Prinsip Pendokumentasian Asuhan Keperawatan

Aruni Muharani

arunikisaran@gmail.com

Latar Belakang: Dokumentasi keperawatan sangatlah penting, akan tetapi pada kenyataannya masih banyak perawat yang kurang mengetahui dokumentasi keperawatan yang baik dan benar. Dokumentasi keperawatan adalah suatu catatan yang dapat dibuktikan atau dapat dijadikan bukti dari segala macam tuntutan, yang berisi data lengkap, nyata dan tercatat bukan hanya tentang tingkat kesakitan dari pasien, tetapi juga jenis/type, kualitas dan kuantitas pelayanan kesehatan dalam memenuhi kebutuhan pasien. Perawat merupakan tenaga kesehatan yang selalu melakukan kontak langsung dengan pasien, baik menangani maupun membantu juga.

Perawat adalah sebuah profesi yang tak akan mungkin luput dari pandangan masyarakat melalui media massa yang ada. Citra, reputasi dan kepedulian perawat merupakan salah satu faktor yang memegang peranan sangat penting terhadap kepuasan klien, jika perawat tidak ramah kepada klien, maka bisa saja perawat akan di cap buruk oleh klien maupun keluarga klien, oleh sebab itu perawat harus mampu memberikan pelayanan yang terbaik, guna meningkatkan kualitas dan citra terbaik dari perawat. Dengan demikian klien akan memandang dan memilih rumah sakit mana yang cocok dan akan dipilih untuk proses penyembuhan nya. Persepsi yang negatif seperti tindakan yang kurang tepat, kurang terampil, kurang berkomunikasi dengan pasien dan kurang cepat menanggapi keluhan pasien dapat memperburuk citra perawat.

Dokumentasi dalam keperawatan memegang peranan penting terhadap segala macam tuntutan masyarakat yang semakin kritis dan mempengaruhi kesadaran masyarakat akan hak-haknya dari suatu unit kesehatan. Pendokumentasian yang tidak dilakukan dengan lengkap dapat menurunkan mutu pelayanan keperawatan karena tidak dapat mengidentifikasi sejauh mana tingkat keberhasilan asuhan keperawatan yang telah diberikan.

Pendokumentasian asuhan keperawatan dilakukan sebagai bukti tindakan keperawatan sudah dilakukan secara profesional dan legal sehingga dapat memberikan perlindungan pada perawat dan pasien (Iyer & Camp, 2005). Pendokumentasian berguna bagi rumah sakit dalam meningkatkan standar akreditasi, sebagai alat komunikasi antar profesi, indikator pelayanan mutu, bukti tanggung jawab, dan tanggung gugat perawat, sumber data dan sebagai sarana penelitian. pendokumentasian yang baik mempunyai ciri-ciri berdasarkan fakta, data yang akurat, kelengkapan, ringkas, terorganisasi, ketepatan waktu, mudah untuk dibaca.

Dokumentasi asuhan keperawatan yang berkualitas harus terdapat unsur keakuratan, kelengkapan, dan kerelevanan. Kegiatan dokumentasi keperawatan yang tidak lengkap dalam pendokumentasian, keakuratan dan tidak relevan maka akan terjadi kesulitan dalam melakukan pembuktian tindakan yang sudah dilaksanakan dengan baik dan benar.

Metode: Metode ini menggunakan metode kuantitatif. Berdasarkan dari penjelasan yang didapat dari sumber dan referensi terkait dokumentasi keperawatan dalam asuhan keperawatan.

Hasil: Hasil yang dapat diperoleh yaitu agar pendokumentasian di Rumah Sakit dapat dilakukan dengan benar dan tepat.

Pembahasan: Prinsip adalah suatu hal yang diyakini, yang mendasari sesuatu hal tersebut. Yang sifatnya tidak bisa dirubah. Dokumentasi asuhan keperawatan merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari asuhan keperawatan yang dilaksanakan sesuai standar. Pemahaman dan ketrampilan dalam menerapkan standar dengan baik merupakan suatu keharusan bagi tenaga keperawatan agar mampu melakukan pendokumentasian asuhan keperawatan secara baik dan benar. Dokumentasi keperawatan yang lengkap dan akurat akan memudahkan disiplin ilmu lain untuk menggunakan informasi di dalamnya. Dokumentasi diperlukan untuk memudahkan alur dan koordinasi dalam perawatan pasien (Green & Thomas, 2008).

Dokumentasi keperawatan mempunyai 3 prinsip yaitu: Brevity, Legibility, dan Accuracy (Carpenitto, 1991) Prinsip-prinsip tersebut di atas dapat dijelaskan sebagai berikut:

1. Brevity

Dalam melakukan pendokumentasian setiap petugas/perawat harus brevity, Brevity sendiri adalah ringkas, jadi kita dalam mencatat isi dokumentasi keperawatan harus ringkas dan tidak perlu memasukan kata-kata atau kalimat yang tidak penting dan mempunyai makna yang tidak sesuai.

Misal :

- Intervensi: Berikan cairan infus RL 4 tetes/menit (ringkas/brevity)
- Intervensi: Berikan cairan infus ringer laktat 4 tetes per menit karena di sarankan oleh dokter bedah yaitu dr.AA Sp.D. yang jaga sihf pagi.(tidak brevity).

Dengan menuliskan catatan yang ringkas dan mengenai inti masalah maka catatan dokumentasi akan mudah di pahami dan tidak memakan ruang dalam lembar yang tersedia.

2. Legidibility

Legidibility yaitu dimana dalam penulisan/pencatatan dokumentasi keperawatan harus mudah dibaca dan di pahami oleh perawat lain atau profesi lain yang ikut dalam proses

pendokumentasian. Misal :

- Perawat harus menuliskan catatan yang jelas yang bisa dibaca dan di mengerti oleh perawat lain, dan tidak menuliskan istilah-istilah yang tidak di pahami oleh orang lain. Semisal ada istilah baru maka harus segera di diskusikan ke semua tim untuk menggunakan istilah tersebut.

3. Accuracy

Accuracy adalah sesuai dengan data yang ada pada klien. Jadi kita harus memasukan data pada dokumentasi keperawatan harus benar dan sesuai dengan data baik identitas, laboratorium dan radiologi pada setiap klien. Ini adalah aspek yang sangat vital dan tidak boleh salah atau tertukar dengan klien lain.

Misal :

· Dalam memasukan data pemberian obat perawat harus teliti dan tidak boleh salah, obat yang resepkan untuk Tn. A tidak boleh di berikan kepada Tn. C. Hal yang pokok dalam prinsip-prinsip dokumentasi (Carpenito 1991) adalah :

1. Dokumentasi harus dilakukan segera setelah pengkajian pertama dilakukan, demikian juga pada setiap langkah kegiatan keperawatan
2. Bila memungkinkan, catat setiap respon pasien / keluarganya tentang informasi / data yang penting tentang keadaannya.
3. Pastikan kebenaran setiap data data yang akan dicatat.
4. Data pasien harus objektif dan bukan merupakan penafsiran perawat, dalam hal ini perawat mencatat apa yang dilihat dari respon pasien pada saat merawat pasien mulai dari pengkajian sampai evaluasi.
5. Dokumentasikan dengan baik apabila terjadi hal-hal sebagai berikut : adanya perubahan kondisi atau munculnya masalah baru, respon pasien terhadap bimbingan perawat.
6. Harus dihindari dokumentais yang baku sebab sifat individu /Pasien adalah unik dan setiap pasien mempunyai masalah yang berbeda.
7. Hindari penggunaan istilah penulisan yang tidak jelas dari setiap catatan yang dicatat, harus disepakati atas kebijaksanaan institut setempat.
8. Data harus ditulis secara syah dengan menggunakan tinta dan jangan menggunakan pensil agar tidak mudah dihapus.
9. Untuk merubah atau menutupi kesalahan apabila terjadi salah tulis, coret dan diganti dengan yang benar kemudian ditanda tangani.
10. Untuk setiap kegiatan dokumentasi, cantumkan waktu tanda tangan dan nama jelas penulis.
11. Wajib membaca setiap tulisan dari anggota lain kesehatan yang lain sebelum menulis data terakhir.
12. Dokumentasi harus dibuat dengan tepat, jelas dan lengkap.

Prinsip Dokumentasi Penulisan Pengkajian :

1. Sistematis : pengkajian dari saat masuk rumah sakit sampai pulang.

2. Format tersusun dan berkesinambungan.
3. Terdiri dari pencatan pengumpulan data, terkelompok dan analisa data yang mendukung klien.
4. Ditulis secara jelas dan singkat.
5. Menuliskan identitas waktu tanggal, nama dan tanda tangan pelaksana pengkajian.
6. Ikut aturan atau prosedur yang dipakai dan disepakati instansi.

Prinsip Dokumentasi Penulisan Diagnosa:

- 2.1 Gunakan format PES untuk semua masalah aktual dan PE untuk masalah resiko.
- 2.2 Catat diagnosa keperawatan resiko dalam format keperawatan.
- 2.3 Mulai pernyataan diagnosis keperawatan dengan mengidentifikasi informasi tentang data untuk diagnosis keperawatan.
- 2.4 Masukkan diagnosis keperawatan ke dalam daftar masalah.
- 2.5 Hubungkan pada tiap-tiap diagnose keperawatan ketika menemui masalah keperawatan.
- 2.6 Setiap pergantian jaga perawat, gunakan diagnosa keperawatan sebagai pedoman untuk pengkajian, tindakan dan evaluasi.
- 2.7 Menuliskan identitas waktu tanggal dan tanda tangan pelaksana perumusan

Prinsip Dokumentasi Penulisan Intervensi :

- 3.1 Sebelum menuliskan rencana tindakan, kaji ulang semua data yang ada.
- 3.2 Daftar dan jenis masalah actual resiko dan kemungkinan. Berikan prioritas utama pada masalah actual yang mengancam kesehatan.
- 3.3 Tulis dengan jelas khusus, terukur, kriteria hasil yang diharapkan untuk menetapkan masalah bersama dengan klien tentukan ketrampilan kognitif, afektif dan psikomotor yang merupakan perhatian.
- 3.4 Alasan prinsip specificity untuk menuliskan diagnosa keperawatan.
- 3.5 Mulai rencana tindakan dengan menggunakan action verb. Catat tanda- tanda vital setiap pergantian dinas.
- 3.6 Tulis rasional dari rencana tindakan.
- 3.7 Menuliskan identitas waktu tanggal dan tanda tangan pelaksana.
- 3.8 Rencana tindakan harus dicatat sebagai hal yang permanen.

3.9 Klien dan keluarganya jika memungkinkan diikutkan dalam perencanaan.

3.10 Rencana tindakan harus sesuai dengan waktu yang telah ditentukan dan diusahakan untuk selalu diperbaharui.

Penutup: Perlu diadakan pelatihan tentang asuhan keperawatan secara berkesinambungan sehingga perawat mampu meningkatkan pemahaman asuhan keperawatan dengan baik dan benar, bagi perawat yang mempunyai masa kerja masih baru maupun yang sudah lama. Perlu ada pengawasan dan pemberian reward dan punishment yang jelas serta sikap pimpinan yang tegas dalam hal pelaksanaan dan pencatatan asuhan keperawatan

Daftar Pustaka

1. Ashriady,. Supratti,. (2016), Pendokumentasian Standar Asuhan Keperawatan Di Rumah Sakit Umum Daerah Mamuju, Indonesia, *Jurnal Kesehatan Manarang*, Vol 2
2. Churin'in,. Gustomi, P. M,. (2015), Penerapan Model Dokumentasi Asuhan Keperawatan Problem Oriented Record (POR) Terhadap Kinerja Perawat, *Journals of Ners Community*, Vol 6
3. Kasim, M,. Abdurrouf, M,. (2016). Peningkatan Kualitas Pelayanan dan Pendokumentasian Asuhan Keperawatan Dengan Metode Tim, *NurseLine Journal*, Vol 1
4. Rantung, A. G,. Wijaya, A. M,. (2015), Persepsi Pasien Terhadap Kompetensi Professional Perawat,*Jurnal Skolastik Keperawatan*, Vol 1
5. Setiawan,. Rutami,. Pelaksanaan Proses Pengkajian Keperawatan di Ruang Rawat Inap Rsup H. Adam Malik Medan
6. Setiawan, H,. Pertiwiwati, E,. & Muryani,.(2019), Kualitas Pendokumentasian Asuhan Keperawatan di Ruang Rawat Inap, *Nerspedia*, Vol 2
7. Simamora, R. (2009). Dokumentasi Proses Keperawatan.
8. Simamora, R. H,. Purba, J. M,. Bukit, E. K,. & Nurbaiti, N. (2019). Penguatan Peran Perawat Dalam Pelaksanaan Asuhan Keperawatan Melalui Pelatihan Layanan Prima. *JPPM (Jurnal Pengabdian Dan Pemberdayaan Masyarakat)*, 3(1), 25
9. Utami, W. Y,. Supratman,.(2009), Pendokumentasian Asuhan Keperawatan Ditinjau Dari Beban Kerja Perawat, *Berita Ilmu Keperawatan*, Vol. 2
Sugiyati, S,. (2015) Hubungan Pengetahuan Perawat Dalam Dokumentasi Keperawatan Dengan Pelaksanaannya di Rawat Inap RSI Kendal, *Jurnal Keperawatan*, Vol 8

10. Warsito, E. B., Yanti, I. R., (2013), Hubungan Karakteristik Perawat, Motivasi, dan Supervisi Dengan Kualitas Dokumentasi Proses Asuhan Keperawatan, *Jurnal Manajemen Keperawatan*, Vol 1
11. Wardani, I. Y., Hamid, A.Y., Wiarsih, W. & Susanti, H. (2012), Dukungan Keluarga Faktor Penyebab Ketidakpatuhan Klien Skizofrenia Menjalani Pengobatan, Vol 15
12. Wijaya, M., A., & Rantung, G., A. (2015). Persepsi Pasien Terhadap Kompetensi Profesional Perawat. *Jurnal Skolastik Keperawatan*. 1 (1), 75-77.