PENDOKUMENTASIAN PENERAPAN PROSES KEPERAWATAN

SRI HARVITA SARI MARPAUNG / 181101125

Sriharvitaasm11@gmail.com

ABSTRAK

Latar belakang : Dokumentasi merupakan aspek penting dari praktik keperawatan. sistem dokumentasi yang ideal harus memberikan informasi klien yang komprehensif, menunjukkan hasil dan standar klien. **Tujuan** : untuk mengetahui manfaat dari pendokumentasian keperawatan dalam proses keperawatan. **Metode**: menggunakan *literature review* berdasarkan *teks book*, jurnal, *e-book* (10 tahun terakhir) dengan cara menganalisis, eksplorasi sumber dan kajian bebas. **Hasil** : dapat memberikan informasi mengenai manfaat dari pendokumentasian keperawatan dalam proses keperawatan guna mencegah terjadinya kesalahan dalam mengakses data dari pasien yang ditangani. Sehingga pelayanan yang diberikan sesuai dengan kebutuhan pasien. **Pembahasan** : pengertian pendokumentasian keperawatan, asuhan keperawatan, manfaat pendokumentasian, teknik pendokumentasian proses keperawatan. **Kesimpulan** : Dalam rangkaian proses keperawatan mulai dari pengkajian, diagnosa, perencanaan, penatalaksanaan, dan evaluasi hasil dari setiap proses dicatat dalam dokumentasi. Pendokumentasian keperawatan merupakan proses akhir dari semua proses yang ada dimana tujuannya adalah sebagai bukti bahwa semua proses keperawatan telah diberikan kepada pasien serta semua hasil yang didapatkan dari rangkaian proses keperawatan tersebut.

Kata kunci : asuhan keperawatan, pendokumentasian keperawatan, pasien.

LATAR BELAKANG

Keperawatan merupakan profesi yang kompleks dan beragam. Perawat selaku pelaku profesi memiliki tanggung jawab dan tanggung gugat terhadap pelayanan keperawatan yang diberikannya kepada individu, kelompok, dan masyarakat, tuntutan terhadap profesionalisme perawat harus disertai dengan adanya dokumentasi yang baik dan benar.

Dokumentasi merupakan aspek penting dari praktik keperawatan. sistem dokumentasi yang ideal harus memberikan informasi klien yang komprehensif, menunjukkan hasil dan

standar klien (Twardon dan Gartner, 1993) . Dokumentasi berfungsi sebagai instrument komunikasi meliputi status, kebutuhan, dan kegiatan aspek yang telah dilakukan dan direncanakan untuk pasien tersebut.

Dokumentasi keperawatan mempunyai proporsi yang besar dari perjalanan perkembangan klinis pasien sampai dengan menginformasikan situasi yang terjadi selama asuhan dilakukan. Selain sebagai sarana komunikasi dokumentasi juga dijadikan media koordinasi antar profesi (Interdisipliner) yang dapat dipergunakan untuk mengungkap suatu

fakta aktual untuk dipertanggung jawabkan.

TUJUAN

Tujuan dari penulisan kajian ini adalah untuk mengetahui manfaat dari pendokumentasian keperawatan dalam proses keperawatan.

METODE

Metode yang digunakan dalam penulisan ini menggunakan *literature review* berdasarkan *teks book*, jurnal, *e-book* (10 tahun terakhir) dengan cara menganalisis, eksplorasi sumber dan kajian bebas.

HASIL

Hasil yang diharapkan dari penulisan kajian ini adalah dapat memberikan informasi mengenai manfaat dari pendokumentasian keperawatan dalam proses keperawatan guna mencegah terjadinya kesalahan dalam mengakses data dari pasien yang ditangani. Sehingga pelayanan yang diberikan sesuai dengan kebutuhan pasien.

PEMBAHASAN

Dokumentasi keperawatan menggambarkan keadaan perkembangan pasien, mendokumentasikan asuhan keperawatan yang telah diberikan dan mendokumentasikan asuhan keperawatan untuk masa yang akan datang. Pendokumentasian menjadi media komunikasi yang efektif antara

profesi dalam satu tim pelayanan kesehatan. Pendokumentasian asuhan keperawatan bukan hanya sekedar menuliskan sesuatu dalam lembar dokumentasi, tetapi sebelum didokumentasikan harus dianalisis apa yang akan didokumentasikan, bagaimana penyusunan kalimatnya dan dimana tulisan tersebut diletakkan (Rubbenfels & Scheffer, 1999 dalam Hariyati, 2007).

Menurut Serri (2010) manfaat dokumentasi keperawatan yaitu :

- a. Bernilai hukum yaitu dokumentasi keperawatan dapat dijadikan sebagai bukti dalam persoalan yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan yang diberikan.
- b. Kualitas pelayanan yaitu memberi kemudahan dalam menyelesaikan masalah pelayanan kesehatan sehingga tercapai pelayanan kesehatan yang berkualitas.
- c. Sebagai alat komunikasi yaitu sebagai alat perekam terhadap masalah yang berkaitan dengan klien.
- d. Terhadap keuangan yaitu sebagai acuan atau

pertimbangan dalam biaya perawatan terhadap klien.

- e. Terhadap pendidikan yaitu sebagai bahan atau referensi pembelajaran.
- f. Terhadap penelitian yaitu sebagai bahan atau objek riset dalam pengembangan profesi keperawatan.
- g. Untuk akreditasi sebagai acuan untuk mengetahui sejauh mana peran dan fungsi perawat dalam memberikan asuhan keperawatan kepada klien.

(Nursalam (2008) menyebutkan Instrumen studi dokumentasi penerapan standar asuhan keperawatan meliputi :

- Standar I : Pengkajian keperawatan
- Standar II : Diagnosa keperawatan
- Standar III : Perencanaan keperawatan
- Standar IV : Implementasi keperawatan
- Standar V : Evaluasi keperawatan
- Standar VI : Catatan asuhan keperawatan.

Dalam pendokumentasian keperawatan ada 3 teknik yang dipakai, yaitu :

- I. Teknik naratif, pencatatan tradisional dan dapat bertahan paling lama serta merupakan system pencatatan yang fleksibel.
- II. Teknik flowsheet (bentuk grafik), cara tercepat dan paling efisien untuk mencatat informasi
- III. Teknik checklist, tinggal mengisi item yang sesuai dengan keadaan pasien dengan cara mencentang kondisi yang sesuai dengan pasien.

Menurut Potter & Perry (2005), petunjuk cara pendokumentasian yang benar yaitu : Jangan menghapus menggunakan tipe-x atau mencatat tulisan yang salah, koreksi semua kesalahan sesegera mungkin karena kesalahan menulis diikuti kesalahan tindakan, dan catatan harus akurat, teliti dan reliabel, pastikan apa yang ditulis adalah fakta, jangan berspekulatif atau menulis perkiraan saja.

KESIMPULAN

Dalam rangkaian proses keperawatan mulai dari pengkajian, diagnosa, perencanaan, penatalaksanaan, dan evaluasi hasil dari setiap proses dicatat dalam dokumentasi. Pendokumentasian keperawatan merupakan proses akhir

dari semua proses yang ada dimana tujuannya adalah sebagai bukti bahwa semua proses keperawatan telah diberikan kepada pasien serta semua hasil yang didapatkan dari rangkaian proses keperawatan tersebut.

REFERENSI

Arjatmo. (2002). *Penatalaksanaan Diabetes Mellitus Terpadu Cetakan 2*. Jakarta : Balai Penerbit FKUI.

Nursalam. (2008). *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan, Edisi 2: Pedoman Skripsi, Tesis, dan Instrumen Penelitian Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika,

Nursalam. (2004). *Proses dan Dokumentasi Keperawatan (Konsep dan Praktik) Edisi 2*. Jakarta : Salemba Medika.

Nursalam. (2002). *Manajemen Keperawatan. Penerapan dalam praktik Keperawatan Profesional*. Jakarta : Salemba Medika.

Perkeni. (2006). *Konsensus Pengelolaan dan Pencegahan Diabetes Melitus Tipe 2 di Indonesia*. Jakarta : EGC.

PW & Camp, NH. (2005). *Dokumentasi Keperawatan : Suatu Pendekatan Proses Keperawatan*. Jakarta: EGC.

Potter & Perry. (2010). *Fundamental of Nursing (fundamental Keperawatan)*. Buku 1. Edisi 7. Indonesia : Salemba Medika.

Potter & Perry. (2010). *Fundamental of Nursing (fundamental Keperawatan)*. Buku 3. Edisi 7. Indonesia : Salemba Medika.

Potter & Perry. (2005). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan Konsep, Proses dan Praktik, Edisi 4*. Jakarta: EGC.

PPNI. (2010). *Standar Profesi Dan Kode Etik Perawat Indonesia*. Jakarta: Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PP-PPNI).

Purwandari, R. (2012). *Perbedaan Tingkat Kualitas Dokumentasi Proses Keperawatan Sebelum Dan Sesudah Penerapan NANDA, NIC, dan NOC*. Jakarta : Lentera Hati.

Soegondo, S. Dkk. (2007). *Penatalaksanaan Diabetes Mellitus Terpadu Cetakan 6*. Jakarta : Balai Penerbit FKUI.

Supariasa,dkk. (2002). *Penilaian Status Gizi*. Jakarta : EGC.