindakan keperawatan, hal ini terus berkelanjutan sampai kebutuhan pasien terpenuhi/masalah kesehatan teratasi (Herdman, 2018).

b.) Berdasarkan Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI) dalam bentuk 3 S (SDKI-SLKI-SIKI)

1) Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI).

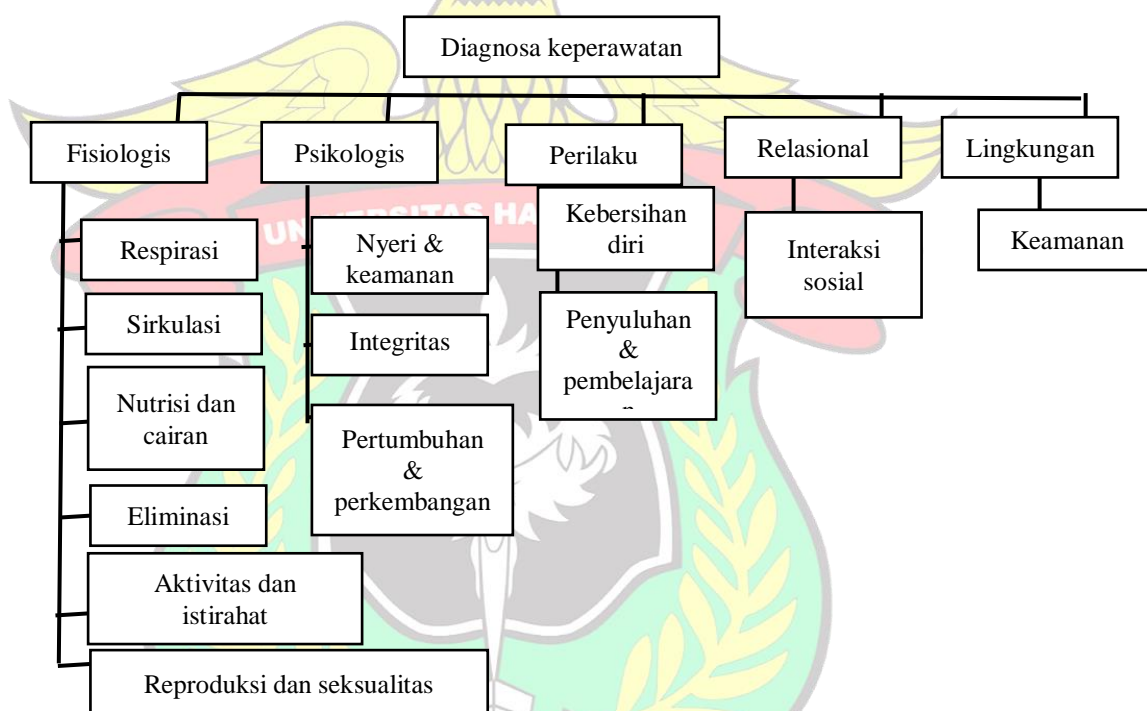
a) Definisi Diagnosa Keperawatan menurut SDKI

Diagnosa Keperawatan menurut SDKI merupakan penilaian klinis tentang respon pasien terhadap masalah kesehatan yang dialaminya baik secara actual mauppun potensial, sedangkan

tujuan diagnosa keperawatan adalah untuk mengidentifikasi respon pasien dan keluarga terkait masalah kesehatannya.

b) Klasifikasi

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



Bagan 2.2 Kategori diagnosa keperawatan (Herdman and Kamitsuru, 2017)

c) Jenis Diagnosa

(1) Diagnosis negatif

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

Diagnosis negatif terbagi dua :

(a) Diagnosis aktual

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

(b) Diagnosis Risiko

Gambaran respon pasien terhadap masalah kesehatannya yang dapat menyebabkan resiko terhadap kesehatannya tidak ditemukan tanda/gejala mayor/minor tetapi memiliki factor resiko terhadap kesehatannya, tidak memiliki penyebab dan tanda/gejala hanya factor resiko.

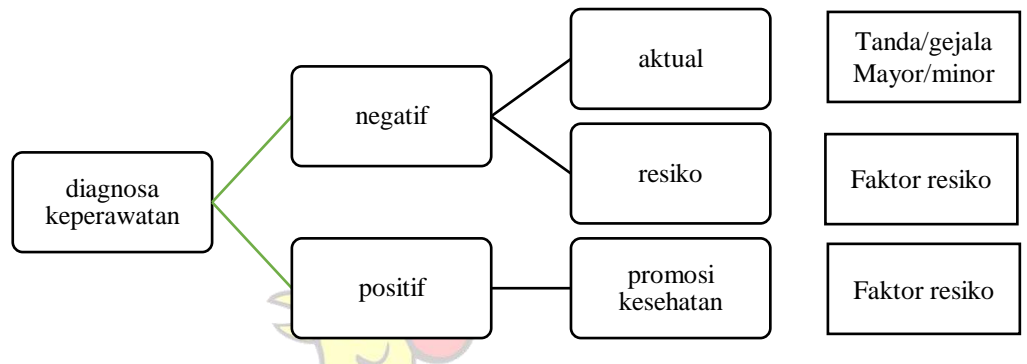
(2) Diagnosis positif

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

(a) Diagnosis Promosi Kesehatan

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

Bagan 2.3 Jenis Diagnosa Keperawatan (Herdman, 2018)
Bagan 2.3 Jenis Diagnosa Keperawatan (Herdman, 2018)



Bagan 2.3 Jenis Diagnosa Keperawatan (Herdman, 2018)

(b) Komponen diagnosis keperawatan

i. Masalah

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

ii. Indikator keperawatan

Penyebab (*Etiology*)

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

iii. Tanda (*Sign*)/gejala (*Symptom*)

Tanda merupakan hasil/bukti nyata (objektif) dari masalah kesehatan yang dialami pasien melalui pemeriksaan fisik, pemeriksaan laboratorium.

Gejala merupakan data subjektif dari hasil pengkajian yang terbagi dua kategori :

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

iv. faktor resiko

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

d) Proses Penegakkan Diagnosa Keperawatan

Pada perawat berpengalaman dapat dilakukan secara bertahap tetapi untuk perawat belum berpengalaman perlu adanya latihan dan kebiasaan agar terbiasa.

Tiga tahap proses penegakkan diagnosa keperawatan :

(1) Analisis Data

Tahapan analisis data sebagai berikut :

i. Bandingkan data dengan Nilai normal

Membandingkan data masalah kesehatan pasien dari pengkajian dengan penilaian normal dengan melihat tanda/gejala yang ada.

ii. Pengelompokkan Data

Tanda/gejala yang dirumuskan menjadi diagnosa keperawatan sesuai dengan masalah kesehatan pasien berdasarkan kebutuhan dasar manusia. Pengelompokkan data dapat dilakukan secara induktif (memilih data yang terkait), secara deduktif (dengan kategori dilanjutkan dengan pengelompokkan data sesuai tahapannya).

(2) Identitas Masalah

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

(3) Perumusan Diagnosa Keperawatan

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

- i. Aktual : masalah berhubungan dengan gejala dibuktikan dengan tanda/gejala yang terdiri atas Problem (P), Etiologi (E), dan *Symtomp*

Masalah berhubungan dengan penyebab dibuktikan dengan tanda/gejala

atau

Masalah b.d penyebab d.d tanda/gejala

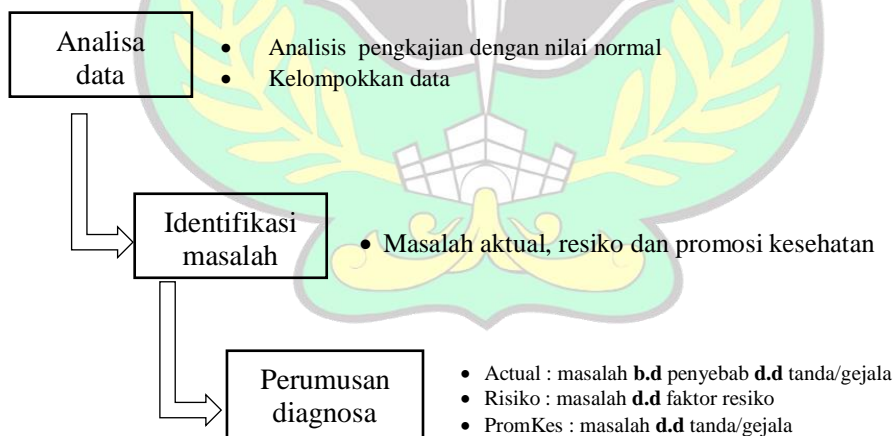
- ii. Resiko : masalah dibuktikan/ditandai dengan Problem (P) dan faktor Resiko (FR) dengan formulasi (P+FR)

Masalah dibuktikan dengan faktor resiko

- iii. Promosi kesehatan : masalah dibuktikan/ditandai dengan gejala dimana Problem (P) dan *Symtomp* (S) (P+S) menjadi dasar perumusan masalah

Masalah dibuktikan dengan tanda/gejala

- iv. Pencatatan dua bagian (*two part*)
Dilakukan pada pasien dengan faktor resiko untuk diagnosis promosi kesehatan, sebagai berikut :



Bagan 2.4 Tahap proses penegakkan diagnosis Ackley, ladwig & Makic (2017) dalam Herdman, (2018)

(4) Tindakan

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

i. Tindakan Observasi

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

ii. Tindakan Terapeutik

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

iii. Tindakan Edukasi

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

iv. Tindakan Kolaborasi

Tindakan kerjasama dengan peawat lain maupun profesi kesehatan lainnya dengan menggabungkan pengetahuan, ketrampilan, dilakukan jika perawat memerlukan penanganan lebih lanjut dengan

menggunakan kata-kata kolaborasi, rujuk, konsultasikan.

(5) Evaluasi

Menurut Potter and Perry, (2017) dalam Tim Pokja SDKI DPP PPNI, (2017), dalam menilai hasil akhir dari pelayanan keperawatan atau implementasi yang telah diberikan ada beberapa hal yang harus dilihat

diantaranya:

i. Karakteristik diagnosis keperawatan

Tanpa diagnosis keperawatan yang jelas diikuti data terkait dengan faktor resiko maupun data obyektif dan subyektif yang jelas diikuti dengan intervensi keperawatan sehingga dapat mengatasi *etiology* (tanda/gejala) yang muncul pada data pengkajian masalah yang tercantum pada saat analisa data dan penegakan diagnosa;

ii. Luaran (*Outcome*) yang diharapkan

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

sebelumnya sebagai luaran bisa diintervensi dan bisa dicapai.

- iii. Kemampuan melaksanakan intervensi keperawatan

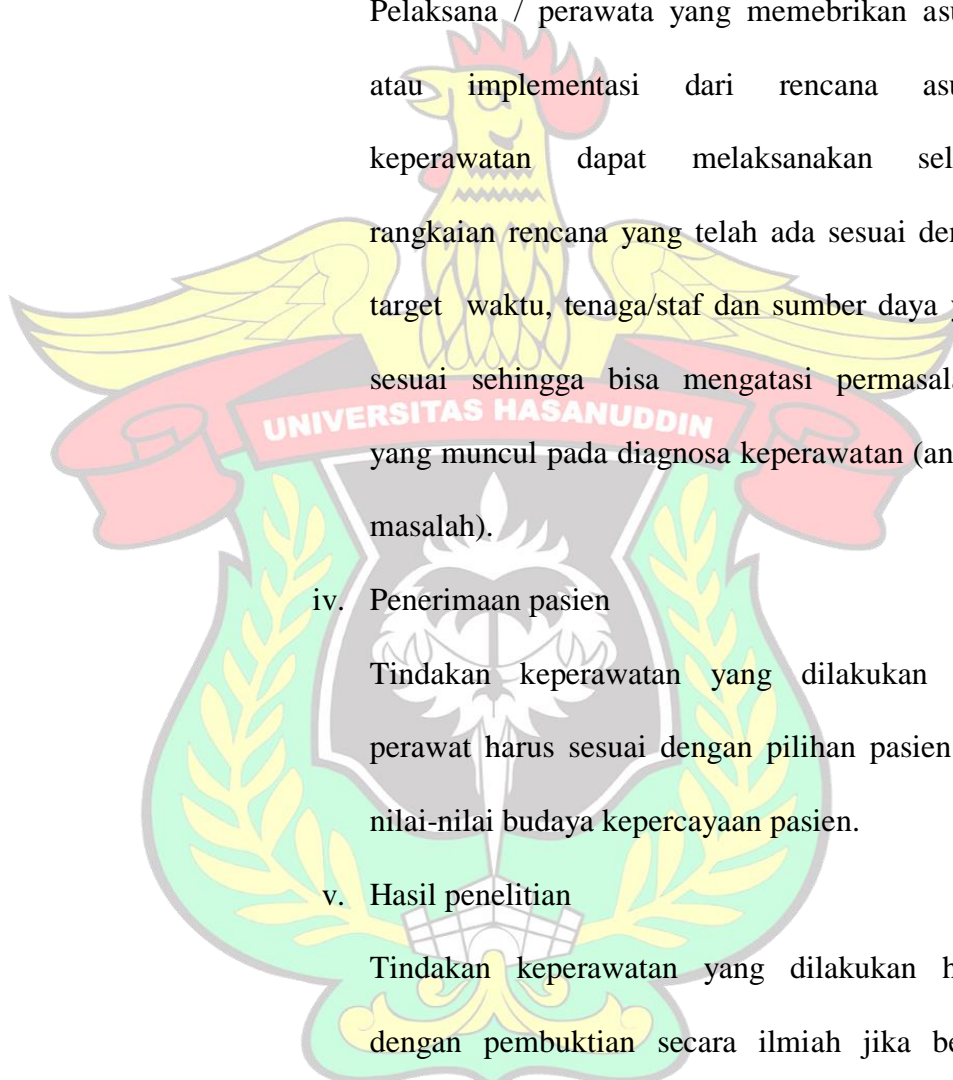
Pelaksana / perawata yang memebrikan asuhan atau implementasi dari rencana asuhan keperawatan dapat melaksanakan seluruh rangkaian rencana yang telah ada sesuai dengan target waktu, tenaga/staf dan sumber daya yang sesuai sehingga bisa mengatasi permasalahan yang muncul pada diagnosa keperawatan (analisa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

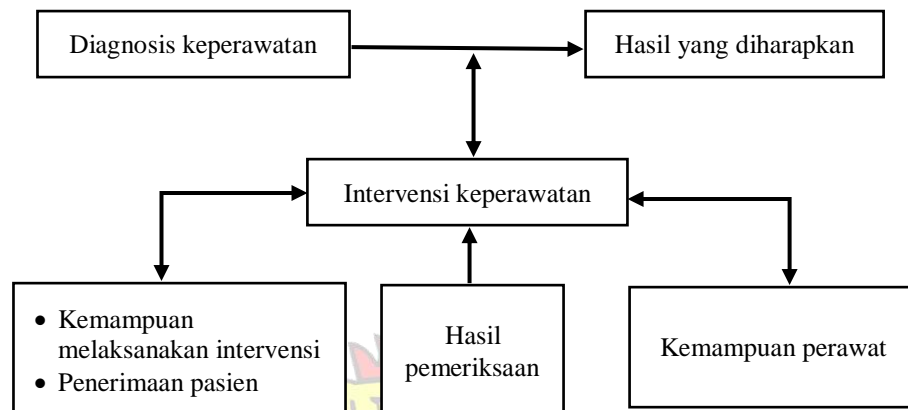
- iv. Penerimaan pasien

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

- v. Hasil penelitian

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





Bagan 2.5 Penentuan intervensi keperawatan Potter and Perry, (2017) dalam Tim Pokja SDKI DPP PPNI, (2017)

B. Tinjauan Khusus Dokumentasi Keperawatan

1. Dokumentasi Keperawatan

a. Definisi

Dokumentasi Keperawatan adalah catatan yang berorientasi pada sumber rekam 44yste yaitu : masalah, intervensi, evaluasi (PIE) problem, intervensi, evaluasi (kozier, 2010). Pendokumentasian adalah komunikasi proses keperawatan dan standar asuhan keperawatan. Efektifitas dan efisiensi dalam mengumpulkan informasi yang relevan akan meningkatkan kualitas pendokumentasian keperawatan (nursalam, 2016).

a. Tujuan

Menurut (nursalam, 2016), Menerapkan sistem dokumentasi keperawatan dengan benar sebagai tuntutan dari profesi perawat yang harus dipertanggungjawabkan dari aspek hukum etik, melakukan timbang terima sebagai kegiatan supervise dalam memberikan asuhan

keperawatan dengan mendokumentasikan pengelolaan secara sistematis, memberikan obat dan *health education*. Melindungi perawat sebagai pemberi asuhan keperawatan dan pasien sebagai penerima asuhan keperawatan. .

b. Model Dokumentasi

a) Model Dokumentasi menurut, (kozier, 2010),

1) Berorientasi pada masalah (POMR/*problem, oriented, medical record*)

Yang disusun berdasarkan masalah klien bukan sumber informasi tetapi masalah aktif dan potensial. Komponen terdiri atas :

(a) Data dasar

Semua informasi yang diketahui ketika klien pertama masuk instittusi pelayanan kesehatan mencakup pengkajian keperawatan, anamnesis dokter, data 45system, keluarga, hasil pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan dasar.

(b)Daftar masalah

Diberi urutan nomor pada catatan perkembangan dan terus diperbarui ketika masalah baru diidentifikasi dan masalah lain teratasi mencakup kebutuhan fisiologis, psikologis, 45system, budaya, spiritual, dan lingkungan klien.

2) Rencana asuhan

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

perkembangan.

3) Catatan perkembangan

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

(a) Subjektif (S)

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

(b) Objektif (O)

Data klien yang dapat diukur atau diobservasi melalui penglihatan misal : tanda-tanda vital

(c) *Assessment* (A)

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

(d) *Planning* (P)

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

4) Pencatatan berfokus

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

(a) Data

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

(b) *Assessmant*

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

a) Respon

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

d. Penunjang Dokumentasi Keperawatan

1) . Pengaturan Standar Pelayanan

Keperawatan di Rumah Sakit Khusus bertujuan untuk meningkatkan mutu pelayanan keperawatan di rumah sakit khusus dan rumah sakit umum, berdasarkan kompetensi dan kewenangan perawat dengan memperhatikan keselamatan, keamanan,

kesehatan, lingkungan hidup, perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi serta pengalaman, perkembangan masa kini dan masa yang akan datang. Meningkatkan mutu pelayanan profesinya dengan mengikuti perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi melalui pendidikan dan pelatihan sesuai bidang tugasnya dan wajib membantu program Pemerintah dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat (KEMENKES, 2014)

(a) Jumlah Tenaga Perawat

Berdasarkan peraturan menteri kesehatan tentang peraturan pelaksanaan undang-undang nomor 38 tahun 2014 tentang keperawatan. Perawat adalah seseorang yang telah lulus pendidikan tinggi keperawatan, baik di dalam maupun di luar negeri yang diakui oleh Pemerintah sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Perencanaan tenaga keperawatan atau *staffing* merupakan fungsi organisasi manajemen yang merupakan dasar atau titik tolak dari kegiatan pelaksanaan kegiatan tertentu dalam usaha mencapai tujuan organisasi. Perencanaan tenaga keperawatan menjadi permasalahan besar diberbagai organisasi rumah sakit (Keperawatan, Rsj and Ratumbusang, 2017).

(b) Pengetahuan Perawat

Pengetahuan adalah mengetahui sesuatu dari hasil panca penginderaan (mata, hidung, telinga, dan lainnya) (Notoatmojo,

2003) dalam (Nursalam, 2011). Ada beberapa 49system yang mempengaruhi pengetahuan seseorang, yaitu :

- (1) *Awareness* (kesadaran), Mengetahui sesuatu setelah di stimulus saat melihat objek
- (2) *Interest* (tertarik), Saat seseorang menunjukkan minat/suka terhadap objek
- (3) *Evaluation* (menimbang-nimbang), Objek bagus atau tidak untuk dirinya
- (4) *Trial* (mencoba), Setelah mencoba hal baru
- (5) *Adapption* (adaptasi), Berperilaku sesuai dengan pengetahuan kesadaran dan sikap terhadap stimulus

(c) Pelatihan

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

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

Dalam melakukan dokumentasi asuhan keperawatan diperlukan suatu sarana/alat yaitu formulir yang digunakan

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

(c) Hal – hal yang mempengaruhi kelengkapan data

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

1) *Man* (Manusia)

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

2) *Material* (Bahan)

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

3) *Mechine* (Perawatan)

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

4) *Method* (Metode)

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

5) *Money* (Dana)

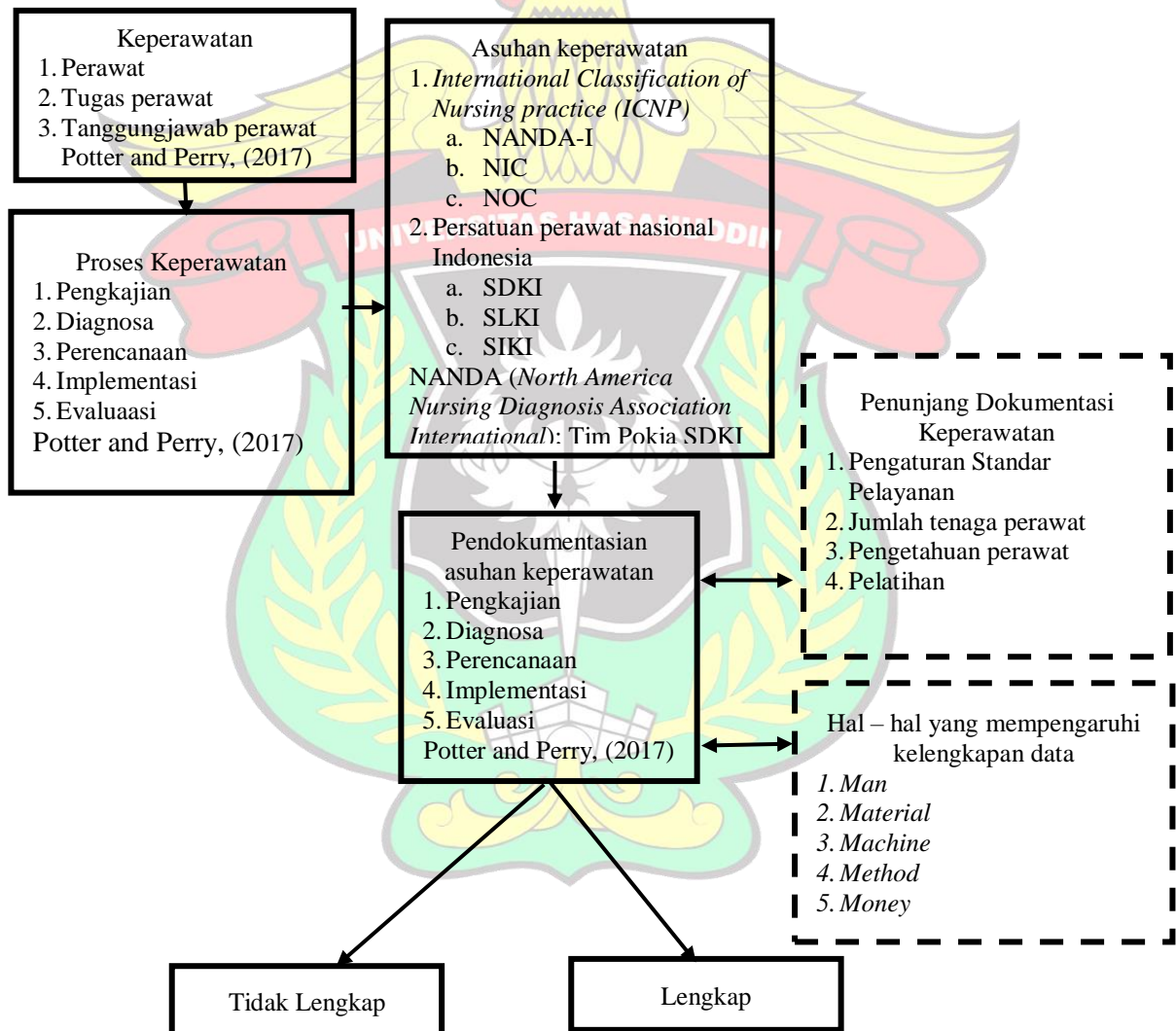
Yang paling berperan untuk mencapai pelaksanaan suatu sistem di rumah sakit agar pelayanan di RS dapat berjalan dengan cepat sesuai kebutuhan seorang pasien.

BAB III

KERANGKA KONSEP PENELITIAN

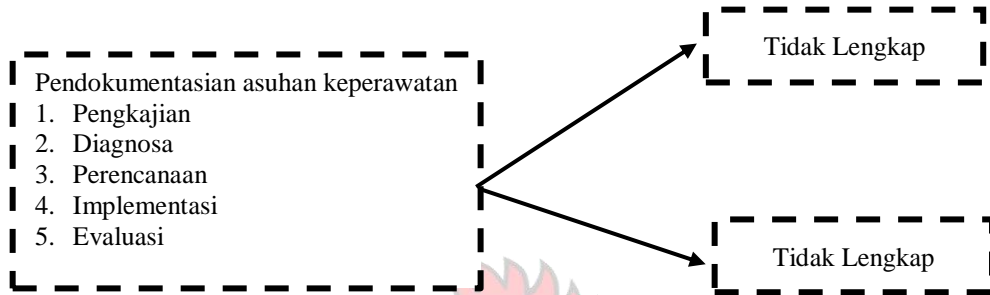
A. Kerangka Teori

Kerangka teori yang disusun dengan baik dapat memberikan informasi yang jelas dan akan mempermudah pemilihan desain penelitian (Sastroasmoro & Ismael, 2016).



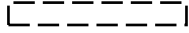
Bagan 3.1 Kerangka Teori

B. Kerangka Konsep

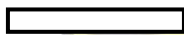


Bagan 3.1 Kerangka konsep

Keterangan



: Variabel tidak diteliti



: Variabel yang diteliti

