

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 LANDASAN TEORI

2.1.1 Pendokumentasian Asuhan Keperawatan

2.1.1.1 Pengertian

Dokumentasi Asuhan Keperawatan menurut Tupalan (1983) dalam Mastini (2013) adalah catatan yang dapat dibuktikan atau dijadikan bukti secara hukum. Menurut Fisbach (1981) dalam Mastini (2013) adalah suatu dokumen yang berisi data lengkap, nyata dan tercatat bukan hanya tingkat kesakitan tetapi juga jenis dan kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan. Menurut Effendi (1995) dalam Martini (2007) dokumentasi keperawatan merupakan informasi keperawatan dan kesehatan pasien yang dilakukan perawat sebagai pertanggung jawaban terhadap pelayanan asuhan keperawatan yang telah diberikan kepada pasien.

Dari beberapa definisi dapat disimpulkan bahwa dokumentasi asuhan keperawatan adalah :

- a. Informasi yang mencakup aspek bio-psiko-sosial dan spiritual yang terjadi pada setiap tahap proses keperawatan yang dicatat secara menyeluruh.
- b. Informasi yang diperoleh menjadi dasar bagi penegakan diagnosis keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi asuhan keperawatan dan menjadi dasar umpan balik selanjutnya.

- c. Informasi disusun secara sistimatis dalam format yang telah disepakati dan dapat dipertanggung jawabkan baik secara moral dan hukum.

2.1.1.2 Komponen Model Dokumentasi Keperawatan

Komponen model dokumentasi yang digunakan mencakup tiga aspek yaitu ketrampilan berkomunikasi, keterampilan mendokumentasikan proses keperawatan dan standar dokumantasi.

a. Keterampilan berkomunikasi

Perawat harus memberikan pendapat dan pemikirannya serta menerima pendapat dan pemikiran perawat lain setiap kali melihat dokumantasi keperawatan. Agar pendapat dan pemikirannya dapat disampaikan dengan baik, perawat memerlukan keterampilan dalam menulis. Komunikasi yang baik memungkinkan perawat untuk mengomunikasikan kepada profesi kesehatan lainnya. Jika pendokumentasian dilakukan secara konsisten maka dokumentasi tersebut harus meliputi komponen riwayat keperawatan yaitu masalah yang terjadi saat ini maupun yang akan datang, masalah actual dan potensial, perencanaan dan tujuan saat ini dan yang akan datang, pemeriksaan, pengobatan, promosi kesehatan dan evaluasi tujuan keperawatan

b. Keterampilan Mendokumentasikan Proses Keperawatan

Perawat memerlukan keterampilan dalam mendokumentasikan proses keperawatan. Pendokumensian merupakan *metode* yang tepat untuk mengambil keputusan yang sistimatis. Dokumentasi proses keperawatan mencakup pengkajian, *identifikasi* masalah, perencanaan, pelaksanaan dan

evaluasi. Pendokumentasian proses keperawatan yang *efektif* menggunakan standar *terminology* (pengkajian, *diagnosis*, perencanaan, *implementasi* dan *evaluasi*), mengumpulkan dan mendokumentasikan data yang bermanfaat, menegakkan *diagnosis* keperawatan berdasarkan *klasifikasi* dan *analisis* yang akurat, mendokumentasikan rencana asuhan keperawatan, mendokumentasikan hasil *observasi*, dan *evaluasi* sesuai dengan urutan waktu serta merevisi rencana asuhan berdasarkan hasil yang diharapkan.

c. Standar dokumentasi

Menurut Fisbach 1991 standar dokumentasi adalah suatu pernyataan tentang kualitas dan *kuantitas* 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. Fakta tentang kemampuan perawat dalam pendokumentasian ditunjukkan pada ketrampilan penulisan sesuai dengan standar dokumentasi yang *konsisten*, pola yang *efektif*, dan akurat (Ali, 2002).

Yang dimaksudkan *efektif* dan akurat yaitu; pendokumentasian ditetapkan oleh profesi atau pemerintah dengan menggunakan pedoman – pedoman yang berlaku, standar profesi keperawatan ditulis ke dalam catatan kesehatan, peraturan tentang praktik keperawatan dapat dilihat pada catatan pelayanan kesehatan dan pedoman harus diikuti secara *konsisten*.

2.1.1.3 Tujuan Utama Pendokumentasian Asuhan Keperawatan

Sebagai dokumen rahasia yang mencatat semua pelayanan keperawatan pasien, dokumentasi keperawatan diartikan suatu catatan hukum yang mempunyai banyak manfaat :

- a. Mengidentifikasi status kesehatan pasien dalam rangka mendokumentasikan kebutuhan pasien, merencanakan, melaksanakan asuhan keperawatan dan mengevaluasi *intervensi*.
- b. Dokumentasi untuk penelitian, keuangan, hukum dan etika. Hal ini juga menyediakan :
 - 1) Bukti kualitas asuhan keperawatan
 - 2) Bukti legal dokumentasi sebagai pertanggungjawaban kepada pasien
 - 3) Informasi terhadap perlindungan individu.
 - 4) Bukti aplikasi standar praktek keperawatan.
 - 5) Sumber informasi statistic untuk standar dan riset keperawatan.
 - 6) Pengurangan biaya informasi.
 - 7) Sumber informasi untuk data yang harus dimasukkan.
 - 8) Komunikasi konsep resiko asuhan keperawatan.
 - 9) Informasi untuk peserta didik keperawatan.
 - 10) Persepsi hak pasien.
 - 11) Dokumentasi untuk tenaga professional, tanggungjawab etik dan menjaga kerahasiaan informasi pasien.
 - 12) Suatu data keuangan yang sesuai.
 - 13) Data perencanaan pelayanan kesehatan di masa yang akan datang.

2.1.1.4 Manfaat Dokumentasi Asuhan Keperawatan

Dokumentasi asuhan keperawatan mempunyai makna yang sangat penting bila dilihat dari berbagai aspek antara lain (Ali, 2002):

a. Aspek hukum

Semua catatan informasi tentang keadaan pasien merupakan dokumentasi resmi dan bernilai hukum. Bila terjadi suatu masalah yang berhubungan dengan profesi keperawatan, dimana perawat sebagai pemberi jasa dan pasien sebagai pengguna jasa, maka dokumentasi diperlukan sewaktu-waktu. Dokumentasi tersebut dapat dipergunakan sebagai barang bukti di pengadilan. 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.

b. Jaminan mutu atau kualitas pelayanan

Pencatatan data klien yang lengkap dan akurat, akan member kemudahan bagi perawat dalam membantu menyelesaikan masalah pasien dan 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 mutu dan kualitas pelayanan keperawatan.

c. Komunikasi

Dokumentasi keadaan pasien merupakan alat perekam terhadap masalah yang berkaitan dengan pasien. Perawat atau tenaga kesehatan lain

akan bisa melihat catatan yang ada dan sebagai alat komunikasi yang dijadikan pedoman dalam memberikan asuhan keperawatan.

d. Keuangan

Dokumentasi dapat bernilai keuangan. Semua tindakan keperawatan yang belum, sedang dan telah diberikan dicatat dengan lengkap yang dapat dipergunakan sebagai acuan atau pertimbangan dalam biaya perawatan pasien.

e. Pendidikan

Dokumentasi mempunyai nilai pendidikan, karena isinya menyangkut kronologi dari kegiatan asuhan keperawatan yang dapat dipergunakan sebagai bahan atau *referensi* pembelajaran bagi siswa atau profesi keperawatan.

f. Penelitian

Dokumentasi keperawatan mempunyai nilai penelitian. Data yang terdapat di dalamnya mengandung informasi yang dapat dijadikan sebagai bahan atau obyek penelitian dan pengembangan profesi keperawatan.

g. Akreditasi

Melalui dokumentasi keperawatan akan 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 mutu bagi individu perawat dalam mencapai tingkat kepangkatan yang lebih tinggi.

2.1.1.5 Instrument Evaluasi Penerapan Standar Asuhan Keperawatan

Instrument evaluasi penerapan standar asuhan keperawatan merupakan alat untuk mengukur mutu asuhan keperawatan di Rumah Sakit. Asuhan keperawatan dikatakan bermutu bila telah memenuhi kriteria standar profesi. Standar profesi adalah standar asuhan keperawatan yang diterbitkan oleh Dep Kes RI diberlakukan melalui surat keputusan Direktur Jendral Pelayanan Medik No YM.00.03.2.7637 tahun 1993. Standar asuhan keperawatan merupakan bagian integral dan penjabaran dari standar pelayanan Rumah Sakit yang diberlakukan melalui surat keputusan Menteri Kesehatan No 436 tahun 1993.

2.1.2.5 Hal-hal yang Perlu Diperhatikan dalam Pendokumentasian

Potter dan Perry (1989) dalam Mastini (2013) memberikan panduan sebagai petunjuk cara mendokumentasikan dengan benar :

- a. Jangan menghapus menggunakan tip-ex atau mencoret tulisan yang salah ketika mencatat, karena akan nampak seakan-akan perawat mencoba menyembunyikan informasi atau merusak dokumen. Cara yang benar adalah dengan membuat satu garis pada tulisan yang salah, tulis kata “salah” lalu diparaf kemudian tulis catatan yang benar.
- b. Tulislah kondisi *obyektif klien* dan tindakan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan. Jangan menulis komentar yang bersifat mengkritik *klien* maupun tenaga kesehatan lain karena menyatakan tersebut dapat dipergunakan sebagai bukti terhadap perilaku yang tidak profesional atau asuhan keperawatan yang tidak bermutu.

- c. Koreksi semua kesalahan sesegera mungkin karena kesalahan menulis dapat diikuti dengan kesalahan tindakan. Oleh karena itu jangan tergesa-gesa melengkapi catatan, pastikan bahwa informasi akurat.
- d. Catatan hanya fakta, catatan harus akurat dan *reliable*. Pastikan apa yang ditulis adalah fakta, jangan berspekulasi atau menulis perkiraan saja.
- e. Jangan biarkan pada akhir catatan perawat kosong, karena orang lain 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, ditulis dengan tinta dan menggunakan bahasa yang lugas, karena tulisan yang tidak terbaca dapat disalah tafsirkan sehingga menimbulkan kealahan dan dapat dituntut ke pengadilan.
- g. Jika mempertanyakan suatu instruksi, catat bahwa anda sedang mengklarifikasi karena jika perawat melakukan tindakan di luar batas kewenangannya dapat dituntut.
- h. Tulis hanya untuk diri sendiri karena perawat bertanggung jawab dan bertanggung gugat atas informasi yang ditulisnya. Jadi jangan menuliskan pertanggungjawaban tindakan orang lain.
- i. Hindari penggunaan tulisan yang bersifat umum (kurang spesifik), tulis secara lengkap, singkat, padat dan *obyektif*.
- j. Mulailah mencatat dokumentasi dengan waktu dan akhiri dengan tanda tangan (nama). Pastikan urutan kejadian dicatat dengan benar dan ditandatangani, hal ini menunjukkan orang yang bertanggung gugat atas dokumentasi tersebut.

Jangan tunggu sampai akhir giliran dinas baru mencatat perubahan penting yang terjadi beberapa jam lalu.

Fakta tentang kemampuan perawat dalam pendokumentasian ditunjukkan pada keterampilan menuliskan sesuai dengan standar dokumentasi yang konsisten, pola yang efektif, lengkap dan akurat (Radiani, 2009). Kelengkapan pendokumentasian asuhan keperawatan sendiri dipengaruhi oleh berbagai macam faktor seperti latar belakang pendidikan, lama masa kerja, pengetahuan, ketrampilan, motivasi, psikologis dan lain sebagainya (Berthiana, 2012).

2.1.3 Pengetahuan

2.1.3.1 Pengertian

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indera manusia yakni indera penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Pengetahuan merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga. Pengetahuan juga dapat diperoleh dari pendidikan formal dan informal (Notoatmodjo, 2003).

Perilaku yang didasari pengetahuan akan lebih langgeng daripada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan. Namun peningkatan pengetahuan tidak selalu menggambarkan perubahan perilaku. Beberapa faktor yang mempengaruhi perilaku seseorang adalah pengetahuan dan sikap, namun pembentukan perilaku

itu sendiri tidak semata-mata berdasarkan hal tersebut tapi masih dipengaruhi oleh banyak faktor yang sangat kompleks (Notoatmodjo, 2003).

2.1.3.2 Tingkat Pengetahuan Dalam Domain Kognitif

Pengetahuan yang mencakup dalam domain kognitif mempunyai enam tingkatan yaitu :

a. Tahu

Adalah mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Termasuk ke dalamnya adalah mengingat kembali terhadap sesuatu yang *spesifik* terhadap suatu bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima.

b. Memahami

Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan menjelaskan secara benar, objektif yang diketahui, dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar.

c. Aplikasi

Aplikasi diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi sebenarnya.

d. Analisis

Kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu subyek ke dalam suatu komponen-komponen tetapi masih di dalam suatu struktur organisasi tersebut dan masih ada kaitannya satu sama lain.

e. Sintesis

Suatu kemampuan untuk meletakkan suatu hubungan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru atau kemampuan untuk menyusun formulasi yang baru dari formulasi yang telah ada.

f. Evaluasi

Evaluasi ini dikaitkan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau obyek. Pengetahuan merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang (perilaku) dan perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng dari pada perilaku yang tidak didasari pengetahuan.

Rogers mengungkapkan bahwa sebelum mengadopsi perilaku baru dalam diri seseorang akan terjadi proses yang berurutan yaitu :

- a. *Awareness* (kesadaran). Di mana orang menyadari dalam arti mengetahui terlebih dahulu terhadap stimulus.
- b. *Interest*. Subyek mulai tertarik terhadap stimulus atau subyek tersebut. Di sini sikap subyek sudah mulai timbul.
- c. *Evaluation*. Pada tahap ini subyek mulai menimbang-nimbang baik buruknya stimulus terhadap dirinya.
- d. *Trial*. Di mana subyek mulai melakukan sesuatu sesuai dengan apa yang dikehendaki oleh stimulus.
- e. *Adaption*. Di mana subyek lebih berperilaku sesuai dengan pengetahuan, kesadaran dan sikapnya terhadap stimulus

2.1.3.3 Faktor yang Mempengaruhi Pengetahuan

Ada dua faktor yang mempengaruhi pengetahuan seseorang yaitu faktor internal dan faktor eksternal (Notoatmodjo, 2003).

2.1.3.3.1 Faktor Internal

a. Kesehatan

Sehat berarti keadaan fisik, mental dan sosial seseorang berfungsi secara optimal dan seimbang. Keseimbangan ini akan terganggu jika seseorang sakit. Proses belajarpun akan terganggu jika seseorang berada dalam keadaan yang tidak optimal baik fisik, mental maupun sosial.

b. Intelegensi

Intelegensi merupakan kemampuan yang dibawa sejak lahir, yang memungkinkan seseorang berbuat sesuatu dengan cara tertentu. Orang berpikir menggunakan intelegensinya atau pikirannya. Cepat atau tidaknya dan terpecahkan tidaknya suatu masalah tergantung kemampuan intelegensinya. Salah satu faktor yang mempengaruhi penerimaan pesan dalam komunikasi adalah taraf intelegensi seseorang. Secara *common sense* dapat dikatakan bahwa orang-orang yang lebih intelegen akan lebih mudah menerima suatu pesan. Intelegensi sangat besar sekali pengaruhnya terhadap pengetahuan seseorang. Orang yang mempunyai tingkat intelegensi yang tinggi akan lebih berhasil daripada yang mempunyai intelegensi rendah.

Dari uraian tersebut dapat disimpulkan bahwa orang yang mempunyai taraf intelegensi tinggi akan mempunyai pengetahuan yang baik dan sebaliknya.

c. Perhatian

Perhatian adalah keaktifan jiwa yang tinggi yang semata-mata tertuju pada suatu obyek. Jika perhatian seseorang rendah/kurang terhadap suatu materi, maka pemahaman terhadap materi tersebut akan berkurang/menurun.

d. Minat

Minat adalah kecenderungan yang tetap untuk memperhatikan dan mengenang berbagai kegiatan. Kegiatan yang diminati seseorang, diperlukan terus-menerus serta disertai rasa senang. Berbeda dengan perhatian yang sifatnya sementara.

e. Bakat

Bakat adalah kemampuan untuk belajar, kemampuan itu akan terealisasi menjadi kecakapan nyata sesudah belajar atau berlatih.

2.1.3.3.2 Faktor Eksternal

a. Keluarga dan masyarakat

Keluarga sangat menentukan dalam pendidikan karena keluarga adalah lembaga pendidikan yang pertama dan utama. Masyarakat merupakan faktor eksternal yang juga mempengaruhi belajar seseorang. Pengaruh ini terjadi karena keberadaannya dalam masyarakat. Adapun bentuk kegiatan seseorang dalam masyarakat adalah hubungan dengan media masa, teman bergaul dan bentuk kehidupan masyarakat.

b. Metode pembelajaran dan pendidikan

Metode mengajar adalah suatu cara yang harus dilalui didalam mengajar. Untuk menghindari pelaksanaan cara belajar yang salah perlu suatu pembinaan. Dengan metode belajar yang tepat dan efektif akan efektif pula hasil belajar seseorang.

Tugas dari pendidikan adalah memberikan atau meningkatkan pengetahuan, menimbulkan sifat positif, serta memberikan atau meningkatkan kemampuan masyarakat atau individu tentang aspek-aspek yang bersangkutan, sehingga dicapai suatu masyarakat yang berkembang (Notoatmodjo, 2003). Jadi tingkat pengetahuan seseorang terhadap suatu objek sangat ditentukan oleh tingkat pendidikan.

2.1.4 Standar Asuhan Keperawatan (SAK)

2.1.4.1 Pengertian

Standar asuhan keperawatan adalah uraian pernyataan tingkat kinerja yang diinginkan, sehingga kualitas struktur, proses dan hasil dapat dinilai. Standar asuhan keperawatan berarti pernyataan kualitas yang diinginkan dan dapat dinilai pemberian asuhan keperawatan terhadap pasien atau klien. Hubungan antara kualitas dan standar menjadi dua hal yang saling terkait erat, karena melalui standar dapat dikuantifikasikan sebagai bukti pelayanan meningkat dan memburuk. (Wilkinson, 2006 dalam PPNI 2017).

Standar adalah pedoman kerja agar pekerjaan berhasil dan bermutu. Standar asuhan keperawatan identik dengan standar asuhan keperawatan, berguna

sebagai kriteria untuk mengukur keberhasilan dan mutu asuhan keperawatan. Ciri mutu asuhan keperawatan yang baik adalah:

- a. Memenuhi standar profesi yang ditetapkan
- b. Sumber daya untuk pelayanan asuhan keperawatan dimanfaatkan secara wajar, efisiensi, dan efektif.
- c. Aman bagi pasien dan tenaga keperawatan sebagai pemberi jasa.
- d. Memuaskan bagi pasien dan tenaga keperawatan
- e. Aspek sosial, ekonomi, budaya, agama, etik dan tata nilai masyarakat diperhatikan dan dihormati

2.1.4.2 Tujuan standar asuhan keperawatan

Tujuan keperawatan dalam asuhan keperawatan adalah:

- a. Memberi bantuan yang paripurna dan efektif pada semua orang yang memerlukan pelayanan kesehatan sesuai dengan sistem kesehatan nasional.
- b. Menjamin bahwa semua bantuan diarahkan untuk memenuhi kebutuhan pasien dan mengurangi kesenjangan.
- c. Mengembangkan standar asuhan keperawatan yang ada.
- d. Memberi kesempatan kepada tenaga keperawatan untuk mengembangkan tingkat kemampuan profesionalnya.
- e. Memelihara hubungan kerja yang efektif dengan semua anggota tim kesehatan.
- f. Melibatkan pasien dalam perencanaan dan pelaksanaan pelayanan kesehatan.

- g. Menciptakan iklim yang menunjang proses belajar mengajar dalam kegiatan pendidikan bagi perkembangan tenaga keperawatan.
- h. Menunjang program pendidikan berkelanjutan bagi perumbuhan dan perkembangan pribadi tenaga perawatan.

2.1.4.3 Manfaat standar asuhan keperawatan

- a. Bagi perawat, membimbing perawat dalam penentuan tindakan keperawatan yang akan dilakukan terhadap pasien serta perlindungan dari kelalaian dalam melakukan tindakan keperawatan dengan membimbing perawat melakukan tindakan tindakan keperawatan secara tepat dan benar.
- b. Bagi rumah sakit, meningkatkan efisiensi serta efektifitas pelayanan keperawatan yang akan berefek pada penurunan lama rawat pasien di rumah sakit.
- c. Bagi pasien, dengan perawatan yang tidak memakan waktu yang lama maka biaya perawatan serta pengobatan yang ditanggung pasien dan keluarganya akan lebih ringan.
- d. Bagi profesi, sebagai alat perencanaan untuk mencapai target dan sebagai tolak ukur untuk mengevaluasi penampilan, dimana standar ini digunakan sebagai alat pengontrolnya.
- e. Bagi tenaga kesehatan lainnya, untuk mengetahui batas kewenangan profesi lain sehingga saling menghormati dan bekerjasama secara baik dalam menjalankan pekerjaan sesuai profesinya.

2.1.4.4 Pedoman Standar Asuhan Keperawatan

Direktorat Jenderal Pelayanan Medik, Depkes RI bersama dengan Organisasi Profesi Keperawatan, telah menyusun Standar Asuhan Keperawatan dan secara resmi Standar Asuhan keperawatan diberlakukan untuk diterapkan diseluruh rumah sakit, melalui “SK Direktur Jenderal Pelayanan Medik, No.YM.00.03.2.6.7637 tahun 1993 tentang berlakunya Standar Asuhan Keperawatan di Rumah Sakit”. Ini berarti bahwa seluruh tenaga keperawatan di rumah sakit, dalam memberikan asuhan keperawatan, harus berpedoman kepada Standar Asuhan Keperawatan dimaksud.

Dalam Standar-standar yang ditetapkan dalam Standar Asuhan Keperawatan yang dimaksud terdiri dari (DepKes RI, 1997) :

2.1.4.4.1 Standar 1 : Pengkajian Keperawatan

Untuk melakukan asuhan keperawatan diperuntukan data yang lengkap dan aktual sesuai dengan keadaan pasien, data ini diperoleh melalui pengkajian. Komponen pengkajian keperawatan meliputi :

a. Pengumpulan data

Kriteria : Menggunakan format yang baku, sistematis, diisi sesuai item yang tersedia, aktual, absah.

b. Pengelompokan data

Kriteria : Data biologis, psikologis, sosial dan spiritual

c. Perumusan masalah

Kriteria : Kesenjangan antara status kesehatan dengan norma dan pola fungsi kehidupan, perumusan masalah ditunjang oleh data yang di kumpulkan

2.1.4.4.2 Standar 2 : Diagnosa Keperawatan

Diagnosa dirumuskan berdasarkan status kesehatan pasien, dianalisis, dan dibandingkan dengan norma fungsi kehidupan pasien. Kriteria :

- a. Diagnosa keperawatan dihubungkan dengan penyebab kesenjangan dan pemenuhan kebutuhan pasien.
- b. Dibuat sesuai wewenang perawat.
- c. Komponennya terdiri dari masalah, penyebab, tanda dan gejala atau terdiri dari masalah dan penyebab.
- d. Bersifat aktual apabila masalah kesehatan pasien sudah nyata terjadi.
- e. Bersifat potensial apabila masalah kesehatan pasien, kemungkinan besar akan terjadi
- f. Dapat ditanggulangi oleh perawat

2.1.4.4.3 Standar 3 : Perencanaan Keperawatan

Perencanaan keperawatan disusun berdasarkan diagnosa keperawatan.

Komponen perencanaan keperawatan meliputi :

- a. Prioritas masalah :

Kriteria :

- 1) Masalah - masalah yang mengancam kehidupan merupakan prioritas pertama.
- 2) Masalah - masalah yang mengancam kesehatan seseorang adalah prioritas kedua
- 3) Masalah - masalah yang mempengaruhi perilaku merupakan prioritas ketiga.

b. Tujuan asuhan keperawatan

Kriteria : Spesifik, Bisa diukur, Bisa dicapai, Realistik, Ada batas waktu

c. Rencana tindakan

Kriteria :

- 1) Disusun berdasarkan tujuan asuhan keperawatan
- 2) Melibatkan pasien atau keluarga
- 3) Mempertimbangkan latar belakang budaya pasien atau keluarga
- 4) Menentukan alternatif tindakan yang tepat .
- 5) Mempertimbangkan kebijaksanaan dan peraturan yang berlaku, lingkungan, sumber daya dan fasilitas yang ada.
- 6) Menjamin rasa aman dan nyaman bagi pasien
- 7) Kalimat instruksi, ringkas, tegas dengan bahasanya mudah dimengerti.

Dalam Standar Asuhan Keperawatan aspek keamanan pasien mendapat perhatian dengan ketentuan :

- 1) Menjaga keselamatan pasien yang gelisah diatas tempat tidur.
- 2) Mencegah infeksi nosokomial.
- 3) Mencegah kecelakaan pada penggunaan alat elektronika.
- 4) Menjaga dari kecelakaan akibat penggunaan alat yang mudah meledak.
- 5) Mencegah kekeliruan penggunaan obat.

2.1.4.4.4 Standar 4 : Intervensi Keperawatan

Intervensi Keperawatan adalah pelaksanaan rencana tindakan yang ditentukan dengan maksud agar kebutuhan pasien terpenuhi secara maksimal yang

mencakup aspek peningkatan, pencegahan, pemeliharaan serta pemulihan kesehatan dengan mengikutsertakan pasien dan keluarganya. Kriteria :

- a. Dilaksanakan sesuai dengan rencana keperawatan
- b. Menyangkut keadaan bio-psiko-sosio spiritual pasien
- c. Menjelaskan setiap tindakan keperawatan yang akan dilakukan kepada pasien/keluarga
- d. Sesuai dengan waktu yang telah ditentukan
- e. Menggunakan sumber daya yang ada
- f. Menerapkan prinsip aseptik dan antiseptik
- g. Menerapkan prinsip aman, nyaman, dan ekonomis, privacy dan mengutamakan keselamatan pasien
- h. Melaksanakan perbaikan tindakan berdasarkan respons pasien
- i. Merujuk dengan segera bila ada masalah yang mengancam keselamatan pasien
- j. Mencatat semua tindakan yang telah dilaksanakan
- k. Merapikan pasien dan alat setiap selesai melakukan tindakan
- l. Melaksanakan tindakan keperawatan berpedoman pada prosedur teknis yang telah ditentukan

Intervensi keperawatan berorientasi pada 14 komponen keperawatan dasar meliputi :

- a. Memenuhi kebutuhan oksigen.
- b. Memenuhi kebutuhan nutrisi keseimbangan cairan dan elektrolit.
- c. Memenuhi kebutuhan eliminasi.

- d. Memenuhi kebutuhan keamanan.
- e. Memenuhi kebutuhan kebersihan dan kenyamanan.
- f. Memenuhi kebutuhan istirahat dan tidur.
- g. Memenuhi kebutuhan gerak dan kegiatan jasmani.
- h. Memenuhi kebutuhan spiritual.
- i. Memenuhi kebutuhan emosional.
- j. Memenuhi kebutuhan komunikasi.
- k. Mencegah dan mengatasi reaksi fisiologis.
- l. Memenuhi kebutuhan pengobatan dan membantu proses penyembuhan.
- m. Memenuhi kebutuhan penyuluhan.
- n. Memenuhi kebutuhan rehabilitasi.

2.1.4.4.5 Standar 5 : Evaluasi Keperawatan.

Evaluasi keperawatan dilakukan secara periodik, sistematis, dan berencana untuk menilai perkembangan pasien. Kriteria :

- a. Setiap tindakan keperawatan dilakukan evaluasi
- b. Evaluasi hasil menggunakan indicator yang ada pada rumusan tujuan
- c. Hasil evaluasi segera dicatat dan dikomunikasikan
- d. Evaluasi melibatkan pasien, keluarga dan tim kesehatan
- e. Evaluasi dilakukan sesuai dengan standar

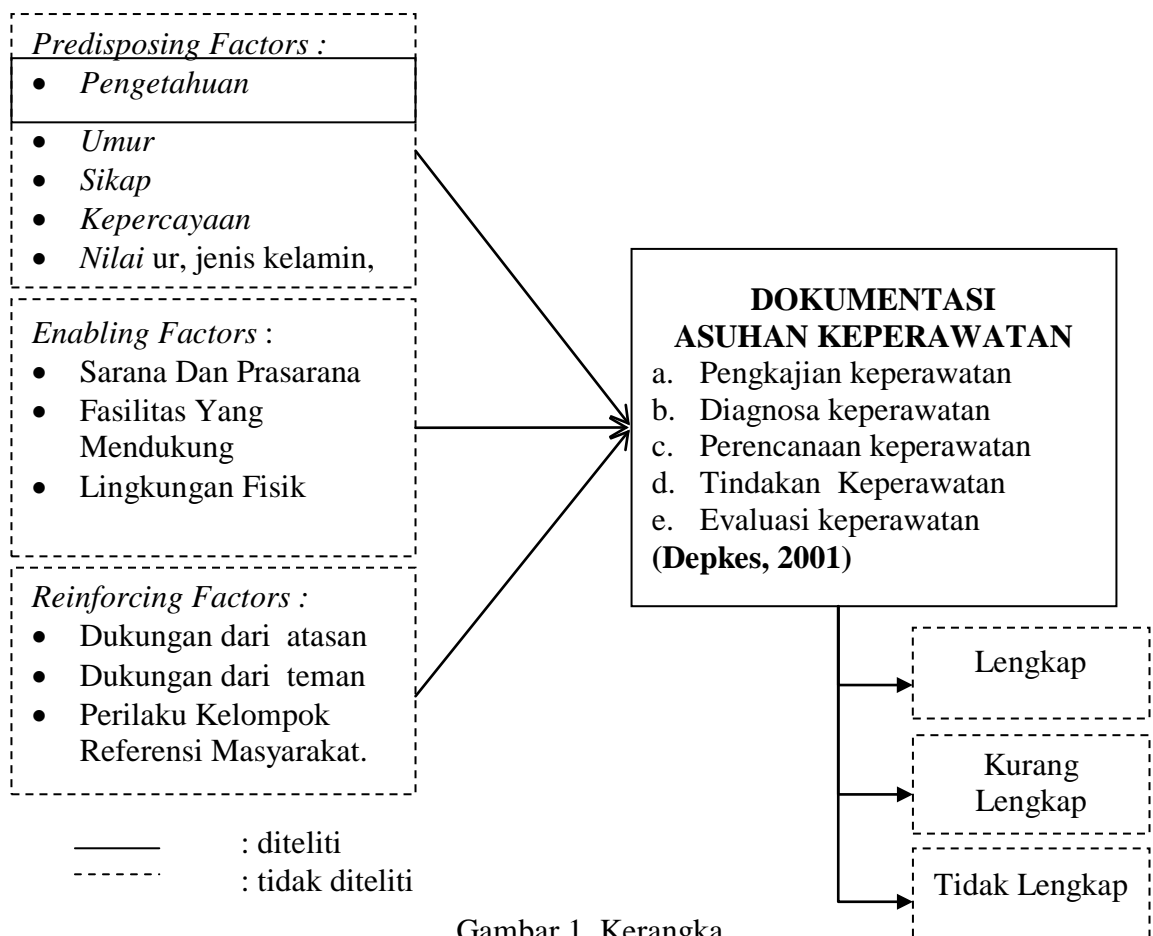
2.1.4.4.6 Standar 6 : Catatan Asuhan Keperawatan

Catatan asuhan keperawatan dilakukan secara individual. Kriteria :

- a. Dilakukan selama pasien selama pasien dirawat nginap dan rawat jalan
- b. Dapat digunakan sebagai bahan informasi, komunikasi dan laporan

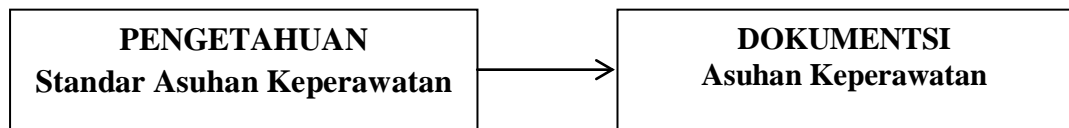
- c. Dilakukan segera setelah tindakan dilaksanakan
- d. Penulissannya harus jelas dan segera dan ringkas serta menggunakan istilah yang baku
- e. Sesuai dengan pelaksanaan proses keperawatan
- f. Setiap pencatatan harus mencantumkan initial/paraf/nama perawat yang melaksanakan tindakan dan waktunya
- g. Menggunakan formulir yang baku
- h. Disimpan sesuai dengan peraturan yang berlaku

2.2 KERANGKA TEORI



Gambar 1. Kerangka

2.3 KERANGKA KONSEP PENELITIAN



2.4 HIPOTESIS

Terdapat hubungan antara pengetahuan tentang Standar Asuhan Keperawatan dengan pendokumentasian keperawatan.