Pelaksanaan Konsep Dokumentasi Dalam Asuhan Keperawatan

Christin Butar Butar

christinbutarbutar19@gmail.com

LATAR BELAKANG

Pelaksanaan dokumentasi keperawatan merupakan salah satu alat ukur untuk mengetahui, memantau, dan menilai suatu pelayanan asuhan keperawatan yang dilakukan oleh rumah sakit. Dokumentasi keperawatan tidak hanya mencerminkan kualitas perawatan saja tetapi membuktikan pertanggungjawaban setiap tim keperawatan. Oleh karena itu, jika kegiatan keperawatan tidak didokumentasikan dengan baik, akurat, obyektif, dan lengkap serta sesuai dengan standar asuhan keperawatan maka sulit untuk membuktikan bahwa tindakan keperawatan telah dilakukan dengan benar.

Dokumentasi keperawatan merupakan bagian dari pelaksanaan asuhan keperawatan yang menggunakan pendekatan proses keperawatan yang memiliki nilai hukum yang sangat penting. Tanpa dokumentasi keperawatan maka semua implementasi keperawatan yang telah dilaksanakan oleh perawat tidak mempunyai makna dalam hal tanggung jawab dan tanggung gugat. Dokumentasi keperawatan dapat dikatakan sebagai “pegangan” bagi perawat dalam mempertanggungjawabkan dan membuktikan pekerjaannya. Oleh karena itu ada berbagai aturan dan kaidah yang harus ditaati oleh setiap perawat dalam melakukan pendokumentasian keperawatan. Dengan proses keperawatan, rasa tanggung jawab dan tanggung gugat bagi perawat itu dapat dimiliki dan dapat digunakan dalam tindakan-tindakan yang merugikan atau menghindari tindakan yang legal. Semua tatanan perawatan kesehatan secara hukum perlu mencatat observasi keperawatan. Perawat profesional diharapkan dapat menghadapi tuntutan tanggung jawab dan tanggung gugat terhadap segala tindakan yang dilaksanakan. Kesadaran masyarakat terhadap hukum semakin meningkat sehingga dokumentasi yang lengkap dan jelas sangat dibutuhkan.

Kata Kunci : Konsep , Dokumentasi Keperawatan , Asuhan Keperawatan

METODE

Metode ini menggunakan metode kuantitatif berdasarkan dari penjelasan yang didapat dari sumber dan referensi terkait dokumentasi keperawatan dalam asuhan keperawatan dimana maksudnya dengan cara mengumpulkan sebanyak-banyaknya data untuk dianalisis. Yaitu dengan Literature review ini dengan menganalisis yang berfokus pada prinsip-prinsip pendokumentasian asuhan keperawatan. Adapun tinjauan literatur yang digunakan seperti buku teks, jurnal dan e-book

HASIL

Dokumentasi keperawatan merupakan bagian integral dari asuhan keperawatan, dokumentasi keperawatan merupakan salah satu fungsi yang paling penting dari perawat. Disini ditulis segala informasi tentang klien sehingga dapat memberikan asuhan keperawatan yang sesuai dengan kebutuhan klien. Melalui dokumentasi perawat dapat memutuskan tindakan yang tepat untuk klien. Keakuratan suatu data data klien dalam proses keperawatan di era modern saat ini menjadi tuntutan dari berbagai aspek bagi para perawat, bermacam macam bentuk, upaya telah dilakukan selama bertahun-tahun untuk meningkatkan dokumentasi keperawatan, hal ini dilakukan dalam upaya untuk meningkatkan kualitas pelayanan perawatan klien (Paan et al, 2010). Sebuah keprihatinan bersama mengenai dokumentasi keperawatan adalah catatan mengenai pengkajian yang tidak aktual, intervensi, implementasi serta evaluasi keperawatan yang tidak konsisten dan tidak lengkap sehingga tidak memenuhi standar asuhan keperawatan. Dalam hal ini catatan keperawatan tidak mendukung sebagai informasi yang dapat dipertanggungjawabkan dalam hukum

PEMBAHASAN

Dokumentasi merupakan pernyataan tentang kejadian aktivitas yang otentik dengan membuat catatan tertulis. Dokumentasi keperawatan berisi hasil aktivitas keperawatan yang dilakukan perawat terhadap klien, mulai dari pengkajian hingga evaluasi. Dengan demikian, dokumentasi keperawatan ini menjadi bukti tindakan keperawatan yang dilakukan perawat terhadap klien, karenanya perlu dibuat sebuah format yang disepakati bersama terkait bentuk dokumentasi proses keperawatan yang berisi mulai dari pengkajian hingga evaluasi.

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 atau tipe, kualitas dan kuantitas pelayanan kesehatan dalam memenuhi kebutuhan pasien. (Fisbach 1991)

Pelaksanaan dokumentasi keperawatan sebagai salah satu alat ukur untuk mengetahui, memantau dan menyimpulkan suatu pelayanan asuhan keperawatan yang diselenggarakan di rumah sakit (Fisbach, 1991 dalam Setiadi, 2012).

Manfaat Dokumentasi Keperawatan

Dokumentasi keperawatan mempunyai makna penting bisa dilihat dari berbagai aspek (Nursalam, 2009), antara lain:

- a. Hukum : Semua catatan informasi tentang klien merupakan dokumentasi resmi dan bernilai hukum. Bila terjadi suatu masalah (misconduct) yang berhubungan dengan profesi keperawatan, dimana perawat sebagai pemberi jasa dan klien sebagai pengguna jasa, maka dokumentasi dapat dipergunakan sewaktu-waktu. Dokumentasi tersebut dapat dipergunakan sebagai barang bukti di pengadilan. Oleh karena itu, data-data harus diidentifikasi secara lengkap, jelas, objektif, dan ditandatangani oleh tenaga kesehatan (perawat), diberi tanggal, dan perlu dihindari adanya penulisan yang dapat menimbulkan interpretasi yang salah.

- b. Kualitas : Pelayanan Pendokumentasian data klien yang lengkap dan akurat akan memberi kemudahan bagi perawat dalam membantu menyelesaikan masalah klien. Untuk mengetahui sejauh mana masalah klien dapat teratasi dan seberapa jauh masalah dapat diidentifikasi dan dimonitor melalui dokumentasi yang akurat. Hal ini akan membantu meningkatkan kualitas (mutu) pelayanan keperawatan.
- c. Komunikasi : Dokumentasi keadaan klien merupakan alat “perekam” terhadap masalah yang berkaitan dengan klien. Perawat atau profesi kesehatan lain dapat melihat dokumentasi yang ada dan sebagai alat komunikasi yang dijadikan pedoman dalam memberikan asuhan keperawatan.
- d. Keuangan : Dokumentasi dapat bernilai ekonomi, semua asuhan keperawatan yang belum, sedang, dan telah diberikan dan didokumentasikan dengan lengkap dapat dipergunakan sebagai acuan atau pertimbangan dalam perhitungan biaya keperawatan bagi klien.
- e. Penelitian: Dokumentasi keperawatan mempunyai nilai penelitian. Data yang terdapat didalamnya mengandung informasi yang dapat dijadikan sebagai bahan atau objek riset dan pengembangan profesi keperawatan.
- f. Penelitian : Dokumentasi keperawatan mempunyai nilai penelitian. Data yang terdapat didalamnya mengandung informasi yang dapat dijadikan sebagai bahan atau objek riset dan pengembangan profesi keperawatan.
- g. Akreditasi : Melalui dokumentasi keperawatan akan dapat dilihat sejauh mana peran dan fungsi perawat dalam memberikan asuhan keperawatan klien. Hal ini akan bermanfaat bagi peningkatan mutu pelayanan dan bahan pertimbangan dalam kenaikan jenjang karir/kenaikan pangkat.

Sedangkan menurut Serri (2010), manfaat dokumentasi keperawatan adalah:

- a. Dokumentasi keperawatan dapat dijadikan sebagai bukti dalam persoalan yang berhubungan dengan dengan pelayanan kesehatan yang diberikan kepada klien yang bersangkutan

- 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, 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.

Model Dokumentasi Keperawatan

1. Model dokumentasi SOR (source oriented record) Model dokumentasi SOR (sourceoriented-record) merupakan model dokumentasi yang berorientasi pada sumber informasi. Model ini menempatkan catatan atas dasar disiplin orang atau sumber yang mengelola pencatatan. Dokumentasi dibuat dengan cara setiap anggota tim kesehatan membuat catatan sendiri dari hasil observasi. Kemudian, semua hasil dokumentasi dikumpulkan menjadi satu. Sehingga masing-masing anggota tim kesehatan melaksanakan kegiatan sendiri tanpa bergantung dengan anggota tim kesehatan yang lain. Model dokumentasi SOR ini dapat dibuat dengan formulir grafik, format pemberian obat, format catatan perawat termasuk riwayat penyakit klien, riwayat perawatan perawatan dan perkembangan pasien, pemeriksaan laboratorium dan pemeriksaan diagnostik, formulir masuk Rumah sakit dan formulir untuk tindakan operasi yang ditandatangani oleh pasien dan keluarga.
2. Model dokumentasi POR (Problem-oriented-record) Model dokumentasi POR (problemoriented-record) merupakan model dokumentasi yang berorientasi pada masalah. Dimana model ini berpusat pada data klien yang didokumentasikan dan disusun menurut masalah klien. Dalam format aslinya pendekatan berorientasi masalah ini dibuat untuk memudahkan pendokumentasian dengan catatan

perkembangan yang terintegrasi, dengan sistem ini semua petugas kesehatan mencatat observasinya dari suatu daftar masalah.

3. Model dokumentasi POR (progress-oriented-record) Model dokumentasi POR (progressoriented-record) merupakan model dokumentasi yang berorientasi pada perkembangan dan kemajuan klien. jenisjenis catatan yang dapat digunakan dalam model keperawatan POR (progressoriented-record) yaitu: Catatan perawatan biasanya ditulis tiap 24 jam, lembar alur, Catatan pemulangan dan ringkasan rujukan
4. Model dokumentasi CBE (charting by exeption) Model dokumentasi CBE (charting by exeption) adalah sistem dokumentasi yang hanya mencatat hasil atau penemuan yang menyimpang dari keadaan normal tubuh. Penyimpangan yang dimaksud dalam hal ini menyangkut keadaan yagn tidak sehat yang mengganggu kesehatan klien. Komponen Model dokumentasi CBE (charting by exeption), meliputi : Dokumentasi berupa kesimpulan dari penemuan-penemuan penting dan menjabarkan indikator pengkajian dan Dokumentasi ini dilakukan berdasarkan standart praktik keperawatan.
5. Model dokumentasi PIE (problem-intervention-evaluation) Model dokumentasi PIE (problemintervention-evaluation) merupakan suatu pendekatan orientasi –proses pada dokumentasi keperawatan dengan penekanan pada masalah keperawatan, intervensi dan evaluasi keperawatan. Karakteristik Model dokumentasi PIE (problem-intervention-evaluation) ad alah: Dimulai dari pengkajian ketika pertama kali klien masuk ke Rumah sakit, diikuti dengan pelaksanaan pengkajian sistem tubuh pada setiap pergantian dinas, Data masalah dipergunakan untuk asuhan keperawatan dalam waktu yang lama dan juga untuk masalah yang kronis, Intervensi yang dilaksanakan dan rutin, didokumentasi dalam flow sheet, Catatan perkembangan digunakan untuk intervensi yang spesifik, Masalah yang ditemukan pada klien, dibuat dengan simbol “P (problem)”, Intervensi terhadap penyelesaian masalah, biasanya dibuat dengan simbol “ I (intervention)”, Keadaan klien sebagai pengaruh dari intervensi, dibuat denga simbol “E (evaluation)” dan Setiap masalah yang diidentifikasi harus dievaluasi minimal 8 jam.
6. Model dokumentasi POS (process-oriented-system) Model dokumentasi POS (processoriented-system) yang disebut juga dengan model dokumentasi fokus adalah

suatu model dokumentasi yang berorientasi pada proses keperawatan mulai dari pengumpulan data klien, diagnosis keperawatan (masalah yang muncul), penyebab masalah, atau definisi karakteristik yang dinyatakan sesuai dengan keadaan klien.

7. Sistem dokumentasi Core Sistem dokumentasi core merupakan sistem dokumentasi pusat yang merupakan bagian terpenting dari sistem dokumentasi dalam proses keperawatan. Catatan perkembangan pada Model Dokumentasi Core, ditulis dengan menggunakan Format DAE, yaitu: Datum (D), yaitu : data subjektif dan data objektif, Action (A), yaitu: tindakan keperawatan yang segera atau yang akan dilakukan, dan Evaluation (E) : evaluasi untuk melihat respon klien terhadap tindakan medis dan tindakan keperawatan yang telah diberikan kepada klien.

Prinsip Dokumentasi Keperawatan

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.

PENUTUP

Dokumentasi keperawatan merupakan bagian dari pelaksanaan asuhan keperawatan yang menggunakan pendekatan proses keperawatan yang memiliki nilai hukum yang sangat penting. Tanpa dokumentasi keperawatan maka semua implementasi keperawatan yang telah dilaksanakan oleh perawat tidak mempunyai makna dalam hal tanggung jawab dan tanggung gugat. Dokumentasi keperawatan dapat dikatakan sebagai “pegangan” bagi perawat dalam mempertanggung jawabkan dan membuktikan pekerjaannya. Oleh karena itu ada berbagai aturan dan kaidah yang harus ditaati oleh setiap perawat dalam melakukan pendokumentasian keperawatan. Dengan proses keperawatan, rasa tanggung jawab dan tanggung gugat bagi perawat itu dapat dimiliki dan dapat digunakan dalam tindakan-tindakan yang merugikan atau menghindari tindakan yang legal.

DAFTAR PUSTAKA

Asmadi .*Konsep Dasar Keperawatan*.Jakarta:Buku Kedokteran EGC

Dinarti, A. (2009). *Dokumentasi Keperawatan*. Jakarta: Trans Info Media

Gustami Pratiko Mono.2015.*Penerapan Model Dokumentasi Asuhan Keperawatan*.Gresik:Jurnal Of Nursing Community

Hutahaen, Serii. (2010). *Konsep dan Dokumentasi Proses Keperawatan*. Jakarta: Trans Info Media Jakarta

Kodim, & Yulianingsih. (2015). *Konsep Dasar Keperawatan*. Jakarta : TIM.

Olfah Yustiana, Ghufur Abdul.2016. *Dokumentasi Keperawatan* .Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia

Rahmi Fahmy, Leni Merdawati. *Gambaran Keakuratan Dokumentasi Asuhan Keperawatan*. Padang.Jurnal Kesehatan Andalas, 8(4)

R. Gustina, Siti Maryam.2015. *Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kelengkapan Dokumentasi Keperawatan*. Jurnal Keperawatan Indonesia, 18(1)

Simamora, R. (2009). *Dokumentasi Proses Keperawatan*.

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), 25-31.

Wulandini, P., Krianto, T., & Priwahyuni, Y. (2016). *Faktor-Faktor yang Berhubungan Dengan Perilaku Pendokumentasian Asuhan Keperawatan di RSJ Tampan Pekanbaru Tahun 2014*. NERS Jurnal Keperawatan, 12(2), 131- 142

Yunartha, M. (2017). *Pelaksanaan Pendokumentasian Asuhan Keperawatan di RS Jiwa Daerah Provinsi Jambi*. Scientia Journal, 4(3), 265-272.