

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Tinjauan Teori

2.1.1 Pengetahuan

2.1.1.1 Definisi

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu obyek tertentu. Penginderaan terjadi melalui pancaindera manusia, yakni indera penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa, dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata, dan telinga (Notoatmodjo, 2016).

Pengetahuan adalah gambaran subjektif tentang sesuatu yang ada dalam alam menurut pendapat atau penglihatan orang yang mengalami dan mengetahuinya (Nasir, 2011).

Pengetahuan adalah sebuah proses aktivitas berpikir rasional, yaitu menggunakan penalaran logis dan analitik; kognitif, yaitu proses pengenalan, penyerapan, pengonsepsian secara teratur dan sadar; dan bertujuan atau teleologis, seperti penjelasan, prediksi, mengontrol realitas sampai menemukan atau memproduksi sesuatu (Kriyantono, 2014).

Berdasarkan teori tersebut di atas dapat disimpulkan adalah sebuah proses aktivitas berpikir rasional, yaitu menggunakan penalaran logis setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu obyek

tertentu menurut pendapat atau penglihatan orang yang mengalami dan mengetahuinya

2.1.1.2 Tingkat pengetahuan di dalam domain kognitif

Tingkat pengetahuan yang tercakup dalam domain kognitif mempunyai 6 tingkatan :

1. Tahu (*know*)

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Termasuk dalam pengetahuan tingkat ini adalah mengingat kembali (*recall*) sesuatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima. Oleh sebab itu, tahu ini merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah. Kata kerja untuk mengukur bahwa orang tahu apa yang dipelajari antara lain menyebutkan, menguraikan, mendefinisikan, menyatakan, dan sebagainya. Contoh : dapat menyebutkan tanda-tanda penyakit polio (Notoatmodjo, 2017).

2. Memahami (*comprehension*)

Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang obyek yang diketahui dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar. Orang yang telah paham terhadap obyek atau materi harus dapat menjelaskan, menyebutkan contoh, menyimpulkan, meramalkan, dan sebagainya terhadap obyek yang dipelajari (Notoatmodjo, 2017).

3. Aplikasi (*aplication*)

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi *real* (sebenarnya). Aplikasi di sini dapat diartikan sebagai aplikasi atau penggunaan hukum-hukum, rumus, metode, prinsip, dan sebagainya dalam konteks, atau situasi yang lain. Misalnya dapat menggunakan rumus statistik dalam perhitungan-perhitungan hasil penelitian, dapat menggunakan prinsip-prinsip siklus pemecahan masalah (*problem solving cycle*) di dalam pemecahan masalah kesehatan dari kasus yang diberikan. Analisis (*analysis*) (Notoatmodjo, 2017).

Analisis adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu obyek-obyek ke dalam komponen-komponen, tetapi masih di dalam suatu struktur organisasi, dan masih ada kaitannya satu sama lain. Kemampuan analisis ini dapat dilihat dari penggunaan kata kerja, seperti dapat menggambarkan (membuat bagan), membedakan, memisahkan, mengelompokkan, dan sebagainya (Notoatmodjo, 2017).

4. Sintesis (*synthesis*)

Sintesis menunjuk kepada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru. Dengan kata lain sintesis adalah suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi-formulasi yang ada. Misalnya, dapat menyusun, dapat

merencanakan, dapat meringkaskan, dapat menyesuaikan, dan sebagainya terhadap suatu teori atau rumusan-rumusan yang telah ada (Notoatmodjo, 2017).

5. Evaluasi (*evaluation*)

Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau obyek. Penilaian-penilaian ini didasarkan pada suatu kriteria yang ditentukan sendiri, atau menggunakan kriteria-kriteria yang telah ada. Misalnya, dapat membandingkan antara anak yang cukup gizi dengan anak yang kekurangan gizi, dapat menanggapi terjadinya diare di suatu tempat, dapat menafsirkan sebab ibu-ibu tidak mau membawa anaknya untuk imunisasi, dan sebagainya (Notoatmodjo, 2017).

Kualitas pengetahuan dapat dikelompokkan melalui *scoring*. Pengetahuan dikatakan baik jika mempunyai skor 76 % - 100 %, cukup 56 % - 75 %, dan kurang 0 - 55 % (Nursalam, 2013).

2.1.1.3 Cara Memperoleh Pengetahuan

Cara memperoleh pengetahuan, ada 2 yaitu :

1. Cara tradisional
 - a. Cara coba salah

Cara ini merupakan cara tradisional yang dilakukan apabila seseorang menghadapi persoalan atau masalah, upaya pemecahannya dilakukan dengan coba-coba saja. Cara ini

dilakukan dengan menggunakan kemungkinan dalam memecahkan masalah, dan apabila kemungkinan tersebut tidak berhasil, dicoba kemungkinan yang lain (Notoatmodjo, 2017).

b. Cara kekuasaan atau otoritas

Sumber pengetahuan dalam cara ini berdasarkan pada otoritas atau kekuasaan, baik tradisi, otoritas pemerintah, otoritas pimpinan agama, atau ahli ilmu pengetahuan, sehingga banyak sekali kebiasaan-kebiasaan dan tradisi yang dilakukan oleh orang tanpa melalui penalaran, apakah yang dilakukan tersebut baik atau tidak (Notoatmodjo, 2017).

c. Berdasarkan pengalaman pribadi

Pengalaman adalah guru terbaik, maksudnya bahwa pengalaman itu merupakan suatu cara untuk memperoleh kebenaran pengetahuan. Hal ini dilakukan dengan cara mengulang kembali pengalaman yang diperoleh dalam memecahkan permasalahan yang dihadapi pada masa yang lalu (Notoatmodjo, 2017).

d. Melalui jalan pikiran

Dalam hal ini pengetahuan diperoleh melalui penalaran/jalan pikir, baik melalui induksi maupun deduksi. Cara ini pada dasarnya merupakan cara melahirkan pemikiran secara tidak langsung melalui pernyataan-pernyataan yang dikemukakan kemudian dicari hubungannya sehingga dapat

dibuat suatu kesimpulan. Apabila proses pembuatan kesimpulan itu melalui pernyataan-pernyataan khusus kepada yang umum dinamakan induksi. Sedangkan deduksi adalah pembuatan kesimpulan dari pernyataan-pernyataan umum kepada yang khusus (Notoatmodjo, 2017).

2. Cara modern atau ilmiah

Cara baru atau modern dalam memperoleh pengetahuan disebut metode penelitian ilmiah yang mempunyai sifat lebih sistematis, logis, dan alamiah (Notoatmodjo, 2017).

2.1.1.4 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Pengetahuan

1. Pengalaman

Pengetahuan sebagai gejala kejiwaan yang dipengaruhi oleh pengalaman diri sendiri atau pengalaman orang lain (Notoatmodjo, 2017). Menurut Huclok (1998) dalam Nursalam (2013), semakin cukup umur, maka seseorang akan lebih matang dalam berpikir dan bekerja. Hal ini dipercaya, orang yang lebih dewasa mempunyai pengalaman yang lebih luas.

Pengalaman adalah suatu cara untuk memperoleh kebenaran pengetahuan. Pengetahuan diperoleh melalui kenyataan (fakta) dengan melihat dan mendengar sendiri, serta melalui alat-alat komunikasi, seperti membaca surat kabar, mendengarkan radio, melihat film atau televisi (Notoatmodjo, 2017).

2. Fasilitas fisik

Fasilitas fisik adalah segala sesuatu yang dapat memudahkan perkara/kelancaran tugas. Sedangkan fasilitas merupakan faktor instrumental yang terdiri dari perangkat keras seperti perlengkapan belajar, alat peraga, dan alat lunak seperti penyuluh, serta metode belajar- mengajar (Notoatmodjo, 2017).

3. Pendidikan

Tingkat pendidikan yang rendah biasanya mempengaruhi pengetahuan (Notoatmodjo, 2012). Menurut Kuncoroningrat dalam Nursalam (2013), makin tinggi tingkat pendidikan seseorang, makin mudah menerima informasi, sehingga makin banyak pula pengetahuan yang dimiliki.

Konsep dari pendidikan adalah suatu proses belajar yang berarti di dalam pendidikan itu terjadi proses penambahan, perkembangan atau perubahan ke arah yang lebih dewasa, lebih baik, lebih matang, pada diri individu, kelompok atau masyarakat. Pengetahuan tidak lepas dari pendidikan informal dan formal, makin tinggi tingkat pendidikan seseorang maka semakin tinggi tingkat pemahamannya tentang pelayanan kesehatan dan makin rendah tingkat pendidikan maka pemahaman semakin berkurang tentang pelayanan kesehatan (Notoatmodjo, 2017).

4. Informasi

Dengan memberikan informasi-informasi tentang cara-cara mencapai hidup sehat, cara pemeliharaan kesehatan, cara menghindari penyakit, dan sebagainya akan meningkatkan pengetahuan masyarakat tentang hal tersebut (Notoatmodjo, 2017). Pendidikan kesehatan bukan satu-satunya faktor yang mempengaruhi perilaku seseorang tetapi dipengaruhi oleh faktor pendukung external yang secara langsung dapat mempengaruhi perubahan perilaku seperti sarana yang dimiliki, fasilitas lain yang tersedia atau alat-alat yang dibutuhkan, serta dukungan positif yang diberikan orang lain untuk terjadinya perubahan perilaku. Artinya penyuluhan yang baik belum tentu perilakunya baik, begitu juga sebaliknya.

5. Sosial budaya masyarakat

Kebudayaan terbentuk dalam waktu yang lama sebagai akibat dari kehidupan suatu masyarakat. Kebudayaan ataupun yang disebut peradaban mengandung pengertian yang luas meliputi pemahaman, perasaan suatu bangsa yang kompleks meliputi pengetahuan, kepercayaan, seni, moral, hukum, adat istiadat, dan pembawaan yang lain dari masyarakat (Notoatmodjo, 2017).

2.1.1.5 Pengukuran pengetahuan

Alat ukur pengetahuan dengan menggunakan kuesioner yang telah valid, hasil diniterprestasikan dengan presentase. pengetahuan seseorang dapat diketahui dan diniterprestasikan dengan presentase: Baik: hasil

presentase 76%-100%., Cukup: hasil presentase 56%-75%, Kurang: hasil presentase <56% (Nursalam, 2013).

2.1.2 Perilaku

2.1.2.1 Pengertian

Perilaku atau tingkah laku dianggap lebih dapat menjelaskan tentang manusia karena lebih dapat di lihat. Sehingga adanya tingkah laku ini dapat menjelaskan tentang siapa orang tersebut (Hidayat, 2013).

Perilaku dapat juga diartikan sebagai suatu kegiatan atau aktivitas organisme yang bersangkutan, baik yang dapat diamati secara langsung maupun tidak langsung. Perilaku manusia pada hakikatnya adalah suatu aktivitas dari manusia itu sendiri, yang mempunyai bentangan sangat luas mencakup : berjalan, berbicara, bereaksi, berpakaian, berpikir, persepsi dan emosi. Perilaku dan gejala perilaku yang tampak pada kegiatan organisme tersebut dipengaruhi oleh faktor keturunan (*genetik*) dan lingkungan ini merupakan penentu dari perilaku makhluk hidup termasuk perilaku manusia. Hereditas atau faktor keturunan merupakan konsepsi dasar atau modal untuk perkembangan perilaku makhluk hidup itu untuk selanjutnya. Sedangkan lingkungan merupakan kondisi atau lahan untuk perkembangan perilaku tersebut (Notoatmodjo, 2017).

2.1.2.2 Perubahan perilaku

Menurut WHO yang dikutip oleh Notoatmodjo (2017), perubahan perilaku dikelompokkan menjadi 3 (tiga), yaitu :

1. Perubahan alamiah (*Natural Change*), adalah perubahan yang dikarenakan perubahan pada lingkungan fisik, sosial, budaya ataupun ekonomi, dimana dia hidup dan beraktivitas.
2. Perubahan rencana (*Planned Change*), adalah perubahan ini terjadi karena memang direncanakan sendiri oleh subjek.
3. Kesiediaan untuk berubah (*Readiness to Change*), adalah perubahan yang terjadi apabila terdapat suatu inovasi atau program-program baru, maka yang terjadi adalah sebagian orang cepat mengalami perubahan perilaku dan sebagian lagi lamban. Hal ini disebabkan setiap orang mempunyai kesiediaan untuk berubah yang berbeda-beda.

2.1.2.3 Faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku

Menurut Lawrence W. Green yang dikutip oleh Notoatmodjo perilaku dipengaruhi oleh 3 faktor utama, yakni :

1. Faktor-faktor predisposisi (*predisposing factors*)

Faktor-faktor predisposisi (*predisposing factors*) yaitu faktor-faktor yang mempermudah atau mempredisposisi terjadinya perilaku seseorang. Faktor-faktor ini mencakup : pengetahuan dan sikap

2. Faktor-faktor pemungkin (*enabling factors*)

Faktor-faktor pemungkin (*enabling factors*) yaitu faktor-faktor yang memungkinkan atau yang memfasilitasi perilaku atau tindakan.

Faktor ini mencakup ketersediaan sarana dan prasarana atau fasilitas kesehatan bagi masyarakat. Fasilitas ini pada hakikatnya mendukung atau memungkinkan terwujudnya perilaku kesehatan, maka faktor-faktor ini disebut juga faktor-faktor pendukung (Notoatmodjo, 2017).

Faktor faktor pendukung (*enabling factor*), yang terwujud dalam lingkungan fisik, tersedia atau tidak tersedianya fasilitas atau sarana. Ketersediaan fasilitas, sikap, dan perilaku para petugas kesehatan terhadap kesehatan juga akan mendukung dan memperkuat terbentuknya perilaku. Tingkat kualitas hasil pekerjaan seseorang sangat ditentukan oleh sarana, prasarana, yang disertai pedoman, kesemuanya itu akan banyak berpengaruh terhadap produktifitas kerja dan kualitas kerja yang baik. Lemahnya proses pendokumentasian asuhan keperawatan disebabkan karena kurang tersedianya sarana dan prasarana pendokumentasian yang disebabkan oleh biaya yang cukup besar untuk pengadaan sarana dan prasarana tersebut. Mandagi (2015) menjelaskan bahwa ketersediaan sarana dan prasaran dokumentasi asuhan keperawatan sangat penting dalam mendukung pelaksanaan pendokumentasian asuhan keperawatan, sehingga fasilitas yang cukup akan meningkatkan kinerja perawat.

Ketersediaan merupakan kesiapan suatu sarana berupa tenaga, barang, modal dan anggaran yang dapat digunakan atau dioperasikan dalam kurun waktu yg sudah ditentukan. Fasilitas adalah sarana yang mendukung pelaksanaan fungsi. Standar asuhan keperawatan adalah

suatu pernyataan yang menjelaskan kualitas, karakteristik, saran, atau kinerja yang diharapkan terhadap beberapa aspek praktik keperawatan. Perawat memerlukan suatu standar dokumentasi untuk dijadikan sebagai petunjuk atau pedoman teknik pendokumentasian yang benar (Nursalam, 2013).

3. Faktor-faktor penguat (*reinforcing factors*)

Faktor-faktor penguat (*reinforcing factors*) adalah faktor-faktor yang mendorong atau memperkuat terjadinya perilaku. Kadang-kadang meskipun orang mengetahui untuk berperilaku sehat, tetapi tidak melakukannya. Faktor-faktor ini meliputi : faktor sikap dan perilaku tokoh masyarakat (toma), tokoh agama (toga), sikap dan perilaku para petugas termasuk petugas kesehatan. Termasuk juga disini, undang-undang, peraturan-peraturan baik dari pusat maupun dari pemerintah daerah yang terkait dengan kesehatan (Notoatmodjo, 2017).

2.1.3 Pendokumentasian Proses Keperawatan

2.1.3.1 Pengertian

Menurut Nursalam (2013), dokumentasi keperawatan asuhan keperawatan merupakan dokumen tertulis berisi segala aktivitas proses keperawatan yang sudah diberikan kepada pasien yang berguna bagi pasien, perawat dan tim kesehatan lainnya dan dapat dijadikan bukti hukum jika sewaktu-waktu dibutuhkan yang mencakup pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi, dan evaluasi.

Dokumentasi merupakan suatu informasi lengkap meliputi status kesehatan pasien, kebutuhan pasien, kegiatan asuhan keperawatan, serta respon pasien terhadap asuhan yang diterimanya. Dengan demikian, dokumentasi keperawatan mempunyai porsi yang besar dari catatan klinis pasien yang menginformasikan faktor tertentu atau situasi yang terjadi selama asuhan dilaksanakan. Selain itu catatan juga dapat sebagai wahana komunikasi dan koordinasi antar profesi, yang dapat dipergunakan untuk mengungkapkan suatu fakta aktual untuk dipertanggung jawabkan. Keberadaan dokumentasi baik berbentuk catatan maupun laporan akan sangat membantu komunikasi antara sesama perawat maupun disiplin ilmu lain dalam rencana pengobatan dan penyembuhan klien (Setiadi, 2012).

2.1.3.2 Tujuan

Menurut Fatimah (2017), tujuan utama dari pendokumentasian adalah untuk:

1. Mengidentifikasi status kesehatan pasien dalam rangka mendokumentasikan proses asuhan keperawatan
2. Bukti kualitas asuhan keperawatan
3. Bukti legal pertanggungjawaban kepada pasien
4. Informasi terhadap perlindungan individu
5. Bukti aplikasi standar praktik keperawatan
6. Sumber informasi statistik untuk standar dan riset keperawatan
7. Meningkatkan efektivitas dan efisiensi tenaga keperawatan

8. Komunikasi konsep risiko asuhan keperawatan
9. Dokumen untuk tenaga profesional, tanggung jawab etik, dan menjaga kerahasiaan informasi pasien.
10. Data perencanaan pelayanan kesehatan di masa yang akan datang.

2.1.3.3 Manfaat dokumentasi keperawatan

Manfaat dokumentasi keperawatan dapat dilihat dari berbagai aspek, yaitu:

1. Aspek Hukum

Semua catatan informasi tentang keadaan pasien merupakan dokumentasi resmi dan bernilai hukum. Bila terjadi suatu masalah (*misconduct*) yang berhubungan dengan profesi keperawatan, dimana perawat sebagai pemberi jasa dan pasien sebagai pengguna jasa, maka dokumentasi dapat dipergunakan sewaktu-waktu. Dokumentasi tersebut dipergunakan sebagai barang bukti dipengadilan. Oleh karena itu data data harus diidentifikasi secara lengkap, jelas, obyektif dan ditandatangani oleh tenaga kesehatan (perawat), tanggal, dan perlunya dihindari adanya penulisan yang dapat menimbulkan interpretasi yang salah (Salmawait, 2013).

2. Kualitas Pelayanan

Pendokumentasian data pasien yang lengkap dan akurat, memberikan kemudahan bagi perawat dalam membantu menyelesaikan masalah pasien, untuk mengetahui sejauh mana masalah pasien dapat teratasi,

dan seberapa jauh masalah baru dapat diidentifikasi dan dimonitor melalui catatan yang akurat. Hal ini akan membantu meningkatkan kualitas mutu pelayanan keperawatan (Salmawait, 2013).

3. Komunikasi

Dokumentasi keadaan pasien merupakan alat perekam terhadap masalah yang berkaitan dengan pasien. Perawat atau tenaga kesehatan lain bisa melihat catatan yang ada dan bisa dijadikan sebagai alat komunikasi dan dijadikan pedoman dalam memberikan asuhan keperawatan (Salmawait, 2013).

4. Keuangan

Dokumentasi dapat bernilai keuangan. Semua tindakan keperawatan yang sedang, sudah, dan akan diberikan dicatat dengan lengkap dan dapat dipergunakan sebagai acuan atau pertimbangan dalam biaya keperawatan bagi pasien (Salmawait, 2013).

5. 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 (Salmawati, 2013).

6. Penelitian

Dokumentasi keperawatan mempunyai nilai penelitian. Data yang terdapat didalamnya mengandung informasi yang dapat dijadikan

sebagai bahan atau obyek penelitian dan pengembangan profesi keperawatan (Salmawati, 2013).

7. Akreditasi

Melalui dokumentasi keperawatan dapat dilihat sejauh mana peran dan fungsi perawat dalam memberikan asuhan keperawatan kepada pasien, dengan demikian akan dapat diambil kesimpulan tingkat keberhasilan pemberian asuhan keperawatan yang diberikan, guna pembinaan dan pengembangan lebih lanjut. Hal ini selain bermanfaat bagi peningkatan kualitas pelayanan juga bagi individu perawat dalam mencapai tingkat kepangkatan yang lebih tinggi (Salmawati, 2013).

2.1.3.4 Metode dokumentasi keperawatan

Metode dokumentasi asuhan keperawatan adalah metode narasi, metode masalah berorientasi medical record (POMR), metode SOAP/IER dan metode *fokus carting*. Masing-masing metode dokumentasi akan dijelaskan sebagai berikut:

1. Metode narasi

Dokumentasi narasi adalah metode tradisional untuk merekam asuhan keperawatan. Format dokumen informasi spesifik untuk kondisi klien. Data dicatat dalam catatan kemajuan tanpa kerangka pengorganisasian. Untuk mencari data yang dibutuhkan, perlu memilah-milah informasi (Fatimah, 2017).

2. Masalah Berorientasi *Medical Record* (POMR)

Menurut Potter et, al., (2016), landasan dari metode ini adalah satu daftar masalah klien yang dihasilkan oleh anggota tim perawatan kesehatan. Proses keperawatan merupakan dasar untuk metode POMR dari mendokumentasikan masalah klien. menyatakan keuntungan dari metode ini adalah dapat memberikan penekanan pada persepsi klien tentang masalah mereka, memerlukan evaluasi berkelanjutan dan revisi rencana perawatan, memberikan kesinambungan perawatan diantara anggota tim kesehatan, meningkatkan komunikasi yang efektif antara anggota tim kesehatan, meningkatkan efisiensi dalam mengumpulkan data, menyediakan informasi dalam urutan kronologis dan memperkuat proses keperawatan (Fatimah, 2017).

3. SOAP/IER

Metode berorientasi dokumentasi adalah cara terstruktur catatan pengembangan narasi ditulis oleh semua tim kesehatan anggota, dengan menggunakan SOAP (subjektif, objektif, analisa dan planing). IER (intervensi, evaluasi dan revisi). Tujuan rencana tindakan, saran intervensi ketika intervensi diidentifikasi dan berubah untuk memenuhi kebutuhan klien. Evaluasi bagaimana hasil perawatan di evaluasi. Revisi ketika perubahan pada masalah asli berasal dari revisi intervensi, hasil garis perawatan atau waktu ini digunakan untuk menunjukkan perubahan (Fatimah, 2017).

4. *Focus Charting*

Dengan metode dokumentasi ini, perawat mengidentifikasi “focus” berdasarkan masalah klien atau perilaku ditentukan selama penilaian. Sebagai contoh, dokumentasi *focus* dapat mencerminkan sebuah perhatian klien atau perilaku, sebagai output urin menurun. Sebuah perubahan kondisi atau perilaku klien, seperti disorientasi waktu, tempat dan orang. Peristiwa penting dalam perawatan klien, seperti kembali dari operasi. Dalam *focus charting* penilaian status klien intervensi yang dilakukan dan dampak dari intervensi pada hasil klien yang diselenggarakan dibawah judul data, tindakan dan respon. Data subjektif yang mendukung *focus* disebutkan atau menggambarkan status klien pada saat peristiwa penting atau intervensi. Tindakan selesai atau direncanakan intervensi keperawatan berdasarkan penelitian perawat dan status klien. Respon mengenai intervensi pada hasil klien lebih jelas. Lembarandan *checklist* sering digunakan untuk mendokumentasikan penilaian rutin, berkelanjutan dan pengamatan seperti perawatan pribadi, tanda-tanda vital, asupan dan keluaran. Informasi direkam pada lembaran atau daftar tidak perlu diulang dalam catatan perkembangan asuhan keperawatan (Fatimah, 2017).

2.1.3.5 Standar Dokumentasi Asuhan Keperawatan

Standar dokumentasi adalah suatu pelayanan tentang kualitas dokumentasi yang dipertimbangkan secara adekuat dalam suatu situasi tertentu. Dengan adanya standar bahwa adanya suatu ukuran terhadap

kualitas dokumentasi keperawatan. Perawat memerlukan suatu standar dokumentasi untuk memperkuat pola pencatatan dan sebagai petunjuk atau pedoman praktis pendokumentasian dalam memberikan tindakan keperawatan. Dalam melaksanakan dokumentasi asuhan keperawatan harus mengikuti tujuh standar dokumentasi asuhan keperawatan yaitu harus sabar, harus berisi pekerjaan yang sebenarnya dari perawat pendidikan dan dukungan psikososial, ditulis harus mencerminkan klinis perawat, harus logis dan berurutan, harus ditulis *coteemporameously* (segera setelah peristiwa terjadi), catatan harus lengkap tentang keperawatan dan tentang hal diluar keperawatan, harus memenuhi persyaratan hukum (Johnson, Jefferis & Landon, 2012).

Standar yang harus diikuti dalam dokumentasi asuhan keperawatan adalah harus memiliki dasar faktual (informasi tentang klien dan perawatannya harus berdasarkan fakta apa yang perawat lihat, dengar dan rasakan), keakuratan, kelengkapan (mengandung informasi tentang perawatan pasien yang lengkap) dan mencatat segera setelah melaksanakan tindakan ditulis dengan jelas sehingga semua anggota tim memahami informasi yang diberikan oleh seseorang kepada orang lain dengan kepercayaan dan keyakinan bahwa informasi tersebut terjaga kerahasiaannya (Perry dan Potter, 2015).

2.1.3.6 Proses dokumentasi keperawatan

Pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan, perawat harus mengikuti beberapa tahapan dokumentasi asuhan keperawatan. Asuhan

keperawatan merupakan proses atau rangkaian kegiatan pada praktik keperawatan yang diberikan secara langsung kepada klien berdasarkan kaidah-kaidah keperawatan sebagai suatu profesi yang berdasarkan ilmu dan kiat keperawatan, bersifat humanistik, dan berdasarkan pada kebutuhan objektif klien untuk mengatasi masalah yang dihadapi klien. Proses keperawatan adalah proses pemecahan masalah yang menekankan pada pengambilan keputusan tentang keterlibatan perawat yang dibutuhkan oleh pasien. Proses keperawatan digunakan secara terus menerus ketika merencanakan dan memberi asuhan keperawatan. Perawat menganggap pasien sebagai figur sentral dalam rencana asuhan dan memastikan ketepatan semua aspek asuhan keperawatan dengan mengobservasi respon pasien (Wilkinson & Aheren, 2011).

1. Pengkajian

Pengkajian adalah kegiatan untuk data atau informasi tentang pasien yang diperoleh dari hasil observasi, wawancara, konsultasi dan pemeriksaan agar dapat mengidentifikasi, mengenali masalah, mengenali kebutuhan kesehatan dan keperawatan pasien baik fisik, sosial dan spiritual. Kriteria pengkajian keperawatan, meliputi pengumpulan data dilakukan dengan cara anamnesi, observasi, pemeriksaan fisik, serta dari pemeriksaan penunjang. Sumber data adalah klien, keluarga, atau orang yang terkait, tim kesehatan, rekam medis, dan catatan lain. Data yang dikumpulkan difokuskan untuk mengidentifikasi status kesehatan klien masa lalu, status kesehatan

klien saat ini, riwayat keluarga, status biologis-psiko logis-sosial-spiritual, interpretasi data dan pengelompokkan data serta dokumentasi data (Potter & Perry, 2015).

Pengkajian meliputi keluhan utama/alasan masuk ke rumah sakit, riwayat kesehatan masa lalu. Khusus untuk anak usia dibawah 5 tahun, dilakukan pengkajian tentang pre natal care, natal dan post natal. Riwayat kesehatan keluarga, riwayat imunisasi, riwayat tumbuh kembang (pertumbuhan fisik, perkembangan tiap tahap). Riwayat nutrisi (pemberian ASI, pemberian susu formula, pola perubahan nutrisi tiap tahap usia sampai nutrisi saat ini). Riwayat psikososial, riwayat spritual (support sistem). Reaksi hospitalisasi, pengalaman keluarga tentang sakit dan rawat inap, pemahaman anak tentang sakit dan rawat inap. Aktivitas sehari-hari, nutrisi, cairan, eliminasi buang air kecil (BAK) dan buang air besar (BAB), istirahat/tidur, mobilisasi fisik dan rekreasi. Dilanjutkan dengan pemeriksaan fisik, mengobservasi keadaan umum, mengukur tanda-tanda vital, antropometri, sistem pernapasan, sistem cardio, sistem pencernaan, sistem indra, sistem saraf, system muskulo skletal, sistem integumen, sistem endokrin, sistem perkemihan, sistem reproduksi dan sistem imun (Sumilat, 2017).

2. Diagnosa Asuhan Keperawatan

Tahap diagnosa ini adalah tahap pengambilan keputusan pada proses keperawatan, yang meliputi identifikasi apakah masalah klien

dapat dihilangkan, dikurangi atau dirubah masalahnya melalui tindakan keperawatan (Sumilat, 2017).

Diagnosa keperawatan adalah suatu pernyataan yang menguraikan respons aktual atau potensial klien terhadap masalah kesehatan yang dapat diatasi oleh kompetensi perawat. Respon aktual dan potensial klien didapatkan dari data dasar pengkajia, tinjauan literatur yang berkaitan, catatan medis masa lalu, dan konsultasi dari professional yang lain yang membutuhkan intervensi dari domain praktik keperawatan. Peremusan diagnosa keperawatan aktual adalah menjelaskan masalah nyata saat ini sesuai dengan data klinik yang ditemukan. Potensial/resiko menjelaskan masalah kesehatan nyata akan terjadi jika tidak di lakukan intervensi. Perawat menganalisis data pengkajian untuk merumuskan diagnosis keperawatan meliputi analisis dan interpretasi data, pengumpulan data, identifikasi masalah klien, dan perumusan diagnosis keperawatan. Untuk mengidentifikasi kebutuhan klien, perawat harus menentukan masalah kesehatan klien. Masalah kesehatan aktual adalah masalah yang dirasakan atau dialami oleh klien seperti gangguan pola tidur berhubungan dengan lingkungan yang bising. Suatu masalah kesehatan berisiko mewaspadakan perawat pada pentingnya pencegahan (Gordon, 1994 dalam Potter & Perry, 2015).

Faktor risiko untuk diagnosa keperawatan risiko menunjukkan kerentanan klien atau kelompok terhadap suatu penyakit atau

kecelakaan. Perumusan diagnosa keperawatan didasarkan pada identifikasi kebutuhan klien. Data pengkajian dapat menunjukkan masalah, perawat diarahkan pada pemilihan diagnosa keperawatan yang sesuai. Label diagnostik didukung oleh batasan karakteristik yang menunjukkan data dasar pengkajian klien. Label adalah masalah yaitu respon aktual atau potensial klien terhadap kesehatan atau penyakit. Faktor yang berhubungan adalah kondisi etiologis atau penunjang lainnya yang mempengaruhi respon klien (Potter & Perry, 2015).

Frase “ yang berhubungan dengan” mengidentifikasi etiologi atau penyebab masalah. Ini bukan pernyataan penyebab dan efek, tetapi lebih menunjukkan bahwa etiologi dapat menunjang atau berkaitan dengan masalah. Etiologi atau penyebab diagnosa keperawatan harus terdapat dalam domain praktik keperawatan dan kondisi yang berespon terhadap intervensi keperawatan.

3. Rencana Asuhan Keperawatan

Setelah merumuskan diagnosa keperawatan, perawat menetapkan prioritas diagnosa keperawatan membuat peringkat dalam urutan kepentingan yang didasarkan pada hirarki Maslow. Prioritas ditegakkan untuk mengidentifikasi urutan intervensi keperawatan. Selanjutnya perawat merumuskan tujuan dan hasil yang diperkirakan dengan klien untuk setiap diagnosa keperawatan yang bertujuan untuk memberikan arahan terhadap intervensi keperawatan

dan untuk menentukan keefektifan intervensi keperawatan. Rencana keperawatan adalah semua tindakan yang akan dilakukan oleh perawat untuk membantu klien beralih dari status kesehatan saat ini ke status kesehatan yang lebih baik, diuraikan dalam hasil yang diharapkan. Merupakan pedoman tertulis untuk perawatan klien. Rencana keperawatan terorganisasi sehingga setiap perawat dapat dengan cepat mengidentifikasi tindakan perawatan yang diberikan (Fatimah, 2017).

Rencana asuhan keperawatan yang di rumuskan dengan tepat memfasilitasi kontinuitas asuhan perawatan dari satu perawat ke perawat lainnya. Sebagai hasil semua perawat mempunyai kesempatan untuk memberikan asuhan yang berkualitas tinggi dan konsisten. Rencana asuhan keperawatan tertulis mengatur pertukaran informasi oleh perawat dalam laporan pertukaran dinas. Rencana keperawatan tertulis juga mencakup kebutuhan klien jangka panjang (Potter & Perry, 2015).

4. Pelaksanaan (Implementasi) Asuhan Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan inisiatif dari rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tahap pelaksanaan dimulai setelah rencana tindakan disusun dan ditujukan untuk membantu klien mencapai tujuan yang diharapkan. Rencana tindakan yang spesifik dilaksanakan untuk memodifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi masalah kesehatan klien. Tindakan keperawatan

dilaksanakan dalam beberapa tahap yaitu pertama tahap persiapan, tahap awal tindakan keperawatan ini menuntut perawat untuk mengevaluasi yang diidentifikasi pada tahap perencanaan. Tahap kedua adalah intervensi yaitu fokus tahap pelaksanaan tindakan perawatan dari perencanaan untuk memenuhi kebutuhan fisik dan emosional. Pendekatan tindakan keperawatan meliputi tindakan independen, dependen dan interdependen. Tahap ketiga adalah dokumentasi pelaksanaan tindakan keperawatan harus diikuti oleh pencatatan yang lengkap dan akurat terhadap suatu kejadian dalam proses keperawatan (Sumilat, 2017).

5. Evaluasi Asuhan Keperawatan

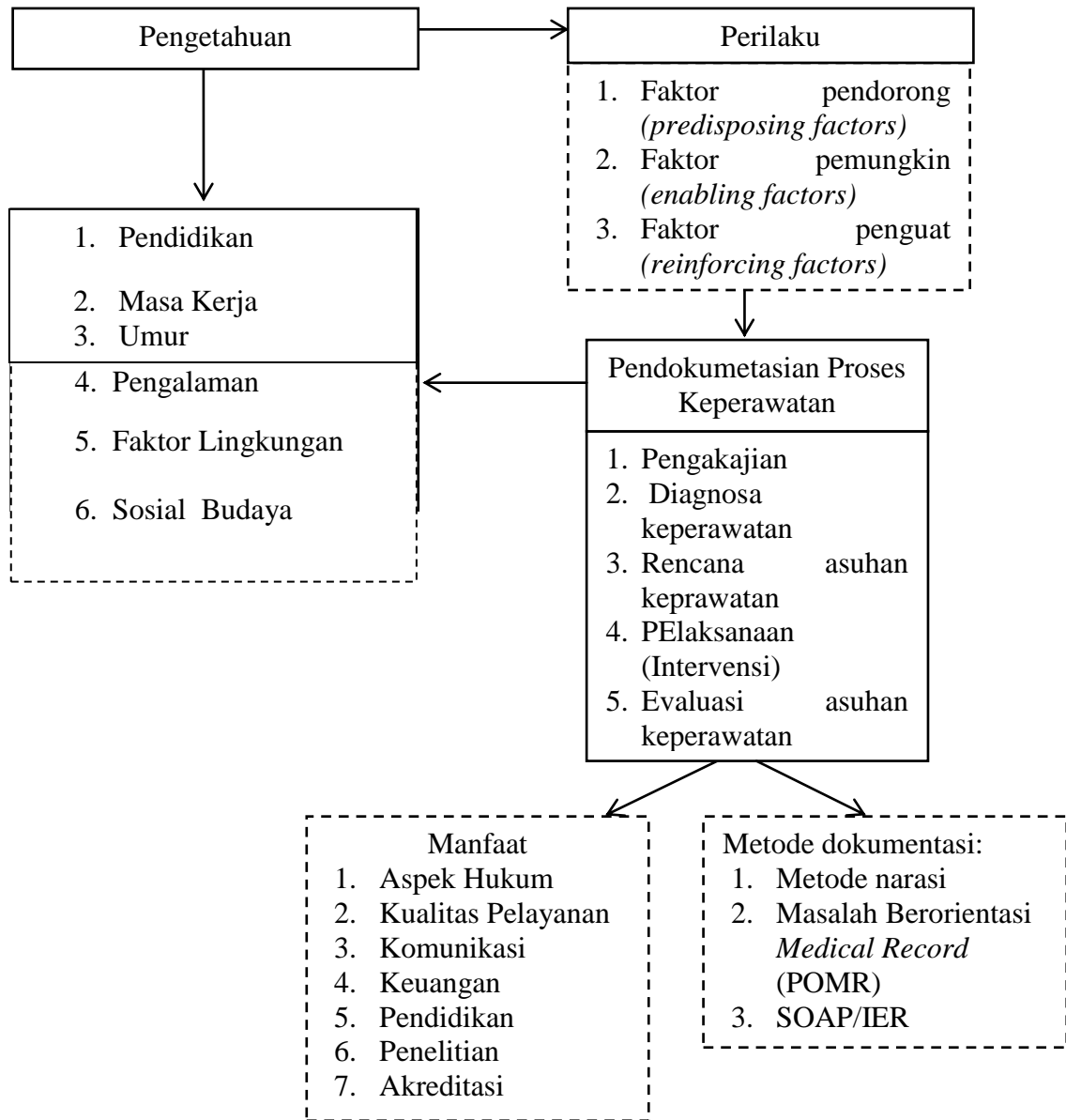
Tahapan selanjutnya adalah evaluasi. Perencanaan evaluasi memuat kriteria keberhasilan proses dan keberhasilan tindakan keperawatan. Keberhasilan proses dapat dilihat dengan jalan membandingkan antara proses dengan pedoman/rencana proses tersebut. Sedangkan keberhasilan tindakan dapat dilihat dengan membandingkan antara tingkat kemandirian pasien dalam kehidupan sehari-hari dan tingkat kemajuan kesehatan pasien dengan tujuan yang telah di rumuskan sebelumnya. Sasaran evaluasi adalah proses asuhan keperawatan berdasarkan kriteria rencana yang telah disusun, hasil tindakan keperawatan berdasarkan kriteria keberhasilan yang telah di rumuskan dalam rencana evaluasi dan hasil evaluasi (Sumilat, 2017).

Terdapat 3 kemungkinan hasil evaluasi yaitu pertama tujuan tercapai, apabila pasien telah menunjukkan perbaikan/kemajuan sesuai dengan kriteria yang telah ditetapkan. Kedua tujuan tercapai sebagian, apabila tujuan itu tidak tercapai secara maksimal, sehingga perlu dicari penyebab dan cara mengatasinya.

Ketiga tujuan tidak tercapai, apabila pasien tidak menunjukkan perubahan/kemajuan sama sekali bahkan timbul masalah baru, dalam hal ini perawat perlu untuk mengkaji secara lebih mendalam apakah terdapat data, analisis, diagnosa, tindakan dan faktor-faktor lain yang tidak sesuai yang menjadi penyebab tidak tercapainya tujuan.

Evaluasi dalam dokumentasi asuhan keperawatan diantaranya adalah evaluasi formatif, yaitu evaluasi yang merupakan hasil observasi dan analisa perawat terhadap respon klien segera pada saat dan setelah intervensi keperawatan dilaksanakan, evaluasi ini dapat dilakukan secara spontan dan memberi kesan apa yang terjadi saat itu dan evaluasi sumatif adalah evaluasi yang merupakan rekapitulasi dan kesimpulan dari observasi dan analisa status kesehatan klien sesuai dengan kerangka waktu yang telah ditetapkan pada tujuan keperawatan (Sumilat, 2017).

2.2 Kerangka Teori



Keterangan:

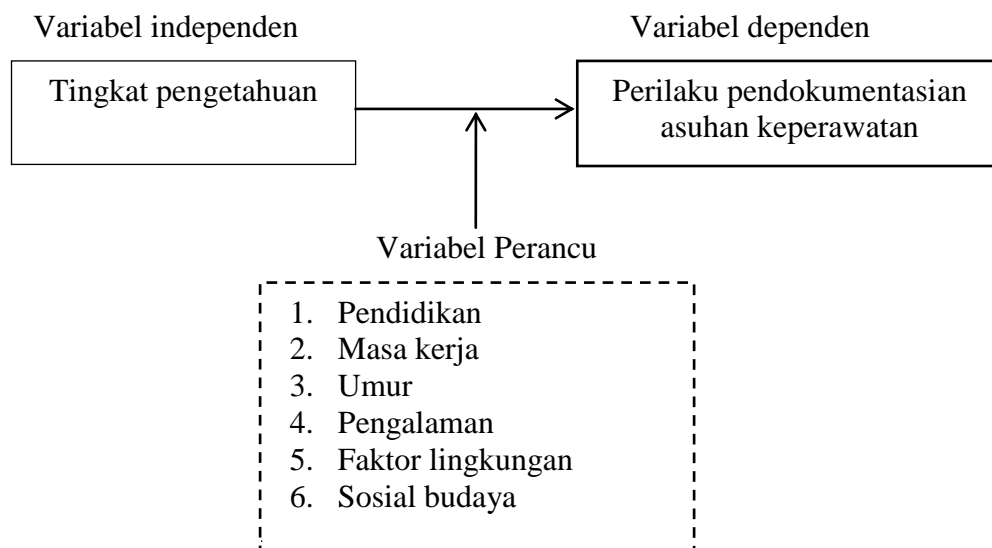
: variabel yang diteliti

: variabel yang tidak diteliti

Gambar 2.1 Kerangka Teori

Sumber: (Notoatmodjo, 2017), (Sumilat, 2017) dan (Nursalam, 2013)

2.3 Kerangka Konsep



Gambar 2.2 Kerangka Konsep

2.4 Hipotesis

Hipotesis merupakan jawaban sementara terhadap rumusan masalah penelitian (Sugiyono, 2013). Hipotesa dalam penelitian ini yaitu :

H_0 : Tidak ada hubungan antara pengetahuan dengan perilaku dalam pendokumentasian proses keperawatan di Instalasi Rawat Jalan RS PKU Muhammadiyah Surakarta

H_a : Ada hubungan antara pengetahuan dengan perilaku dalam pendokumentasian proses keperawatan di Instalasi Rawat Jalan RS PKU Muhammadiyah Surakarta