

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1. Konsep Pendokumentasian Asuhan Keperawatan**

##### **2.1.1. Pengertian**

Pendokumentasian yaitu sebuah cara yang dilakukan untuk menyediakan dokumen dengan menggunakan bukti yang akurat dari pencatatan sumber-sumber informasi khusus dari karangan/tulisan (Azwar, A.2008).

Pengertian diatas, dapat diambil kesimpulan bahwa pendokumentasi keperawatan adalah kegiatan pencatatan dan pelaporan yang dilakukan semua perawat terhadap pelayanan keperawatan yang telah diberikan kepada klien, berguna untuk klien, perawat dan tim kesehatan lain sebagai tanggung jawab perawat dan sebagai bukti dalam persoalan hukum.

##### **2.1.2. Tujuan Pendokumentasian Asuhan Keperawatan**

Dalam menegakkan dan pendokumentasian asuhan keperawatan supaya mencapai apa yang di kehendaki maka pendokumentasian asuhan keperawatan mempunyai tujuan tertentu yaitu ( Azwar,2010) :

1. Sebagai media untuk mendefinisikan keperawatan bagi klien dan kelompok.

2. Untuk membedakan tanggung gugat perawat dengan anggota tim kesehatan lainnya.
3. Sebagai sarana untuk melakukan evaluasi terhadap tindakan yang telah di berikan kepada klien.
4. Sebagai data yang dibutuhkan secara administrasi dan legal formal.
5. Memenuhi persyaratan hukum,akreditasi dan professional

### **2.1.3. Manfaat Pendokumentasian Asuhan Keperawatan**

Ada beberapa manfaat proses Pendokumentasian keperawatan menurut (Azwar 2009), Proses keperawatan bermanfaat bagi Pasien, perawat, institusi pelayanan, dan masyarakat (lingkungan).

#### **1. Manfaat bagi Pasien**

Pasien mendapatkan pelayanan keperawatan yang berkualitas, efektif, dan efisien. Asuhan keperawatan yang diberikan telah diseleksi sesuai dengan kebutuhan klien melalui penelusuran data, rumusan permasalahan yang matang, diagnosis keperawatan yang tepat, rencana yang terarah, tindakan yang sesuai dengan rencana, dan penilaian yang terus-menerus.

#### **2. Manfaat bagi Tenaga Keperawatan**

Proses keperawatan akan meningkatkan kemandirian tenaga keperawatan dan pelaksanaan asuhan keperawatan dan tidak bergantung pada profesi lain. Proses ini juga memberi kepuasan yang optimal bagi tenaga keperawatan yang berhasil dalam pelaksanaan asuhan

keperawatannya.

### 3. Manfaat bagi Institusi

Institusi pelayanan akan merasakan manfaat, antara lain Pasien merasa puas, cepat sembuh, pelayanan yang bermutu sekaligus merupakan promosi institusi tersebut. Dengan demikian, klien meningkat dan keuntungan pun meningkat. Citra institusi bertambah baik di mata masyarakat.

#### **2.1.4. Model Pendokumentasian Asuhan Keperawatan**

Berdasarkan penjelasan (Azwar 2009), Pendokumentasian keperawatan merupakan dokumentasi yang legal bagi profesi keperawatan. Oleh karena itu, pendokumentasian keperawatan harus memenuhi standar yang telah ditentukan. Komisi Gabungan Akreditasi Organisasi Pelayanan Kesehatan (JCAHO) merekomendasikan standar pendokumentasian keperawatan yang meliputi :

1. Pengkajian awal dan pengkajian ulang. Supaya pasien sesuai dalam pemberian diagnosa dan terapi
2. Diagnosis keperawatan dan kebutuhan asuhan keperawatan Pasien.
3. Rencana tindakan asuhan keperawatan.
4. Tindakan asuhan keperawatan yang diberikan atas respon Pasien
5. Hasil dari asuhan keperawatan dan kemampuan untuk tindak lanjut asuhan keperawatan setelah Pasien dipulangkan.

#### **2.1.5. Standart Pendokumentasian Asuhan Keperawatan**

(Azwar 2009) mengatakan bahwa standar asuhan keperawatan adalah pedoman terperinci yang menunjukkan perawatan bisa diprediksi dan

diidentifikasi dalam situasi yang sangat spesifik. Standar asuhan keperawatan harus menunjukkan asuhan yang menjadi tanggung jawab perawat dalam pemberiannya, dan tingkat ideal asuhan. Standar asuhan keperawatan mengacu kepada tahapan proses keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi, dan evaluasi.

Azwar ( 2009 ) menjelaskan tentang standar asuhan keperawatan dari Departemen Kesehatan RI dengan SK Dirjen Pelayanan Medik No. YM.00.03.2.6.7637 tentang pemberlakuan standar asuhan keperawatan di rumah sakit atau puskesmas, yaitu :

1. Standar I : Pengkajian keperawatan

Tahapan pengumpulan data tentang status kesehatan pasien secara sistematis, menyeluruh, akurat, singkat dan berkesinambungan. Data dapat diperoleh melalui anamnesa, observasi, serta pemeriksaan penunjang dan kemudian didokumentasikan.

2. Standar II : Diagnosis Keperawatan

Tahapan ini perawat menganalisa data pengkajian untuk merumuskan diagnosa keperawatan, adapun kriteria proses yaitu :

- a. Proses diagnosa terdiri dari analisis, interpretasi data, identifikasi masalah, perumusan diagnosa keperawatan.
- b. Diagnosa keperawatan terdiri dari masalah (p), penyebab (E), dan tanda/gejala (S), atau terdiri dari masalah dan penyebab (P, E).
- c. Bekerjasama dengan pasien, keluarga dan petugas kesehatan lainnya untuk memvalidasi diagnosa keperawatan.

d. Melakukan pengkajian ulang dan merevisi diagnosa berdasarkan data terbaru yang di dapat.

3. Standar III : Perencanaan keperawatan

Tahapan ini perawat merencanakan suatu tindakan keperawatan agar dalam melakukan perawatan terhadap pasien efektif dan efisien.

4. Standar IV : Implementasi

Tahapan ini perawat mencari inisiatif atau ide dari rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tahap pelaksanaan dimulai setelah rencana tindakan disusun dan ditunjukkan pada *nursing orders* untuk membantu klien mencapai tujuan yang telah ditetapkan, yang mencakup peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pemulihan kesehatan dan memfasilitasi coping.

5. Standar V : Evaluasi

Tahapan ini perawat melakukan tindakan intelektual untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan seberapa jauh diagnosa keperawatan, rencana tindakan, dan pelaksanaannya sudah berhasil dicapai.

#### **2.1.6.Indikator Pendokumentasian asuhan keperawatan(Nursalam, 2016)**

##### **A. Pengkajian**

1. Melakukan pengkajian data pasien pada saat masuk puskesmas.
2. Setiap melakukan pengkajian data, dilakukan dengan wawancara, pemeriksaan fisik, dan pengamatan serta pemeriksaan penunjang ( misal : laboratorium, foto rongen, dan lain-lain).

3. Data yang diperoleh melalui pengkajian dikelompokkan menjadi data bio-psiko-sosial-spiritual.
4. Mengkaji data subyektif dan obyektif berdasarkan keluhan pasien dan pemeriksaan fisik serta pemeriksaan penunjang.
5. Mencatat data yang dikaji sesuai dengan format dan pedoman pengkajian yang baku.

#### B. Diagnosa keperawatan

1. Merumuskan diagnosa/masalah keperawatan pasien berdasarkan kesenjangan antara status kesehatan dengan pola fungsi kehidupan ( kondisi normal ).
2. Rumusan diagnosa keperawatan dilakukan berdasarkan masalah keperawatan yang telah ditetapkan.
3. Rumusan diagnosa keperawatan dapat juga mencerminkan problem etiologi ( PE ).
4. Rumusan diagnosa keperawatan bisa dalam bentuk aktual dan resiko.
5. Menyusun prioritas diagnosa keperawatan lengkap peoblen etiologi ( PE ).

#### C. Intervensi / perencanaan

1. Rencana keperawatan dibuat berdasarkan diagnosa keperawatan dan disusun menurut urutan prioritas.
2. Rumusan tujuan keperawatan yang dibuat mengandung komponen tujuan dan kriteria hasil.
3. Rencana tindakan yang dibuat mengacu pada tujuan dengan

kalimat perintah, terperinci, dan jelas.

4. Rencana tindakan keperawatan yang dibuat menggambarkan keterlibatan pasien dan keluarga di dalamnya.
5. Rencana tindakan keperawatan yang dibuat menggambarkan kerjasama dengan tim kesehatan lainnya.

#### D. Implementasi

1. Implementasi tindakan keperawatan menggambarkan tindakan mandiri, kolaborasi dan ketergantungan sesuai dengan rencana keperawatan.
2. Observasi terhadap setiap respon pasien setelah dilakukan tindakan keperawatan.
3. Implementasi tindakan keperawatan bertujuan untuk promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan mekanisme coping.
4. Implementasi tindakan keperawatan bersifat holistik dan menghargai hak-hak pasien.
5. Implementasi tindakan keperawatan melibatkan partisipasi aktif pasien.

#### E. Evaluasi

1. Komponen yang di evaluasi mengenai status kesehatan pasien meliputi aspek kognitif, afektif, psikomotor pasien melakukan tindakan, perubahan fungsi tubuh, tanda dan gejala.
2. Evaluasi dilakukan dengan menggunakan pendekatan SOAP
3. Evaluasi terhadap tindakan keperawatan yang diberikan mengacu kepada tujuan dan kriteria hasil.

4. Evaluasi terhadap pengetahuan pasien tentang penyakitnya, pengobatan dan resiko komplikasi setelah diberikan promosi kesehatan.
5. Evaluasi terhadap perubahan fungsi tubuh dan kesehatan pasien setelah dilakukan tindakan.

#### F. Dokumentasi keperawatan

1. Pendokumentasian setiap tahap proses keperawatan ditulis dengan jelas, ringkas, dapat dibaca, serta memakai istilah yang baku dan benar dengan menggunakan tinta.
2. Setiap melakukan tindakan keperawatan, perawat mencantumkan paraf, nama jelas, tanggal dan jam dilakukan tindakan
3. Dokumentasi proses keperawatan di ruangan ditulis menggunakan format yang baku sesuai pedoman di puskesmas.
4. Prinsip dalam pendokumentasian asuhan keperawatan adalah tulis apa yang telah dilakukan dan jangan lakukan apa yang tidak ditulis.
5. Setiap melakukan pencatatan yang bersambung pada halaman baru, tanda tangani dan tulis kembali waktu dan tanggal serta identitas pasien pada bagian halamannya tersebut.

## **2.2. Konsep Mutu Asuhan Keperawatan**

### **2.2.1. Pengertian mutu Asuhan Keperawatan**

Mutu adalah tingkat baik buruknya atau taraf atau derajat sesuatu ( Nursalam, 2010).



Mutu Asuhan keperawatan adalah suatu proses kegiatan yang dilakukan oleh profesi keperawatan dalam pemenuhan kebutuhan pasien dalam mempertahankan keadaan dari segi biologis, psikologis, sosial dan spiritual pasien (Suarli dan Bahtiar, 2012).

Mutu Asuhan Keperawatan adalah Asuhan keperawatan professional yang mengacu pada 5 dimensi kualitas pelayanan yaitu (Bauk et al, 2013) :

1. *Reability* yaitu Menjalankan tugas pelayanan yang diberikan secara konsekuen untuk memuaskan yang menerima pelayanan
2. *Tangibles* yaitu menunjukkan bukti fisik
3. *Assurance* yaitu Menumbuhkan adanya jaminan dari tim kesehatan
4. *Responsiveness* yaitu orang-orang yang menerima pelayanan sesuai dengan daya tanggap
5. *Empathy* yaitu Pelayanan dari orang-orang yang memberikan pelayanan sesuai dengan keahliannya

### **2.2.2. Indikator Penilaian Mutu Asuhan Keperawatan**

Upaya untuk dapat menilai mutu dari asuhan keperawatan telah ditetapkan indikator klinik keperawatan. Indikator adalah pengukuran tidak langsung suatu peristiwa atau kondisi. Indikator juga mempunyai arti variabel yang menunjukkan satu kecenderungan sistem yang dapat dipergunakan untuk mengukur perubahan. Berdasarkan hal tersebut indikator klinik adalah

kuantitas sebagai pedoman untuk mengukur dan mengevaluasi kualitas asuhan pasien dan berdampak terhadap pelayanan (Depkes RI, 2008). Indikator mutu pelayanan keperawatan klinik SP2KP meliputi (Depkes RI, 2008) :

### **1. Indikator mutu pelayanan menurut Depkes RI :**

#### **a. Keselamatan pasien**

Indikator ini meliputi pasien aman dari kejadian jatuh, dekubitus, kesalahan pemberian obat dan cedera akibat restrain.

##### **1) Dekubitus**

Dekubitus adalah istilah yang digunakan untuk menggambarkan gangguan integritas kulit. Hal ini terjadi akibat tekanan, gesekan dan kombinasi di daerah kulit dan jaringan di bawahnya.

##### **2) Kesalahan dalam pemberian obat**

Kesalahan dalam pemberian obat oleh perawat terjadi jika perawat melakukan kesalahan dalam prinsip 6 benar dalam pemberian obat yaitu benar pasien, benar obat, benar waktu pemberian, benar dosis, benar cara pemberian dan benar dokumentasi.

##### **3) Pasien jatuh**

Pasien jatuh adalah peristiwa jatuhnya pasien dari tempat tidur ke lantai atau tempat lainnya yang lebih rendah pada saat istirahat ataupun saat pasien terjaga

yang tidak disebabkan oleh penyakit stroke, epilepsi, bahaya karena terlalu banyak aktivitas. Angka kejadian pasien jatuh adalah persentase jumlah insidensi pasien jatuh dari tempat tidur yang terjadi di sarana kesehatan pada periode waktu tertentu setiap bulan.

#### 4) Restrain

Restrain adalah alat bantu yang digunakan untuk mobilisasi, terutama untuk pasien bingung atau disorientasi. Restrain hanya digunakan bila metode lain sudah tidak efektif.

#### b. Perawatan diri

Perawatan diri merupakan kebutuhan dasar manusia yang harus terpenuhi agar tidak timbul masalah lain sebagai akibat tidak terpenuhinya kebutuhan perawatan diri misalnya kulit, rasa tidak nyaman, infeksi saluran kemih dan lain lain.

#### c. kepuasan pasien

Tingkat kepuasan pasien berdasarkan efisiensi, efektivitas, biaya dan perilaku terdiri dari:

1. kelengkapan dan ketepatan informasi
2. penurunan kecemasan
3. perawat terampil professional
4. pasien merasa nyaman
5. terhindar dari bahaya

6. *privacy* terjaga

7. perawat ramah dan empati

d. Kecemasan

Cemas adalah perasaan was-was seakan terjadi sesuatu sebagai ancaman. Kejadian cemas dapat mempengaruhi status kesehatan pasien karena dapat menyebabkan ketidaknyamanan, bertambahnya hari rawat.

e. Kenyamanan

Rasa nyaman adalah bebas dari rasa nyeri atau nyeri terkontrol. Nyeri dapat disebabkan oleh satu atau lebih penyebab atau bahkan tidak diketahui penyebabnya.

f. Pengetahuan

Pengetahuan ini berkaitan dengan pengetahuan pasien tentang penyakitnya dan *discharge planning*. Indikator ini menunjukkan kemungkinan masalah dalam pemberian informasi pengetahuan pasien di ruang rawatan.

Peningkatan mutu pelayanan keperawatan dapat dilakukan sesuai pendekatan Deming atau pendekatan sistem (Sitorus.R, 2011).

1. Pendekatan Deming

Siklus kegiatan yang terus-menerus dari Deming dalam Wijono (1999) mengidentifikasi empat tahapan yaitu *plan, do, check, and action* atau disingkat PDCA. PDCA merupakan proses pemecahan masalah klasik.

a. *Plan* merupakan proses mutu pelayanan keperawatan

seharusnya dimulai dengan merencanakan secara hati-hati dan cermat langkah-langkah kegiatan perencanaan, seperti analisa situasi, penetapan tujuan, sasaran, jenis kegiatan dan monitoring pelayanan keperawatan. Dalam tahap ini, ditetapkan apa tujuan, apa yang dibutuhkan, tipe penampilan yang diukur dan siapa yang bertanggung jawab serta tolak ukur keberhasilan.

- b. *Do*, Perencanaan yang dibuat diikuti oleh setiap orang yang bersangkutan. Di sini termasuk pelaksanaan pelatihan, metode ilmiah, survey kebutuhan dan keinginan pelanggan, pengumpulan dan pengolahan data.
- c. *Check*, Memeriksa apakah kegiatan peningkatan mutu yang telah dibuat sesuai yang direncanakan, mengamati hasilnya, efeknya yang terjadi dan adanya perubahan.
- d. *Action*, Kegiatan koreksi dilaksanakan berdasarkan pelajaran yang diambil dari tahapan sebelumnya. Perubahan-perubahan seharusnya diadopsi atau dihilangkan sesuai hasil dari tahap sebelumnya.

## 2. Pendekatan sistem

Pendekatan sistem dapat meningkatkan mutu asuhan keperawatan memperhatikan manajemen mutu mulai dari input, proses, dan output.

### a. Tenaga

Tenaga yang bermutu sesuai dengan dasar pendidikan

profesi masing-masing dan senantiasa ditingkatkan dengan pendidikan dan pelatihan yang berkelanjutan.

b. Standar dan prosedur pelayanan keperawatan

Penggunaan standar prosedur untuk mengetahui apakah pelayanan keperawatan yang dilakukan sesungguhnya adalah bermutu.

c. Perizinan

Izin adalah suatu pernyataan boleh melakukan sesuatu kegiatan. Izin diberikan setelah syarat-syarat dipenuhi. Pada dasarnya izin dimaksudkan untuk melindungi masyarakat dari praktik-praktik yang tidak bertanggung jawab.

## **2. Indikator Mutu Asuhan keperawatan ( Nursalam, 2016 )**

### **A. Pengkajian**

1. Mencatat identitas pasien
2. Riwayat penyakit saat sebelumnya
3. Mencatat hasil pemeriksaan fisik
4. Mencatat hasil pemeriksaan pola fungsi kebiasaan
5. Mencatat hasil pemeriksaan laboratorium

### **B. Diagnosis**

1. Diagnosis keperawatan sesuai dengan masalah yang telah dirumuskan
2. Diagnosis keperawatan terdiri dari PE/PES
3. Mengumpulkan diagnosis keperawatan yang aktual/risiko
4. Menuliskan diagnosis keperawatan sesuai dengan prioritas masalah pasien

5. Menuliskan pada format yang baku

#### C. Perencanaan

1. Disusun menurut prioritas yang baku
2. Rencana tindakan mengacu pada tujuan dengan kalimat perintah, terinci, dan jelas
3. Rencana tindakan menggambarkan keterlibatan pasien dan keluarga
4. Rencana tindakan menggambarkan keterlibatan tim kesehatan
5. Pencatatan dilakukan sesuai dengan tindakan yang dilakukan

#### D. Implementasi

1. Tindakan yang dilakukan mengacu pada perencanaan keperawatan
2. Bekerjasama dengan pasien dalam pelaksanaan tindakan keperawatan
3. Perawat mengobservasi pada respon pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah diberikan
4. Kolaborasi dengan tim kesehatan lain dalam melakukan tindakan
5. Melakukan tindakan keperawatan untuk menguasai kesehatan pasien

#### E. Evaluasi

1. Bekerjasama dengan keluarga pasien dalam memodifikasi rencana asuhan keperawatan
2. Evaluasi mengacu pada tujuan
3. Hasil evaluasi dicatat dan memodifikasi perencanaan
4. Pencatatan ditulis dengan jelas, ringkas, istilah yang baku dan benar
5. Setiap melakukan tindakan perawat menambahkan paraf/nama jelas, tanggal dan jam dilakukan tindakan