

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Proses Keperawatan

1. Sejarah Proses Keperawatan

Proses keperawatan pertama kali diperkenalkan pada tahun 1950-an sebagai proses tiga tahap yaitu pengkajian, perencanaan, dan evaluasi yang berdasarkan pada metode ilmiah yaitu mengobservasi, mengukur, mengumpulkan data, dan menganalisis temuan-temuan tersebut (Doenges, Moorhouse, dan Burley, 1998).

Seiring perkembangan keperawatan, berbagai penemuan dalam dunia keperawatan pun diperkenalkan, salah satunya adalah proses keperawatan. Pada tahun 1955, seorang ahli keperawatan bernama Hall memperkenalkan istilah proses keperawatan. Namun, hal ini baru sekadar istilah dan belum dilaksanakan. Delapan tahun kemudian, Wiedenbach memperkenalkan 3 langkah dalam proses keperawatan, yaitu : observasi, bantuan pertolongan, dan validasi (Deswani, 2011).

Pada tahun 1967, Yura dan Walsh menjabarkan menjadi 4 tahap proses, yaitu pengkajian, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi. Pada tahun 1967, edisi pertama proses keperawatan dipublikasikan. Kemudian sejak edisi

kedua tahun 1973 dipublikasikan tentang proses keperawatan semakin meningkat (Nursalam, 2011).

Pada tahun 1977 Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) mendefinisikan proses keperawatan sebagai istilah pada sistem karakteristik intervensi keperawatan pada kesehatan individu, keluarga dan komunitas. Sejalan dengan pendekatan Organisasi Kesehatan Dunia, di Inggris sepanjang tahun 1980 membicarakan proses keperawatan yang meliputi 4 tahap yaitu pengkajian, perencanaan, implementasi, evaluasi (Basfor & Slevin, 2006).

Pada tahun 1982, National Council of State Boards of Nursing menyempurnakan tahapan dari proses keperawatan menjadi 5 tahap, yaitu : pengkajian, diagnosis, perencanaan, implementasi, dan evaluasi. Lima tahapan inilah yang sampai saat ini digunakan sebagai langkah-langkah proses keperawatan (Deswani, 2011).

2. Pengertian Proses Keperawatan

Proses Keperawatan adalah suatu metode yang sistematis dan terorganisasi dalam pemberian asuhan keperawatan, yang difokuskan pada reaksi dan respons unik individu pada suatu kelompok atau perorangan terhadap gangguan kesehatan yang dialami, baik actual maupun potensial (Deswani, 2011).

Menurut Setiadi (2011), pada dasarnya proses keperawatan adalah suatu metode ilmiah yang sistematis dan terorganisir untuk memberikan asuhan keperawatan kepada klien.

Proses keperawatan menurut Doenges, Moorhouse, dan Burley (1998) adalah proses yang terdiri dari 5 tahap, yaitu pengkajian keperawatan, identifikasi/analisis masalah, perencanaan, implementasi dan evaluasi.

Proses keperawatan adalah satu pendekatan untuk pemecahan masalah yang memungkinkan perawat untuk mengatur dan memberikan asuhan keperawatan (Potter & Perry, 2005).

3. Tujuan Proses Keperawatan

Potter & Perry (2005) menjelaskan tujuan dari proses keperawatan adalah mengidentifikasi kebutuhan perawatan kesehatan klien, menentukan prioritas, memberikan intervensi keperawatan yang dirancang untuk memenuhi kebutuhan klien, dan mengevaluasi keefektifan asuhan keperawatan dalam mencapai hasil dan tujuan klien yang diharapkan.

Muhlisin (2011) menjelaskan bahwa penerapan proses keperawatan dalam pemberian asuhan keperawatan mempunyai beberapa tujuan, yaitu :

- a. Sebagai standar pemberian asuhan keperawatan.
- b. Mempraktekkan metode pemecahan masalah dalam praktek keperawatan.
- c. Memperoleh metode yang baku, sistematis, dan rasional.
- d. Memperoleh metode yang dapat digunakan dalam berbagai macam situasi.
- e. Memperoleh hasil asuhan keperawatan dengan kualitas tinggi.

Sedangkan menurut Christensen dan Kenney (2009) tujuan utama dari proses keperawatan adalah:

- a. Memberikan metode sistematis bagi praktek keperawatan.
- b. Memudahkan pendokumentasian data, diagnosis, rencana, respon klien, dan evaluasi.

- c. Mengevaluasi efektivitas dan efisiensi asuhan.
 - d. Memberikan kemungkinan asuhan yang berkesinambungan dan mengurangi kelalaian.
 - e. Mengindividualisasikan keikutsertaan klien dalam perawatan.
 - f. Meningkatkan kreativitas dan fleksibilitas dalam praktik keperawatan.
4. Fungsi Proses Keperawatan

Proses keperawatan sangat penting karena berfungsi sebagai kerangka pikir untuk menjalankan fungsi dan tanggung jawab keperawatan dalam lingkup yang luas. Proses keperawatan juga berfungsi sebagai alat untuk mengenal masalah pasien, menyusun perencanaan secara sistematis, melaksanakan tindakan dan menilai hasil tindakan (Muhlisin, 2011).

5. Sifat Proses Keperawatan

Setiadi (2012) menjelaskan tentang sifat proses keperawatan, yaitu :

a. Dinamis

Setiap tahap proses keperawatan dapat diperbaharui/dimodifikasi, apabila situasi dan kondisi pasien berubah.

b. Siklik

Proses keperawatan berjalan secara siklik atau berulang dari pengkajian sampai dengan evaluasi, demikian seterusnya apabila diperlukan pengkajian ulang (*re-assessment*), sampai masalah klien teratasi atau klien dapat mandiri memenuhi kebutuhan kesehatan atau keperawatannya.

c. *Interdependent* / saling ketergantungan

Setiap tahap setiap tahap dari proses keperawatan mempunyai relevansi yang sangat erat sehingga kekurangan di salah satu tahap akan mempengaruhi tahap-tahap berikutnya.

d. *Fleksibel* / luwes

Proses keperawatan bersifat luwes, tidak kaku sehingga pendekatan yang digunakan dapat berubah atau dimodifikasi sesuai dengan situasi, keadaan dan kebutuhan klien akan perawatan kesehatan.

Fleksibel dapat juga berarti bisa digunakan untuk pemecahan segala jenis masalah keperawatan, dapat digunakan pada berbagai kondisi dan situasi klien, dapat diterapkan semua siklus kehidupan manusia, dari dalam kandungan sampai dengan meninggal dunia, dapat diterapkan pada berbagai unit keperawatan di rumah sakit maupun untuk keluarga dan masyarakat

6. Langkah-langkah Pada Proses Keperawatan

Langkah-langkah pada proses keperawatan adalah mengumpulkan informasi, menentukan diagnosa keperawatan aktual atau potensial, mengidentifikasi hasil yang dapat diukur dan menggambarkan respon pasien, mengembangkan intervensi individu yang bertujuan mencapai hasil, mengevaluasi kemajuan pencapaian tujuan, menilai rencana keperawatan didasarkan pada penggunaan proses keperawatan (Hudak dan Gallo, 1997).

B. Dokumentasi Keperawatan

1. Pengertian Dokumentasi Keperawatan

Menurut Deswani (2011) dokumentasi adalah sesuatu yang ditulis atau dicetak, kemudian diandalkan sebagai catatan bukti bagi orang yang berwenang, dan merupakan bagian dari praktik profesional.

Dokumentasi keperawatan merupakan informasi tertulis tentang status dan perkembangan kondisi klien serta semua kegiatan asuhan keperawatan yang dilakukan oleh perawat (Fisbach, 1991 dalam Setiadi, 2012).

2. Tujuan Dokumentasi Keperawatan

Menurut Doenges, Moorhouse, dan Burley (1998), tujuan sistem dokumentasi keperawatan adalah untuk memfasilitasi pemberian perawatan pasien yang berkualitas, memastikan dokumentasi kemajuan yang berkenan dengan hasil yang berfokus pada pasien, memfasilitasi konsistensi antardisiplin dan komunikasi tujuan dan kemajuan pengobatan.

Sedangkan menurut Setiadi (2012), tujuan dari dokumentasi keperawatan yaitu :

- a. Sebagai sarana komunikasi : dokumentasi yang dikomunikasikan secara akurat dan lengkap dapat berguna untuk membantu koordinasi asuhan keperawatan yang diberikan oleh tim kesehatan, mencegah informasi yang berulang terhadap pasien atau anggota tim kesehatan atau mencegah tumpang tindih, bahkan sama sekali tidak dilakukan untuk mengurangi kesalahan dan meningkatkan ketelitian dalam memberikan

asuhan keperawatan pada pasien, membantu tim perawat dalam menggunakan waktu sebaik-baiknya.

- b. Sebagai Tanggung Jawab dan Tanggung Gugat : sebagai upaya untuk melindungi klien terhadap kualitas pelayanan keperawatan yang diterima dan perlindungan terhadap keamanan perawat dalam melaksanakan tugasnya maka perawat diharuskan mencatat segala tindakan yang dilakukan terhadap klien.
- c. Sebagai Informasi Statistik : data statistik dari dokumentasi keperawatan dapat membantu merencanakan kebutuhan di masa mendatang, baik SDM, sarana, prasarana dan teknis.
- d. Sebagai Sarana Pendidikan : dokumentasi asuhan keperawatan yang dilaksanakan secara baik dan benar akan membantu para siswa keperawatan maupun siswa kesehatan lainnya dalam proses belajar mengajar untuk mendapatkan pengetahuan dan membandingkannya, baik teori maupun praktik lapangan.
- e. Sebagai Sumber Data Penelitian : informasi yang ditulis dalam dokumentasi dapat digunakan sebagai sumber data penelitian. Hal ini sarat kaitannya dengan yang dilakukan terhadap asuhan keperawatan yang diberikan sehingga melalui penelitian dapat diciptakan satu bentuk pelayanan keperawatan yang aman, efektif dan etis.
- f. Sebagai Jaminan Kualitas Pelayanan Kesehatan : melalui dokumentasi yang dilakukan dengan baik dan benar, diharapkan asuhan keperawatan yang berkualitas dapat dicapai, karena jaminan kualitas merupakan

bagian dari program pengembangan pelayanan kesehatan. Suatu perbaikan tidak dapat diwujudkan tanpa dokumentasi yang kontinu, akurat, dan rutin baik yang dilakukan oleh perawat maupun tenaga kesehatan lainnya.

- g. Sebagai Sumber Data Perencanaan Asuhan Keperawatan Berkelanjutan : dengan dokumentasi akan didapatkan data yang aktual dan konsisten mencakup seluruh kegiatan keperawatan yang dilakukan melalui tahapan kegiatan proses keperawatan.

3. Manfaat Dokumentasi Keperawatan

Dokumentasi asuhan keperawatan merupakan tuntutan profesi yang harus dapat dipertanggungjawabkan, baik dari aspek etik maupun aspek hukum. Artinya dokumentasi asuhan keperawatan yang dapat dipertanggungjawabkan dari kedua aspek ini berkaitan erat dengan aspek manajerial, yang disatu sisi melindungi pasien sebagai penerima pelayanan (konsumen) dan disisi lain melindungi perawat sebagai pemberi jasa pelayanan dan asuhan keperawatan (Hidayat, 2002)

Nursalam (2011) menerangkan bahwa dokumentasi keperawatan mempunyai makna yang penting dilihat dari berbagai aspek seperti aspek hukum, kualitas pelayanan, komunikasi, keuangan, pendidikan, penelitian, dan akreditasi. Penjelasan mengenai aspek-aspek tersebut adalah sebagai berikut :

a. Hukum

Semua catatan informasi tentang klien merupakan dokumentasi resmi dan bernilai hukum. Bila menjadi suatu masalah (*misconduct*) yang berhubungan dengan profesi keperawatan, di mana sebagai pemberi jasa dan klien sebagai pengguna jasa, maka dokumentasi dapat dipergunakan sewaktu-waktu. Dokumentasi tersebut dapat dipergunakan sebagai barang bukti di pengadilan.

b. Kualitas Pelayanan

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

c. 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.

d. Keuangan

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

e. Pendidikan

Dokumentasi mempunyai nilai pendidikan, karena isinya menyangkut kronologis dari kegiatan asuhan keperawatan yang dapat dipergunakan sebagai bahan atau referensi pembelajaran bagi peserta didik atau profesi keperawatan.

f. Penelitian

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

g. Akreditasi

Melalui dokumentasi keperawatan akan dapat dilihat sejauh mana peran dan fungsi perawat dalam memberikan asuhan keperawatan kepada klien. Dengan demikian dapat diambil kesimpulan mengenai tingkat keberhasilan pemberian asuhan keperawatan yang diberikan guna pembinaan dan pengembangan lebih lanjut.

4. Prinsip – prinsip Dokumentasi

Setiadi (2012) menerangkan prinsip pencatatan ditinjau dari teknik pencatatan yaitu :

- a. Menulis nama klien pada setiap halaman catatan perawat.
- b. Mudah dibaca, sebaiknya menggunakan tinta warna biru atau hitam.
- c. Akurat, menulis catatan selalu dimulai dengan menulis tanggal, waktu dan dapat dipercaya secara faktual.
- d. Ringkas, singkatan yang biasa digunakan dan dapat diterima, dapat dipakai.
- e. Pencatatan mencakup keadaan sekarang dan waktu lampau.
- f. Jika terjadi kesalahan pada saat pencatatan, coret satu kali kemudian tulis kata “salah” di atasnya serta paraf dengan jelas. Dilanjutkan dengan informasi yang benar “jangan dihapus”. Validitas pencatatan akan rusak jika ada penghapusan.
- g. Tulis nama jelas pada setiap hal yang telah dilakukan dan bubuhi tanda tangan.
- h. Jika pencatatan bersambung pada halaman baru, tanda tangani dan tulis kembali waktu dan tanggal pada bagian halaman tersebut.
- i. Jelaskan temuan pengkajian fisik dengan cukup terperinci. Hindari penggunaan kata seperti “sedikit” dan “banyak” yang mempunyai tafsiran dan harus dijelaskan agar bisa dimengerti.
- j. Jelaskan apa yang terlihat, terdengar terasa dan tercium pada saat pengkajian.

- k. Jika klien tidak dapat memberikan informasi saat pengkajian awal, coba untuk mendapatkan informasi dari anggota keluarga atau teman dekat yang ada atau kalau tidak ada catat alasannya.

5. Tahapan Dokumentasi Proses Asuhan Keperawatan

Potter & Perry (2005) menjelaskan bahwa ada 5 langkah proses asuhan keperawatan, yaitu :

a. Pengkajian

Langkah pertama dari proses keperawatan yaitu pengkajian, dimulai perawat menerapkan pengetahuan dan pengalaman untuk mengumpulkan data tentang klien. Pengkajian dan pendokumentasian yang lengkap tentang kebutuhan pasien dapat meningkatkan efektivitas asuhan keperawatan yang diberikan, melalui hal-hal berikut:

- (1) Menggambarkan kebutuhan pasien untuk membuat diagnosis keperawatan dan menetapkan prioritas yang akurat sehingga perawat juga dapat menggunakan waktunya dengan lebih efektif.
- (2) Memfasilitasi perencanaan intervensi.
- (3) Menggambarkan kebutuhan keluarga dan menunjukkan dengan tepat faktor-faktor yang akan meningkatkan pemulihan pasien dan memperbaiki perencanaan pulang.
- (4) Memenuhi *obligasi* profesional dengan mendokumentasikan informasi pengkajian yang bersifat penting.

b. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah proses menganalisis data subjektif dan objektif yang telah diperoleh pada tahap pengkajian untuk menegakkan diagnosis keperawatan. Diagnosis keperawatan melibatkan proses berpikir kompleks tentang data yang dikumpulkan dari klien, keluarga, rekam medik, dan pemberi pelayanan kesehatan yang lain.

Adapun tahapannya, yaitu :

- (1) Menganalisis dan menginterpretasi data.
- (2) Mengidentifikasi masalah klien.
- (3) Merumuskan diagnosa keperawatan.
- (4) Mendokumentasikan diagnosa keperawatan.

c. Perencanaan

Perencanaan adalah kategori dari perilaku keperawatan dimana tujuan yang berpusat pada klien dan hasil yang diperkirakan ditetapkan dan intervensi keperawatan dipilih untuk mencapai tujuan tersebut.

Adapun tahapannya, yaitu :

- (1) Mengidentifikasi tujuan klien.
- (2) Menetapkan hasil yang diperkirakan.
- (3) Memilih tindakan keperawatan.
- (4) Mendelegasikan tindakan.
- (5) Menuliskan rencana asuhan keperawatan

d. Implementasi

Implementasi yang merupakan komponen dari proses keperawatan adalah kategori dari perilaku keperawatan dimana tindakan yang diperlukan untuk mencapai tujuan dan hasil yang diperkirakan dari asuhan keperawatan yang dilakukan dan diselesaikan.

Tahapannya yaitu :

- (1) Mengkaji kembali klien/pasien.
- (2) Menelaah dan memodifikasi rencana perawatan yang sudah ada.
- (3) Melakukan tindakan keperawatan.

e. Evaluasi

Langkah evaluasi dari proses keperawatan mengukur respons klien terhadap tindakan keperawatan dan kemajuan klien kearah pencapaian tujuan.

Adapun tahapannya, yaitu :

- (1) Membandingkan respon klien dengan kriteria.
- (2) Menganalisis alasan untuk hasil dan konklusi.
- (3) Memodifikasi rencana asuhan.
- (4) Syarat Dokumentasi Keperawatan

Menurut Hidayat (2007) dalam Fajri (2011), syarat dokumentasi keperawatan adalah :

a. Kesederhanaan

Penggunaan kata-kata yang sederhana, mudah dibaca, mudah dimengerti, dan menghindari istilah yang sulit dipahami.

b. Keakuratan

Data yang diperoleh harus benar-benar akurat berdasarkan informasi yang telah dikumpulkan.

c. Kesabaran

Gunakan kesabaran dalam membuat dokumentasi keperawatan dengan meluangkan waktu untuk memeriksa kebenaran terhadap data pasien yang telah atau sedang diperiksa.

d. Ketepatan

Ketepatan dalam pendokumentasian merupakan syarat yang mutlak.

e. Kelengkapan

Pencatatan terhadap semua pelayanan yang diberikan tanggapan perawat/klien.

f. Kejelasan dan keobjektifan dokumentasi keperawatan memerlukan kejelasan dan keobjektifan dari data-data yang ada bukan merupakan data fiktif dan samar yang dapat menimbulkan kerancuan.

6. Standar Dokumentasi Keperawatan

Standar dokumentasi adalah suatu pernyataan tentang kualitas dan kuantitas dokumentasi yang dipertimbangkan secara adekuat dalam suatu situasi tertentu, sehingga memberikan informasi bahwa adanya suatu ukuran terhadap kualitas dokumentasi keperawatan. Dokumentasi harus mengikuti standar yang ditetapkan untuk mempertahankan akreditasi, untuk mengurangi pertanggungjawaban, dan untuk menyesuaikan kebutuhan pelayanan keperawatan (Potter & Perry, 2005).

Nursalam (2008) menyebutkan Instrumen studi dokumentasi penerapan standar asuhan keperawatan di RS menggunakan Instrumen A dari Depkes (1995) meliputi :

- Standar I : Pengkajian keperawatan
- Standar II : Diagnosa keperawatan
- Standar III : Perencanaan keperawatan
- Standar IV : Implementasi keperawatan
- Standar V : Evaluasi keperawatan
- Standar VI : Catatan asuhan keperawatan

Penjabaran masing-masing standar meliputi :

- a. Standar I : Pengkajian keperawatan
 - (1) Mencatat data yang dikaji sesuai dengan pedoman pengkajian.
 - (2) Data dikelompokkan (bio-psiko-sosial-spiritual).
 - (3) Data dikaji sejak pasien datang sampai pulang.
 - (4) Masalah dirumuskan berdasarkan kesenjangan antara status kesehatan dengan norma dan pola fungsi kehidupan.
- b. Standar II : Diagnosa keperawatan
 - (1) Diagnosa keperawatan berdasarkan masalah yang telah dirumuskan.
 - (2) Diagnosa keperawatan mencerminkan PE/PES.
 - (3) Merumuskan diagnosa keperawatan aktual/potensial.
- c. Standar III : Perencanaan keperawatan
 - (1) Berdasarkan diagnosa keperawatan.

- (2) Rumusan tujuan mengandung komponen pasien/subjek, perubahan perilaku, kondisi pasien dan kriteria waktu.
- (3) Rencana tindakan mengacu pada tujuan dengan kalimat perintah, terinci dan jelas.
- (4) Rencana tindakan menggambarkan keterlibatan pasien/keluarga.

d. Standar IV : Implementasi/Tindakan keperawatan

- (1) Tindakan dilaksanakan mengacu pada rencana keperawatan.
- (2) Perawat mengobservasi respon pasien terhadap tindakan keperawatan.
- (3) Revisi tindakan berdasar evaluasi.
- (4) Semua tindakan yang telah dilaksanakan dicatat dengan ringkas dan jelas.

e. Standar V : Evaluasi keperawatan

- (1) Evaluasi mengacu pada tujuan
- (2) Hasil evaluasi dicatat.

f. Standar VI : Dokumentasi asuhan keperawatan

- (1) Menulis pada format yang baku.
- (2) Pencatatan dilakukan sesuai tindakan yang dilaksanakan.
- (3) Perencanaan ditulis dengan jelas, ringkas, istilah yang baku dan benar.
- (4) Setiap melaksanakan tindakan, perawat mencantumkan paraf/nama jelas, tanggal dilaksanakan tindakan.

(5) Dokumentasi keperawatan tersimpan sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

7. Teknik Pencatatan Dokumentasi Asuhan Keperawatan

Indriono (2011) menerangkan dalam pendokumentasian ada 3 teknik, yaitu : teknik naratif, teknik *flow sheet*, dan teknik *checklist*. Teknik tersebut dapat dijelaskan sebagai berikut :

a. Naratif

Bentuk naratif adalah merupakan pencatatan tradisional dan dapat bertahan paling lama serta merupakan sistem pencatatan yang fleksibel. Karena suatu catatan naratif dibentuk oleh sumber asal dari dokumentasi maka sering dirujuk sebagai dokumentasi berorientasi pada sumber.

Sumber atau asal dokumentasi dapat di peroleh dari siapa saja, atau dari petugas kesehatan yang bertanggung jawab untuk memberikan informasi. Setiap narasumber memberikan hasil observasinya, menggambarkan aktifitas dan evaluasinya yang unik. Cara penulisan ini mengikuti dengan ketat urutan kejadian / kronologisnya.

Keuntungan pendokumentasian catatan naratif :

- (1) Pencatatan secara kronologis memudahkan penafsiran secara berurutan dari kejadian dari asuhan / tindakan yang dilakukan.
- (2) Memberi kebebasan kepada perawat untuk mencatat menurut gaya yang sukainya.

- (3) Format menyederhanakan proses dalam mencatat masalah, kejadian perubahan, intervensi, reaksi pasien dan *outcomes*.

Kelemahan pendokumentasian catatan naratif :

- (1) Cenderung untuk menjadi kumpulan data yang terputus – putus, tumpang tindih dan sebenarnya catatannya kurang berarti.
 - (2) Kadang-kadang sulit mencari informasi tanpa membaca seluruh catatan atau sebagian besar catatan tersebut.
 - (3) Perlu meninjau catatan dari seluruh sumber untuk mengetahui gambaran klinis pasien secara menyeluruh.
 - (4) Dapat membuang banyak waktu karena format yang polos menuntut pertimbangan hati-hati untuk menentukan informasi yang perlu dicatat setiap pasien.
 - (5) Kronologis urutan peristiwa dapat mempersulit interpretasi karena informasi yang bersangkutan mungkin tidak tercatat pada tempat yang sama.
 - (6) Mengikuti perkembangan pasien bisa menyita banyak waktu.
- b. *Flowsheet* (bentuk grafik)

Flowsheet memungkinkan perawat untuk mencatat hasil observasi atau pengukuran yang dilakukan secara berulang yang tidak perlu ditulis secara naratif, termasuk data klinik klien tentang tanda-tanda vital (tekanan darah, nadi, pernafasan, suhu), berta badan, jumlah masukan dan keluaran cairan dalam 24 jam dan pemberian obat.

Flowsheet merupakan cara tercepat dan paling efisien untuk mencatat informasi. Selain itu tenaga kesehatan akan dengan mudah mengetahui keadaan klien hanya dengan melihat grafik yang terdapat pada *flowsheet*. Oleh karena itu *flowsheet* lebih sering digunakan di unit gawat darurat, terutama data fisiologis.

Flowsheet sendiri berisi hasil observasi dan tindakan tertentu. Beragam format mungkin digunakan dalam pencatatan walau demikian daftar masalah, *flowsheet* dan catatan perkembangan adalah syarat minimal untuk dokumentasi pasien yang adekuat/memadai.

c. *Checklist*

Checklist adalah suatu format yang sudah dibuat dengan pertimbangan-pertimbangan dari standar dokumentasi keperawatan sehingga memudahkan perawat untuk mengisi dokumentasi keperawatan, karena hanya tinggal mengisi item yang sesuai dengan keadaan pasien dengan mencentang. Jika harus mengisi angka itupun sangat ringkas pada data *vital sign*.

Keuntungan penggunaan format dokumentasi *checklist* (Yulistiani, Sodikin, Suprihatiningsih, dan Asiandi, 2003) :

(1) Bagi Perawat

(a) Waktu pengkajian efisien.

(b) Lebih banyak waktu dengan klien dalam melakukan tindakan keperawatan sehingga perawatan yang paripurna dan komprehensif dapat direalisasikan.

- (c) Dapat mengantisipasi masalah resiko ataupun potensial yang berhubungan dengan komplikasi yang mungkin timbul.
 - (d) Keilmuan keperawatan dapat dipertanggungjawabkan secara legalitas dan akuntabilitas keperawatan dapat ditegakkan.
- (2) Untuk Klien dan Keluarga
- (a) Biaya perawatan dapat diperkirakan sebelum klien memutuskan untuk rawat inap/rawat jalan.
 - (b) Klien dan keluarga dapat merasakan kepuasan akan makna asuhan keperawatan yang diberikan selama dilakukan tindakan keperawatan.
 - (c) Kemandirian klien dan keluarganya dapat dijalin dalam setiap tindakan keperawatan dengan proses pembelajaran selama asuhan keperawatan diberikan.
 - (d) Perlindungan secara hukum bagi klien dapat dilakukan kapan saja bila terjadi malpraktek selama perawatan berlangsung.

8. Model Pendokumentasian Keperawatan

Ada beberapa model dokumentasi keperawatan yang dapat dipergunakan dalam sistem pelayanan kesehatan atau keperawatan antara lain (Hidayat, 2002) :

a. *Source-Oriented Record* (catatan berorientasi pada sumber)

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 dan perkembangan penyakit, perawat menggunakan catatan perkembangan, begitu pula disiplin ilmu lain mempunyai catatan masing-masing.

b. *Problem-Oriented Record* (catatan orientasi pada masalah)

Model ini memusatkan data tentang klien, data 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.

c. *Progress-Oriented Record* (catatan berorientasi pada perkembangan)

Tiga jenis catatan perkembangan yaitu catatan perawat, lembar alur (*flow sheet*) dan catatan pemulangan atau ringkasan rujukan. Ketiga jenis ini digunakan baik pada sistem dokumentasi yang berorientasi pada sumber maupun berorientasi pada masalah.

d. *Charting-By Exception* (CBE)

Charting By Exception adalah sistem dokumentasi yang hanya mencatat secara naratif dari hasil atau pemantauan yang menyimpang dari keadaan normal atau standar.

e. *Problem Intervention and Evaluation* (PIE)

Sistem pencatatan PIE adalah suatu pendekatan orientasi proses pada dokumentasi dengan penekanan pada proses keperawatan dan diagnosa keperawatan.

f. Fokus (*Proses Oriented System*)

Pencatatan fokus adalah suatu proses orientasi yang berfokus pada klien. Hal ini digunakan pada proses keperawatan untuk mengorganisir dokumentasi asuhan keperawatan. Perubahan yang berdampak terhadap terhadap dokumentasi keperawatan.

9. Prinsip-prinsip Pendokumentasian Keperawatan

Menurut Potter & Perry (2005), petunjuk cara pendokumentasian yang benar yaitu :

- a. Jangan menghapus menggunakan *tipe-x* atau mencatat tulisan yang salah, ketika mencatat yang benar menggunakan garis pada tulisan yang salah, kata salah lalu di paraf kemudian tulis catatan yang benar.
- b. Jangan menulis komentar yang bersifat mengkritik klien maupun tenaga kesehatan lain. Karena bisa menunjukkan perilaku yang tidak profesional atau asuhan keperawatan yang tidak bermutu.
- c. Koreksi semua kesalahan sesegera mungkin karena kesalahan menulis diikuti kesalahan tindakan.
- d. Catatan harus akurat, teliti dan reliabel, pastikan apa yang ditulis adalah fakta, jangan berspekulatif atau menulis perkiraan saja.
- e. Jangan biarkan bagian kosong pada akhir catatan perawat, karena dapat menambahkan informasi yang tidak benar pada bagian yang kosong tadi, untuk itu buat garis horizontal sepanjang area yang kosong dan bubuhkan tanda tangan dibawahnya.

- f. Semua catatan harus dapat dibaca dan ditulis dengan tinta dan menggunakan bahasa yang jelas.
- g. Jika perawat mengatakan sesuatu instruksi, catat bahwa perawat sedang mengklarifikasikan, karena jika perawat melakukan tindakan diluar batas kewenangannya dapat dituntut.
- h. Tulis hanya untuk diri sendiri karena perawat bertanggung jawab dan bertanggung gugat atas informasi yang ditulisnya.
- i. Hindari penggunaan tulisan yang bersifat umum (kurang spesifik), karena informasi yang spesifik tentang kondisi klien atas kasus bisa secara tidak sengaja terhapus jika informasi terlalu umum. Oleh karena itu tulisan harus lengkap, singkat, padat dan obyektif.
- j. Pastikan urutan kejadian dicatat dengan benar dan ditandatangani setiap selesai menulis dokumentasi. Dengan demikian dokumentasi keperawatan harus obyektif, komprehensif, akurat dan menggambarkan keadaan klien serta apa yang terjadi pada dirinya.
- k. Agar mudah dibaca, sebaiknya menggunakan tinta warna biru atau hitam.

C. Mutu Pelayanan Keperawatan

Mutu merupakan keseluruhan karakteristik barang atau jasa yang menunjukkan kemampuannya dalam memuaskan kebutuhan konsumen, baik berupa kebutuhan yang dinyatakan maupun kebutuhan tersirat (Efendi dan Makhfudli, 2009).

Menurut Azwar (1996) mutu pelayanan adalah tingkat kesempurnaan pelayanan yang dapat memberikan kepuasan pasien. Sesuai tingkat kepuasan rata-rata serta menyelenggarakan dengan standar dan kode etik yang ditetapkan tujuan akhir akreditasi rumah sakit adalah meningkatnya mutu pelayanan yang berorientasi pada kepuasan pelanggan atau pasien.

Arikunto (2002) perawat adalah salah satu unsur vital dalam rumah sakit, perawat, dokter, dan pasien merupakan satu kesatuan yang paling membutuhkan dan tidak dapat dipisahkan. Tanpa perawat tugas dokter akan semakin berat dalam menangani pasien. Tanpa perawat, kesejahteraan pasien juga terabaikan karena perawat adalah penjalih kontak pertama dan terlama dengan pasien mengingat pelayanan keperawatan berlangsung terus menerus selama 24 jam sehari.

Keperawatan adalah suatu bentuk pelayanan dibidang kesehatan yang didasari ilmu dan kiat keperawatan yang ditujukan kepada individu, keluarga, masyarakat baik yang sakit maupun yang sehat sejak lahir sampai meninggal. Kegiatan pelayanan meliputi upaya peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pemulihan serta pemeliharaan kesehatan sesuai dengan wewenang, tanggung jawab serta etika profesi keperawatan (Setianingsih, 2003).

Nursalam (2008) menjelaskan bahwa keperawatan adalah bentuk pelayanan profesional berupa pemenuhan kebutuhan dasar yang diberikan kepada individu yang sehat maupun sakit yang mengalami gangguan fisik, psikis, dan sosial agar dapat mencapai derajat kesehatan yang optimal. Bentuk pemenuhan kebutuhan dasar dapat berupa meningkatkan kemampuan

yang ada pada individu, mencegah, memperbaiki, dan melakukan rehabilitasi dari suatu keadaan yang dipersepsikan sakit oleh individu.

Mutu pelayanan keperawatan yang merupakan hasil kegiatan asuhan keperawatan adalah terjaminnya penerapan standar asuhan keperawatan yang dilakukan oleh perawat berdasarkan pendekatan proses keperawatan, yang meliputi pengkajian data, diagnosa keperawatan, rencana keperawatan, tindakan dan evaluasi (Hutomo, 2009).

Efendi & Makhfudli (2009) layanan keperawatan yang bermutu adalah layanan keperawatan yang senantiasa berupaya memenuhi harapan klien sehingga klien akan selalu puas terhadap pelayanan yang diberikan perawat. Pendekatan jaminan mutu layanan keperawatan mengutamakan keluaran (*outcome*) layanan keperawatan atau apa yang akan dihasilkan dan diakibatkan oleh layanan keperawatan. Hasil layanan keperawatan yang bermutu hanya mungkin dihasilkan oleh pekerjaan yang benar. Dengan demikian, klien akan selalu berada dalam lingkungan organisasi layanan keperawatan dengan mutu yang terbaik. Tidak mengherankan bahwa organisasi layanan keperawatan yang selalu memperhatikan mutu akan dengan mudah mendapatkan akreditasi serta memperoleh kepercayaan dari organisasi lain sejenisnya.

Mubarak dan Chayatin (2009) menjelaskan indikator mutu pelayanan sebagai berikut :

- o Struktur meliputi perawat, fasilitas, saran, dan lain-lain.

- Proses meliputi pendekatan keperawatan, kegiatan keperawatan, keselamatan pasien, teknologi, standar, dan kebijakan.
- Hasil meliputi pelayanan keperawatan anak, dewasa, ibu, jiwa, komunitas, dan gawat darurat.

Dimensi kualitas jasa terdiri dari lima aspek komponen mutu. Kelima komponen mutu pelayanan dikenal dengan nama *ServQual*, kelima dimensi mutu tersebut meliputi (Muninjaya, 2011) :

- a. *Responsiveness* (cepat tanggap) : dimensi ini dimasukkan ke dalam kemampuan petugas kesehatan menolong pelanggan dan kesiapannya melayani sesuai prosedur dan bisa memenuhi harapan pelanggan. Dimensi ini merupakan penilaian mutu pelayanan yang paling dinamis. Harapan pelanggan terhadap kecepatan pelayanan cenderung meningkat dari waktu ke waktu sejalan dengan kemajuan teknologi dan informasi kesehatan yang dimiliki oleh pelanggan.
- b. *Reliability* : kemampuan untuk memberikan pelayanan kesehatan dengan tepat waktu dan akurat sesuai dengan yang ditawarkan.
- c. *Assurance* : kriteria ini berhubungan dengan pengetahuan, kesopanan, dan sifat petugas yang dapat dipercaya oleh pelanggan. Pemenuhan terhadap kriteria pelayanan ini akan mengakibatkan pengguna jasa merasa terbebas dari risiko.
- d. *Empathy* : kriteria ini terkait dengan rasa kepedulian dan perhatian khusus petugas kepada setiap pengguna jasa, memahami kebutuhan mereka dan

memberikan kemudahan untuk dihubungi setiap saat jika para pengguna jasa ingin memperoleh bantuannya.

- e. *Tangible* : mutu jasa pelayanan kesehatan juga dapat dirasakan secara langsung oleh para penggunanya dengan menyediakan fasilitas fisik dan perlengkapan yang memadai.

Faktor yang mempengaruhi kualitas pelayanan keperawatan (Ningtyas, 2012):

1. Komunikasi, yaitu tata cara informasi yang diberikan pihak penyedia jasa dan keluhan dari pasien. Bagaimana keluhan-keluhan dari pasien dengan cepat diterima oleh penyedia jasa terutama perawat dalam memberikan bantuan terhadap keluhan pasien.
2. Meningkatnya biaya pelayanan kesehatan, sehingga dapat mempengaruhi kualitas pelayanan. Yang dimaksud mempengaruhi kualitas pelayanan adalah dengan adanya biaya, maka fasilitas pelayanan kesehatan dapat lebih lengkap seperti peralatan medis dan ruang pelayanan.
3. Menyadarkan bahwa masyarakat berhak mendapatkan kualitas pelayanan kesehatan dengan baik tanpa memandang strata sosial.
4. Semakin meningkatnya standar pelayanan kesehatan. Dunia kesehatan semakin hari semakin meningkat, tidak dipungkiri pelayanan kesehatan pun harus dituntut untuk lebih memberikan pelayanan yang semakin bermutu.
5. Pelayanan keperawatan adalah kebutuhan konsumen. Misalnya : pasien datang ke rumah sakit atau pelayanan kesehatan mereka datang sebagai konsumen maka kita harus melayani mereka dengan baik.

6. Keperawatan sebagai profesi. Suatu profesi memiliki cabang pengetahuan yang termasuk keterampilan, kemampuan, dan norma-norma. Profesi sebagai keseluruhan memiliki kode etik dalam praktiknya. Profesi harus mampu menciptakan perawat profesional yang berpendidikan.
7. Adanya standar praktik. Untuk menilai kualitas pelayanan keperawatan diperlukan standar praktik keperawatan yang merupakan pedoman bagi perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan yang diwujudkan dalam bentuk proses keperawatan baik dari pengkajian sampai evaluasi serta pendokumentasian asuhan keperawatan.
8. Asuhan keperawatan dengan pendokumentasian yang benar. Supaya pelayanan keperawatan berkualitas maka perawat diharapkan bisa menerapkan asuhan keperawatan dengan pendokumentasian yang benar.

D. Hubungan Dokumentasi dengan Mutu Pelayanan Keperawatan.

Dalam melaksanakan praktik keperawatan, seorang perawat harus mengambil suatu keputusan dalam upaya pelayanan keperawatan klien. Keputusan yang diambil berdasarkan pertimbangan dan kemampuan penalaran ilmiah dan penalaran etika, hal yang baik bagi pelayanan keperawatan (Suhaemi, 2004).

Dokumentasi dalam pelayanan keperawatan adalah bagian dari kegiatan yang dikerjakan oleh perawat setelah memberi asuhan keperawatan kepada klien. Dokumentasi keperawatan mempunyai porsi yang besar dari catatan

klinis klien yang menginformasikan faktor tertentu atau situasi yang terjadi selama asuhan dilaksanakan (Setiadi, 2012).

Bidang pelayanan keperawatan tiap agen pelayanan kesehatan memilih metode yang digunakan untuk perawatan klien. Metode ini akan merefleksikan filsafat pelayanan keperawatan dan memasukkan standar keperawatan dan praktek untuk departemen. Perawatan yang profesional direfleksikan oleh pencatatan yang profesional, yang membuktikan apa yang perawat lakukan dan mengkomunikasikan status klien dan kemajuannya secara efektif. Karena proses keperawatan membentuk pendekatan keperawatan dan petunjuk keperawatan, dokumentasi yang baik merefleksikan proses keperawatan (Muhlisin, 2011).

Catatan yang lengkap dan akurat mengenai data kesehatan klien akan memudahkan perawat dan profesi lain dalam membantu mengatasi masalah kesehatan klien. Selain itu, melalui dokumentasi yang jelas dan akurat, perawat memantau efektivitas pelaksanaan asuhan keperawatan serta mengidentifikasi kemungkinan munculnya masalah kesehatan lain. Semua ini dapat meningkatkan kualitas asuhan keperawatan kepada klien. Dengan demikian, dokumentasi keperawatan dapat dijadikan bukti jaminan kualitas asuhan keperawatan untuk klien (Asmadi, 2008).

Kualitas dokumentasi dan pelaporan diperlukan untuk meningkatkan efektifitas dan efisiensi pelayanan keperawatan. Jika perawat gagal dalam membuat dokumentasi dan pelaporan dengan serius, maka akan timbul banyak masalah. Oleh karena itu, dokumentasi dan laporan harus berdasarkan

fakta, akurat/tepat, lengkap, baru terjadi, terorganisasi, dan rahasia (Muhlisin, 2011).

Melalui dokumentasi yang dilakukan dengan baik dan benar, diharapkan asuhan keperawatan yang berkualitas dapat dicapai, karena jaminan kualitas merupakan bagian dari program pengembangan pelayanan kesehatan. Suatu perbaikan tidak dapat diwujudkan tanpa dokumentasi yang kontinu, akurat, dan rutin baik yang dilakukan oleh perawat maupun tenaga kesehatan lainnya. Audit jaminan kualitas membantu untuk menetapkan suatu akreditasi pelayanan keperawatan dalam mencapai standar yang telah ditetapkan (Setiadi, 2012).

Manfaat dari dokumentasi yaitu sebagai sarana pelayanan keperawatan secara individual. Tujuan ini merupakan integrasi dari berbagai aspek klien tentang kebutuhan terhadap pelayanan keperawatan yang meliputi bio, psiko, sosio, dan spiritual sehingga individu dapat merasakan manfaat dari pelayanan keperawatan. Dokumentasi juga berguna untuk memantau kualitas layanan keperawatan yang telah diberikan sehubungan dengan kompetensi dalam melaksanakan asuhan keperawatan (Hidayat, 2001).