GAMBARAN MODEL PENDOKUMENTASIAN ASUHAN KEPERAWATAN

Erta Iman Jelita Harefa/181101138

ertahrf08@gmail.com

Abstrak

Latar belakang: Di zaman sekarang ini tuntutan masyarakat akan kualitas pelayanan kesehatan semakin meningkat sehingga memberi dampak positif bagi setiap profesi kesehatan untuk selalu berupaya meningkatkan kinerja profesionalnya sesuai kebutuhan masyarakat. Semua kegiatan yang dilakukan oleh perawat baik sebagai pelaksana ataupun sebagai manajer harus dicatat dan dilaporkan sebagai laporan kinerja yang bisa dijadikan bahan evaluasi untuk pengambilan keputusan. Salah satu yang selalu dicatat dan dilaporkan adalah pencacatan tingkat pencapaian dokumentasi asuhan keperawatan.

Tujuan: Penulisan ini bertujuan untuk mengetahui dan memberi informasi tentang gambaran model pendokumentasian asuhan keperawatan.

Metode: Penulisan ini menggunakan metode *literature review* dengan pendekatan jurnal atau artikel, buku dan *e-book* yang relevan dan akurat serta berfokus gambaran model pendokumentasian asuhan keperawatan. Adapun jurnal atau artikel dan *e-book* yang digunakan pada *literature review* adalah jurnal atau artikel dan *e-book* yang didapatkan dengan menggunakan *Google Scholar*, Portal Garuda, dan Jurnal Keperawatan Indonesia.

Hasil: Berdasarkan hasil pencarian literatur di dapatkan beberapa gambaran model pendokumentasian asuhan keperawatan yang terdiri dari: model pendokumentasi SOR, POR, CBE, PIE, POS, dan CND.

Pembahasan: Dokumentasi proses asuhan keperawatan berguna untuk memperkuat pola pencatatan dan sebagai petunjuk atau pedoman praktik pendokumentasian dalam memberikan tindakan keperawatan. bila terjadi suatu masalah yang berhubungan dengan profesi keperawatan, dimana perawat sebagai pemberi jasa dan pasien/klien sebagai pengguna jasa, maka dokumentasi proses asuhan keperawatan diperlukan yang dimana dokumentasi tersebut dapat dipergunakan sebagai barang bukti di pengadilan

Penutup: Pada hasil dan pembahasan yang telah diuraikan bahwa ada berbagai model pendokumentasian asuhan keperawatan dapat digunakan oleh perawat untuk menunjang pelayanan kesehatan yang lebih optimal.

Dalam model pendokumentasian ini yang telah terintegrasi dapat mengurangi kesalahan komunikasi antar sesama tim medis lainnya.

Kata kunci: gambaran, dokumentasi, asuhan keperawatan

LATAR BELAKANG

Di zaman sekarang ini tuntutan masyarakat akan kualitas pelayanan kesehatan semakin meningkat sehingga memberi dampak positif bagi setiap profesi kesehatan untuk selalu berupaya meningkatkan kinerja profesionalnya sesuai kebutuhan masyarakat (Pohan, 2007).

Semua kegiatan yang dilakukan oleh perawat baik sebagai pelaksana ataupun sebagai manajer harus dicatat dan dilaporkan sebagai laporan kinerja yang bisa dijadikan bahan evaluasi untuk pengambilan keputusan. Salah satu yang selalu dicatat dan dilaporkan adalah pencacatan tingkat pencapaian dokumentasi asuhan keperawatan.

Dokumentasi keperawatan merupakan salah satu fungsi yang paling penting dari perawat sejak zaman Florence Nightingale karena berfungsi ganda dan beragam tujuan, saat ini sistem pelayanan kesehatan memerlukan dokumentasi yang menjamin kesinambungan perawatan, melengkapi bukti hukum, proses keperawatan dan mendukung kualitas perawatan pasien. Saat ini juga masalah yang paling menantang dalam keperawatan adalah cara dalam mendokumentasikan perawatan pasien yang berkualitas

dengan berbagai kendala yang berkenaan dengan peraturan hukum.

Pendokumentasian proses keperawatan merupakan suatu kegiatan yang sangat penting karena dapat menjadi bukti bahwa segala tindakan perawatan telah dilaksanakan secara profesional dan legal sehingga dapat melindungi klien selaku penerima jasa pelayanan dan perawat selaku pemberi jasa pelayanan keperawatan.

Pendokumentasian merupakan unsur pokok dalam tugas dan tanggung jawab hukum setelah melakukan tindakan keperawatan kepada pasien. Pendokumentasian yang baik mempunyai ciri-ciri berdasarkan fakta, data yang akurat, kelengkapan, ringkas, terorganisasi, ketepatan waktu, dan mudah untuk dibaca. Dokumentasi proses asuhan keperawatan yang baik dan berkualitas haruslah akurat, lengkap, dan sesuai standar. Apabila kegiatan keperawatan tidak didokumentasikan dengan akurat dan lengkap maka sulit untuk membuktikan bahwa tindakan keperawatan telah dilakukan dengan benar (Pancaningrum, 2015).

The American Nursing Association (ANA) pada tahun 2002 membuat pedoman yang berisi prinsip-prinsip untuk mempermudah dan

mempersingkat dalam melakukan pendokumentasi asuhan keperawatan. kebijakan ini telah tertuang dalam *ANA Code of Ethics for Nurses With Interpretive Statements and Standards of Clinical Nursing Practice* (The ANA, 2010).

TUJUAN

Tujuan penulisan ini adalah untuk mengetahui dan memberi informasi tentang gambaran model pendokumentasian asuhan keperawatan.

METODE

Penulisan ini menggunakan metode *literature review* dengan pendekatan jurnal atau artikel, buku dan *e-book* yang relevan dan akurat serta berfokus pada gambaran model pendokumentasian asuhan keperawatan. Adapun jurnal atau artikel dan *e-book* yang digunakan pada *literature review* adalah jurnal atau artikel dan *e-book* yang didapatkan dengan menggunakan *Google Scholar*, Portal Garuda, dan Jurnal Keperawatan Indonesia.

HASIL

Berdasarkan hasil pencarian literatur di dapatkan beberapa gambaran model

pendokumentasian asuhan keperawatan sebagai berikut:

1. Model Dokumentasi SOR (*Source Oriented Record*)

Model pendokumentasian ini berorientasi pada sumber informasi. Model ini menempatkan catatan atas dasar disiplin orang atau sumber yang mengelola pencatatan. Dokumentasi ini dibuat dengan cara setiap anggota tim kesehatan membuat catatan sendiri dari hasil observasi dan semua hasil yang dicatat dikumpulkan jadi satu. Pada model ini memiliki komponen catatan berorientasi pada sumber informasi yang terdiri dari lembar penerimaan berisi biodata, lembar order dokter, lembar riwayat medik atau penyakit, catatan perawat, dan catatan atau laporan khusus.

2. Model Dokumentasi POR (*Problem Oriented Record*)

Model ini memusatkan data tentang klien dan didokumentasikan dan disusun menurut masalah klien. Model dokumentasi ini terdiri dari beberapa komponen yakni data dasar (data yang berisi informasi baik subjektif maupun objektif), daftar masalah, daftar awal rencana, dan catatan perkembangan.

3. Model Dokumentasi CBE (*Charting By Exception*)

Model pendokumentasian ini adalah sistem dokumentasi yang hanya mencatat secara naratif dari hasil atau penemuan yang menyimpan dari keadaan normal atau standar.

4. Model Dokumentasi PIE (*Problem Intervention and Evaluation*)

Model pendokumentasian ini merupakan suatu penekanan pada proses keperawatan dan diagnosa keperawatan. proses dokumentasi PIE dimulai pengkajian waktu klien masuk diikuti pelaksanaan pengkajian sistem tubuh setiap pergantian jaga. Catatan perkembangan digunakan untuk pencatatan nomor intervensi keperawatan yang spesifik berhubungan dengan masalah yang spesifik.

5. Model Dokumentasi POS (*Problem Oriented System*)

Pencatatan FOCUS merupakan suatu proses-orientasi dan klien-fokus. Hal ini digunakan proses keperawatan untuk mengorganisir dokumentasi asuhan.

6. Dokumentasi Keperawatan Dengan Kode (*Coded Nursing Documentation/CND*)

Dokumentasi ini menggunakan sistem komputer dimana catatan keperawatan yang terlihat hanya kode saja. Kode

sendiri berdasarkan standar asuhan keperawatan yang telah dirumuskan. Pengkodean dilakukan dengan memasukkan data pasien ke komputer yang pada akhirnya akan terlihat data dokumentasi hanya berupa kode secara lengkap.

PEMBAHASAN

Dokumentasi proses asuhan keperawatan merupakan tampilan perilaku atau kinerja perawat pelaksanaan dalam memberikan asuhan keperawatan kepada pasien selama pasien dirawat di rumah sakit. Kualitas pendokumentasian keperawatan dapat dilihat dari kelengkapan dan keakuratan menuliskan proses asuhan keperawatan yang diberikan kepada pasien yang meliputi pengkajian, diagnosa, rencana, pelaksanaan dan evaluasi (Nursalam, 2007). Dokumentasi proses keperawatan adalah

Dokumentasi proses asuhan keperawatan berguna untuk memperkuat pola pencatatan dan sebagai petunjuk atau pedoman praktik pendokumentasian dalam memberikan tindakan keperawatan. bila terjadi suatu masalah yang berhubungan dengan profesi keperawatan, dimana perawat sebagai pemberi jasa dan pasien/klien

sebagai pengguna jasa, maka dokumentasi proses asuhan keperawatan diperlukan yang dimana dokumentasi tersebut dapat dipergunakan sebagai barang bukti di pengadilan (Hidayat, 2004). Selain itu juga, dokumentasi keperawatan dapat meningkatkan kualitas keperawatan serta membantu perawat dalam memberikan pelayanan kesehatan secara optimal dan berkelanjutan dengan cara memandu perawat untuk dapat menulis dokumentasi dengan benar dan lengkap. Kelengkapan dokumentasi dapat dilihat dari perencanaan keperawatan yang dimana ketika perencanaan dikerjakan dengan baik maka akan bisa melakukan tindakan selanjutnya sehingga kebutuhan pasien/klien terpenuhi.

PENUTUP

Pada hasil dan pembahasan yang telah diuraikan bahwa ada berbagai model pendokumentasian asuhan keperawatan dapat digunakan oleh perawat untuk menunjang pelayanan kesehatan yang lebih optimal.

Dalam model pendokumentasian ini yang telah terintegrasi dapat mengurangi kesalahan komunikasi antar sesama tim medis lainnya.

pendokumentasian asuhan keperawatan sangatlah penting dan berguna baik untuk peningkatan asuhan keperawatan maupun sebagai barang bukti di pengadilan.

REFERENSI

- Ali, Z. (2010). *Dasar-Dasar Dokumentasi Keperawatan*. Jakarta: EGC.
- Asmadi. (2008). *Konsep Dasar Keperawatan*. Jakarta: EGC.
- Budiono. (2016). *Konsep Dasar Keperawatan*. Jakarta: Pusdik SDM Kesehatan.
- Efendi, Ferry. (2008). *Pendidikan Dalam Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Fatimah. (2017). *Penerapan Model Pendokumentasian Asuhan Keperawatan Pada Ruang Rinra Sayang II di RSUD Haji Makassar*, 13-39.
- Hidayah, Nur. (2014). *Manajemen Model Asuhan Keperawatan Profesional (MAKP) Tim Dalam Peningkatan Kepuasan Pasien di Rumah Sakit, Jurnal Kesehatan*, Vol. VII, No. 2, 410-424.

- Hidayat, A. Aziz Alimul. (2008). *Pengantar Konsep Dasar Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Hutahaean, S. (2010). *Konsep dan Dokumentasi Proses Keperawatan*. Jakarta: Trans Info Media.
- Kundre, R., Kallo, V. (2018). *Hubungan Kepuasan Kerja Perawat Dengan Pelaksanaan Pendokumentasian Keperawatan di Rumah Sakit GMIM Pancaran Kasih Manado, Jurnal Keperawatan*, Vol. 6, No. 1, 2-5.
- Marrelli, T. M. (2007). *Buku Saku Dokumentasi Keperawatan, Edisi 3*. Jakarta: EGC.
- Nursalam. (2008). *Praktek Manajemen Keperawatan Aplikasi Profesional*. Jakarta: Salemba Medika.
- Pohan, I. S. (2007). *Manajemen Mutu Layanan Kesehatan Dasar-Dasar Pengertian dan Penerapan*. Jakarta: EGC.
- Simamora, R. H. (2008). *Peran Manajer Dalam Pembinaan Etika Perawat Pelaksana Dalam Peningkatan Kualitas Pelayanan Asuhan Keperawatan*. Jurnal IKESMA.
- Simamora, R. H. (2009). *Dokumentasi Proses Keperawatan*. Jember University Press.
- Simamora, R. H. (2010). *Komunikasi Dalam Keperawatan*. Jember University Press.
- Siswanto, L. M. Harmain, dkk. (2013). *Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kelengkapan Pendokumentasian Asuhan Keperawatan, Jurnal Keperawatan Indonesia*, Vol. 16, No. 2, 78-82.
- Sumijatun. (2010). *Konsep Dasar Menuju Keperawatan Profesional*. Jakarta: Trans Info Medika.