BAB 2

TINJAUAN PUTAKA

2.1 Konsep Prilaku

2.1.1 Pengertian Perilaku

Prilaku adalah suatu tindakan atau perubuatan suatu *organisme* yang dapat diamati atau bahkan dapat dipelajari. Adapun dalam pengertian yang lain disebut sebagai suatu aksi dan reaksi *organisme* terhadap lingkungannya (Notoatmodjo, 2002).

Dalam proses pembentukannya prilaku dipengaruhi oleh beberapa factor yang berasal dari dalam dan dari luar individu itu sendiri. Faktor-faktor tersebut antara lain: susunan saraf pusat, persepsi, motivasi, emosi, proses belajar, lingkungan dan sebagainya. Perubahan prilaku dalam diri seseorang dapat diketahui melalui persepsi. Persepsi adalah sebagai pengalaman yang dihasilkan melalui panca indera. Motivasi yang diartikan sebagai dorongan dalam diri untuk bertindak untuk mencapai tujuan juga dapat terwujud dalam bentuk prilaku, sehingga perilaku dapat juga timbul akibat emosi.

Adapun menurut Kurt Lewin prilaku adalah suatu keadaan yang seimbangantara faktor-faktorkekuatan pendorong dan kekuatan penghambat. Prilaku dapatberubah apabila dalam diri seseorang terdapat:

1. Kekuatan pendorong meningkat. Hal ini terjadi adanya *stimulus* yangmendorong terjadinya perubahan prilaku. *Stimulus* ini dapat berupapengetahuan dan pendidikan.

2. Kekuatan penahan/menurun
3. Kekuatan pendorong meningkat dan kekuatan penahan

Adapun menurut Kurt Lewin prilaku adalah suatu keadaan yang seimbangantara faktor-faktorkekuatan pendorong dan kekuatan penghambat. Prilaku dapatberubah apabila dalam diri seseorang terdapat:

1. Kekuatan pendorong meningkat. Hal ini terjadi adanya *stimulus* yang mendorong terjadinya perubahan prilaku. *Stimulus* ini dapat berupa pengetahuan dan pendidikan.
2. Kekuatan penahan/menurun
3. Kekuatan pendorong meningkat dan kekuatan penahan

Prilaku manusia sangatlah komplek, dan mempunyai ruang lingkup yang sangat luas. Benyamin Bloom (1908), seorang ahli psikologi pendidikan, membagi prlaku itu ke dalam 3 domain (ranah/kawasan), meskipun kawasan-kawasan tersebut tidak mempunyai batasan yang jelas dan tegas. Ketiga *domain* perilaku tersebut meliputi ranah kognitif (*cognitive domain*), ranah *afektif (affektive domain)* dan ranah psikomotor *(pcychomotor domain).*Terbentuknya suatu prilaku baru, terutama pada orang dewasa, dimulai pada *domain kognitif*, dalam arti si subyek tahu terlebih dahulu terhadap *stimulus* yang berupa materi atau obyek yang di luarnya sehingga menimbulkan pengetahuan baru pada subyek tersebut, dan selanjutnya menimbulkan respon batin dalam bentuk sikap subyek terhadap obyek yang diketahuinya itu. Akhirnya rangsangan, yakni obyek yang telah diketahui dan disadari sepenuhnya tersebut, akan menimbulkan respon lebih jauh lagi, yaitu berupa tindakan *(action)* terhadap atau sehubungan dengan *stimulus* atau obyek tadi. Namun demikian di

dalam kenyataannya *stimulus* yang diterima oleh si subyek dapat langsung menimbulkan tindakan. Artinya seseorang dapat bertidak atau berprilaku baru tanpa terlebih dahulu mengetahui makanan dari *stimulus* yang diterimanya. Dengan kata lain tindakan *(action)* seseorang tidak harus didasari oleh pengetahuan atau sikap.

Model pendekatan perilaku dari Lowrend Green (1980) menyebutkan bahwa prilaku individu atau masyarakat dipengaruhi oleh 3 faktor, yaitu (Notoatmodjo, 2002) :

1. Faktor predisposisi *(Predisposing Factors)* adalah faktor yang mendahuluiprilaku yang menjelaskan alasan atau motivasi untuk berperilaku, berupapengetahuan, sikap, kepercayaan, nilai dan *faktor demografi* (status ekonomi,umur, jenis kelamin, besar keluarga).
2. Faktor pendukung *(enabling factor)* adalah faktor yang memungkinkanmotivasi atau keinginan terlaksana termasuk lingkungan fisik (dan atautidaknya fasilitas/sumber daya).
3. Factor pendorong *(Reinforcing Factor)* adalah faktor yang memperkuatperubahan prilaku seseorang yang dapat diakibatkan adanya sikap, prilakupetugas maupun tokoh masyarakat.

Model lain untuk mempelajari sikap individu terhadap suatu hal yang baru adalah teori *inovation decision proscess* yang terdiri dari 4 tahap yaitu :

1. Tahap pengertian *(knowledge)*

   Pada tahap ini individu memperkenalkan akan adanya sesuatu yang baru (inovasi) dan individu lalu memperoleh pengertian tentang inovasi tersebut.

2. Tahap persuasi *(persuation)*

Setelah mengenal dan mempunyai sedikit pengertian tentang inovasi yang diperkenalkan kepadanya, maka dalam individu tersebut akan tumbuh sikap positif atau negatif terhadap inovasi tersebut.

3. Tahap pengambilan keputusan *(decision making)*

   Sesudah individu mempunyai sikap *positif* atau *negatif*, tertarik atau tidak tertarik, maka pada individu tersebut sampai pada tahap ini harus memutuskan apakah ia menolak tau menerima inovasi tersebut.

4. Tahap pemantapan

   Pada tahap ini individu mencari informasi-informasi lebih lanjut sehubungan dengan keputusan yang telah diambil. Kalau misalnya pada tahap pengambilan keputusan ia telah memutuskan untuk menerima inovasi tersebut, maka pada tahap ini ia akan masih bertanya-tanya kepada orang-orang yang mempunyai pengalaman tentang inovasi tersebut untuk meyakinkan dirinya, apakah keputusan yang diambil sudah tepat. Jadi tahap ini adalah pemantapan keputusan yang diambil.

2.1.2 Perubahan Perilaku

Perubahan perilaku yang tidak sesuai dengan nilai-nilai dalam diri individu menjadi perilaku yang sesuai dengan nilai-nilai individu tersebut atau dari perilaku *negatif* ke prilaku *positif* (Notoatmodjo, 2003).

Proses adopsi perilaku, menurut Rogers (1974), sebelum seseorang mengadopsi perilaku, didalam diri orang tersebut terjadi suatu proses yang berurutan (akronim AIETA), yaitu :

1. *Awerness* (kesadaran), individu menyadari adanya stimulus

2. *Interest* (tertarik), individu mulai tertarik pada stimulus
3. *Evaluation* (menimbang-nimbang), individu menimbang-nimbang tentang baik dan tidaknya stimulus tersebut bagi dirinya. Pada proses ini subjek sudah memiliki sikap lebih baik lagi.
4. *Trial* (mencoba), individu mulai mencoba perilaku baru
5. *Adoption*, individu telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, sikap dan kesadarannya terhadap stimus.

2.1.3 Pembinaan Perilaku

Pembinaan terutama ditujukan kepada individu petugas kesehatan agar mempertahankan pencatatan dalam pendokumentasian setelah melakukan intervensi, perilaku ini agar tetap dipertahankan.

2.1.4 Pengembangan Perilaku

Pengembangan prilaku ditujukan untuk membiasakan dalam penulisan dokumentasi setelah intervensi tiga factor yang mempengaruhi perilaku tersebut (Green,1980)

2.2 Konsp Pengetahuan

2.2.1 Definisi Pengetahuan

Pengetahuan merupakan hasil tahu yang terjadi setelah orang melakukan pengindraan terhadap suatu objek tertentu, pengindraan terjadi melalui panca indra manusia, yakni indra penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Sebagian besar hasil pengetahuan manusia diperoleh dari mata dan telinga. Pengetahuan juga bisa diperoleh dari pendidikan formal dan informal (Notoatmodjo, 2003).

2.2.2 Pengetahuan dalam kognitif

1. Tahu *(Know)*

   Tahu adalah tingkat pengetahuan yang rendah dan diartikan sebagai pengingat suatu materi yang dipelajari sebelumnya, pengetahuan tingkat ini termasuk mengingat kembali *(recall)* terhadap suatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima.

2. Memahami *(Comprehention)*

   Arti memahami adalah suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui, dan dapat menginterprestasikan materi tersebut dengan benar, bila telah dipahami terhadap objek, maka harus dapat menjelaskan, menyebutkan contoh, mengumpulkan, meramalkan dan sebagainya terhadap suatu objek.

3. Aplikasi *(Aplication)*

   Aplikasi adalh kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi yang sebenarnya, atau dapat pula menyangkut penggunaan hukum-hukum, rumus, metode, prinsip, dan sebagainya dalam konteks situasi yang lain.

4. Analisis *(Analisys)*

   Analisis adalah kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek kedalam komponen, tetapi masih dalam satu struktur organisasi, dan masih ada kaitannya satu sama lain.

5. Sintesis *(Synthesis)*

Sintesis adalah menunjuk kepada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian didalam suatu bentuk keseluruhan yang baru. Atau dengan kata lain sintesis adalah suatu kemampuan untuk menyusun formalasi baru dari formulasi-formulasi yang ada.

6. Evaluasi *(Evaluation)*

   Evaluasi berkaitan dengan kemampuan melakukan justifikasi atau menilai terhadap suatu objek atau materi. Penilaian berdasarkan kriteria yang sudah ditetapkan.

Jadi pengetahuan merupakan proses mengetahui, memahami, mengaplikasi, menganalisi, sintesis, dan evaluasi dari persepsi ide-ide seseorang untuk dapat menarik suatu kesimpulan.

2.2.3 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Pengetahuan

Seseorang harus memiliki pengetahuan yang tinggi dengan pengetahuan yang tinggi maka kita memiliki wawasan yang luas dan dapat melakukan suatu hal dengan baik dan diharapkan tidak terjadi kesalahan. Pengetahuan dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu :

1. Pengalaman

   Semakin lama seseorang bekerja biasanya pengalamannya terhadap bidang yang dikerjakan akan semakin bagus dan menjadi lebih terbiasa.

2. Pendidikan

   Tingkat pendidikan akan mempengaruhi pengetahuan dari seseorangitu sendiri. Biasanya semakin tinggi pendidikan seseorang semakin tinggi pula tingkat pengetahuannya.

3. Umur

   Umur merupakan alat ukur untuk melihat tingkat kedewasaan seseorang dalam melakukan suatu kegiatan atau dalam mengambil keputusan. Maka semakin tua umur seseorang semakin banyak pula pengalaman dan pengetahuannya.

4. Lama belajar

   Seseorang yang selalu belajar atau melakukan kegiatan setiap harinya maka akan terbiasa melakukannya. Sehingga semakin lama belajar seseorang maka pengalaman mendapatkan pelajaran semakin banyak.

5. Jenis kelamin

   Seorang perempuan biasanya memiliki tingkat ketelitian yang lebih tinggi dibandingkan dengan laki-laki.

2.3 Konsep Sikap

2.3.1 Definisi Sikap

Sikap merupakan suatu reaksi atau respon yang masih tetap dari seseorang terhadap sesuatu stimulus atau objek. Sikap adalah keadaan mental dan saraf dari kesiapan yang diatur melalui pengalaman yang memberikan pengaruh dinamik atau terarah terhadap respon individu pada semua objek dan situasi yang berkaitan dengannya (Widayatun, T.R, 2009).

2.3.2 Struktur Sikap

Menurut Azwar (2009) struktur sikap dibagi menjadi 3 komponen yang saling menunjang yaitu:

1. Komponen kognitif berisi kepercayaan seseorang mengenai apa yang berlaku atau apa yang benar bagi objek sikap. Seperti dalam keyakinan ibu bahwa dengan adanya pengambilan sikap yang tepat dapat mengatasi *gumoh* pada bayi.
2. Komponen afektif menyangkut masalah emosional subyektif seseorang terhadap suatu objek sikap. Secara umum, komponen ini disamakan dengan perasaan yang dimiliki terhadap sesuatu. Ibu merasa bertanggung jawab terhadap keadaan bayinya.

Komponen kognitif menunjukkan bagaimana kecenderungan berperilaku yang ada dalam diri seseorang yang berkaitan dengan objek sikap yang dihadapinya.

2.3.3 Tingkatan Sikap

Menurur Notoatmodjo (2003) dalam yayuk (2013) sikap terdiri dari berbagai tingkatan yakni:

1. Menerima

   Diartikan bahwa orang (subyek) mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan (obyek).

2. Merespon

   Memberikan jawaban apabila ditanya, mengerjakan dan menyelesaikan tugas yang diberikan adalah suatu indikasi sikap karena dengan suatu usaha untuk

menjawab pertanyaan atau mengerjakan tugas yang diberikan. Lepas pekerjaan itu benar atau salah adalah berarti orang menerima idetersebut.

3. Menghargai

   Mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan dengan orang lain terhadap suatu masalah adalah suatu indikasi sikap tingkat tiga.

4. Bertanggung jawab

   Bertanggung jawab atas segala sesuatu yang telah dipilihnya dengan segala resiko

2.3.4 Sifat Sikap

Sikap dapat pula bersifat positif dan dapat pula bersifat negatif

1. Sikap positif kecenderungan tindakan mendekati, menyenangi, mengharapkan objek tertentu.
2. Sikap negatif terdapat kecenderungan untuk menjauhi, menghindari, membenci, tidak menyukai objek tertentu. (Purwanto, H. 1998) dalam Yayuk (2013)

2.3.5 Ciri-Ciri Sikap

Ciri-ciri sikap (Yayuk, 2013) yaitu:

1. Sikap bukan dibawa sejak lahir melainkan dibentuk atau dipelajari sepanjang perkembangan orang itu dalam hubungan dengan obyeknya. Sifat ini membedakannya dengan sifat motif-motif biogenetis seperti lapar, haus, kebutuhan akan istirahat.

2. Sikap dapat berubah-ubah karena itu sikap dapat dipelajari dan karena itu pula sikap dapat berubah pada orang-orang bila terdapat keadaan-keadaan dan syarat-syarat tertentu yang mempermudah sikap pada orang itu.
3. Sikap tidak berdiri sendiri, tetapi senantiasa mempunyai hubungan tertentu terhadap suatu obyek. Dengan kata lain, sikap itu terbentuk, dipelajari atau berubah senantiasa berkenaan dengan obyek suatu obyek tertentu yang dapat dirumuskan dengan jelas.
4. Obyek sikap itu merupakan satu hal tertentu tetapi dapat juga merupakan kumpulan dari hal-hal tersebut.
5. Sikap mempunyai segi motivasi dan segi-segi perasaan. Sifat inilah yang membedakan sikap dari kecakapan-kecakapan atau pengetahuan-pengetahuan yang dimiliki orang.

2.4 Konsep Dokumentasi Asuhan Keperawatan

2.4.1 Definisi Dokumentasi

Dokumentasi merupakan catatan otentik dalam penerapan managemen asuhan keperawatan profesional (Nursalam,2007). Pendokumentasian proses asuhan keperawatan merupakan suatu proses yang harus dilaksanakan oleh perawat pelaksana sebagai bagian standar kerja yang telah ditetapkan (Nursalam,2007). Giliies (1996) menyatakan bahwa perawat memiliki tanggung jawab profesional terhadap segala tindakannya. Dokumentasi proses asuhan keperwatan berguna untuk memperkuat pola pencatatan dan sebagai petunjuk atau pedoman praktik pendokumentasian dalam memberikan tindakan keperawatan.

Dokumentasi keperawatan adalah bukti pencatatan dan pelaporan yang dimiliki perawat dalam catatan perawatan yang berguna untuk kepentingan klien, perawat dan tim kesehatan dalam memberikan pelayanan kesehatan dengan dasar data yang akurat dan lengkap secara tertulis sebagai tanggung jawab perawat (Wahid & Suprapto, 2012). Dokumentasi asuhan keperawatan adalah kumpulan informasi yang dikumpulkan perawat sebagi tanggung jawab dan tanggung gugat terhadap pelayanan yang telah diberikan (Nursalam, 2012).

2.4.2 Tujuan Dokumentasi Asuhan Keperawatan

Tujuan utama dari pendokumentasian asuhan keperawatan adalah untuk:

1. Mengidentifikasi status kesehatan klien (pasien) dalam rangka mencatat kebutuhan klien, merencanakan, melaksanakan tindakan asuhan keperawatan, dan mengevaluasi tindakan.
2. Dokumentasi untuk penelitian, keuangan, hukum, dan etika. Hal ini juga menyediakan:
    a. Bukti kualitas asuhan keperawatan.
    b. Bukti legal dokumentasi sebagai pertanggungjawaban kepada klien.
    c. Informasi terhadap perlindungan individu.
    d. Bukti aplikasi standar praktik keperawatan.
    e. Sumber informasi statistik untuk standar dan riset keperawatan.
    f. Sumber informasi untuk data yang harus dimasukkan.
    g. Komunikasi konsep resiko tindakan keperawatan.

h. Dokumentasi untuk tenaga profesional dan tanggungjawab etik dan mempertahankan kerahasiaan informasi klien.

i. Data perencanaan pelayanan kesehatan dimasa datang.(Nursalam 2001)

2.4.3 Prinsip-prinsip Dokumentasi Keperawatan *(Carpenito 1991)*

Aspek-aspek keakuratan data, *breviti* (ringkas) dan *legibility* (mudah dibaca)

Hal yang pokok dalam prinsip-prinsip dokumentasi adalah :

1. Dokumentasi harus dilakukan segera setelah pengkajian pertama dilakukan, demikian juga pada setiap langkah kegiatan keperawatan
2. Bila memungkinkan, catat setiap respon pasien/keluarga tentang informas/data yang penting tentang keadaan pasien
3. Pastikan kebenaran setiap 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 dokumentasi 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, bukan berarti semua kalimat harus ditulis, tetapi kata-kata kunci dan simbol-simbol atau lambang-lambang sudah baku/lazim dapat digunakan atau yang sudah disepakati atas kebijaksanaan institut setempat. Seperti : IVFD, NGT dll
8. Spesifik hindarkan penggunaan kata yang tidak jelas, bila perlu tuliskan ungkapan klien untuk memperjelas maksud. Contoh : klien nampak cemas (salah), klien tidak dapat tidur, sering menekuk kaki sebelah kanannya dan ia mengatakan ‘ingin bertemu’ suaminya dulu sebelum mati’.
9. Data ditulis secara syah dengan tinta dan jangan menggunakan pensil agar tidak mudah dihapus
10. Untuk merubah atau menutupi kesalahan apabila terjadi salah tulis, coret dan diganti dengan yang benar jangan di tip-x.
11. Cantumkan waktu dan jam pelaksanaan. Contoh : 28 mei 2008, pukul 18.00, memonitor tanda-tanda vital.
12. Perawat mencantumkan tanda tangan dan nama yang jelas pada dokumentasi.

2.4.4 Standart Dokumentasi Asuhan Keperawatan

Standar diartikan sebagai ukuran atau model terhadap sesuatu yang hampir sama. Mencakup kualitas, karakteristik, properties dan peerformen yang diharapkan dalam suatu tindakan, pelayanan dan seluruh kompenen yang terlibat (Nursalam,2001). Perawat memelukan standar dokumentasi sebagai petunjuk dan arah terhadap penyimpanan dan tehnik pencatatan yang benar.

Berdasarkan standart praktek keperawatan yang telah dijabarkan oleh PPNI (2010) dalam standara profesi dan kode etik perawat indonesia,maka standart praktik profesional meliput:

Standart I : Pengkajian keperawatan

Standart II: Diagnosa keperawatan

Standart III: Perencanaan keperawatan

Standart IV:Implementasi keperawatan

Standart V: Evaluasi

Standart VI:Catatan keperawatan

1. Pengkajian keperawatan

Pengumpulan data tentang status kesehatan klien secara sistematis,menyeluruh, akurat, singkat dan berkesinambungan.Pengumpulan data dilakukan dengan wawancara, observasi, pemeriksaan fisik dan mempelajarari data penunjang, serta mempelajari catatan lain.Sumber data adalah klien, keluarga, atau yang terkait, tim kesehatan,rekan medis, serta catatan lain. Data dikumpulkan, difokuskan untuk mengindentifikasi, status kesehatan saat ini, masa lalu,status,fisiologis,psikologis,sosio spiritual, respon terhadap terapi, resiko masalah potensial. Data dicatat dan dianalisis sesuai standar dan format yang ada.

2. Diagnosa keperawatan

Analisa data pengkajian untuk merumuskan diagnosis keperawatan.Proses diagnosis terdiri dari analisis dan interpretasi data,identifikasi masalah klien dan perumusan diagnosis keperawatan. Komponen diagnosis keperawatan terdiri dari masalah (P), penyebab (E), gejala atau tanda (S), atau terdiri masalah dengan penyebab (PE). Melakukan kaji ulang dan revisi diagnosis berdasarkan data terbaru.

3. Perencanaan

Rencana keperawatan adalah menyusun rencana tindakan yang akan dilakukan perawat guna menanggulangi masalah pasien dengan diagnosis keperawatan yang telah ditentukan. Perencanaan dikembangkan berdasarkan diagnosis keperawatan Perancanaan terdiri dari penetapan prioritas masalah dan tujuan. Kriteria berhasil dan rencana tindakan keperawatan.Perancanaan mencerminkan penyelesaian terhadap diagnosis keperawatan.

4. Pelaksanaan Tindakan (Implenmentasi).

Perawat mengimplentasikan tindakan yang telah diidentifikasi dalam rencana asuhan keperawatan.Berkerja sama dengan klien dalam pelaksanaan tindakan keperawatan. Kolaborasi dengan profesi kesehatan lain untuk meningkatkan status kesehatan klien. Melakukan tindakan keperawatan untuk mengatasi masalah klien.

5. Evaluasi

Perawat mengevaluasi perkembangan kesehatan klien terhadap tindakan dalam pencapaian tujuan, sesuai rencana yang telah ditetapkan dalam merevisi data dasar dan perencanaan.

6. Catatan Keperawatan

Catatan keperawatan diisi secara lengkap dan jelas setiap memberikan asuhan keperawatan maupun tindakan-tindakan yang diintruksikan dokter.

2.4.5 Format Dokumentasi Asuhan Keperawatan

Dokumentasi Asuhan keperawatan merupakan bukti penting dari pelaksanaan keperawatan yang menggunakan metode pendekatan proses keperawatan dan catatan tentang respon pasien terhadap tindakan medis, tindakan keperawatan atau reaksi pasien terhadap penyakit, catatan pasien dengan pendekatan proses keperawatan terdiri dari (Depkes,1996):

1. **IDENTITAS PASIEN**
2. **RIWAYAT KESEHATAN PASIEN**
   a. Riwayat penyakit sekarang
   b. Riwayat penyakit masa lalu
   c. Riwayat tumbuh kembang anak
3. **DATA BIOLOGIS**
   a. Pola tidur

b. Pola eliminasi

c. Pola pernafasan

d. Pola makan dan minum

e. Keaadaan kulit

f. Kegiatan /Aktivitas

g. Rekreasi

h. Keadaan indera

i. Status Kehamilan

4. DATA PSIKOLOGIS

a. Perilaku nonverbal

b. Perilaku verbal

c. Temperamen

5. DATA SOSIAL

a. Pola komunikasi

b. Hubungan dengan keluarga

6. DATA SPIRITUAL

a. Keyakinan agama

b. Ketaatan beribadah

c. Pandangan tentang kesehatan

d. Pandangan tentang penyembuhan

7. DATA PENUNJANG

a. Diagnose medik

b. Pemeriksaan diagnostik

8. **REKAMAN ASUHAN KEPERAWATAN**

2.1 Contoh Tabel Format Pelaksanaan Asuhan Keperawatan

PELAKSANAAN ASUHAN KEPERAWATAN KESEHATAN

Nama : Ruang:

Umur: No. RM:

Tgl, jam	Diagnosa keperawatan	Tujuan	Intervensi	Nama Perawat	Implementasi	Evaluasi	Nama perawat

2.4.6 Pentingnya Dokumentasi Keperawatan

Dokumentasi keperawatan mempunyai makna penting bila dilhat dari berbagai aspek (Patricia,2004) :

1. Responsibilitas profesional

   Responsibilitas dan akuntabilitas profesional merupakan salah satu alasan penting dibuatnya dokumentasi yang akurat. Dokumentasi adalah keseluruhan tanggung jawab perawat untuk merawat pasien. Catatan klinis fasilitas pemberian perawat, meningkatkan kontinuitas perawat, dan membantu mengkoordinasikan pengobatan dan evaluasi pasien. Salah satu profesional yang signifikan dari perawat terdaftar *(Registered Nurse)* adalah mengevaluasi respon pasien terhadap asuhan keperawat. Dokumentasi harus dengan jelas mengkomunikasikan penilaian dan evaluasi perawat terhadap status pasien.

2. Hukum

   Semua catatan informasi tentang klien merupakan dokumentasi resmi dan bernilai hukum. Bila terjadi suatu masalah *(misconduct)* yang berhubungan dengan profesi keperawatan, dimana sebagai pemberi jasa dan klien sebagai pengguna jasa , maka dokumentasi diperlukan sewaktu- waktu. Dokumentasi tersebut dapar dipergunakan sebagai barang bukti dipengadilan. Oleh karena itu data–data harus diidentifkasi secara lengkap, jelas, obyektif dan ditanda tangani oleh tenaga kesehatan (perawat), tanggal perlunya dihindari adanya penulisan yang dapat menimbulkan interpretasi yang salah.

3. Komunikasi

   Dokumentasi keadaan klien merupakan alat perekam terhadap masalah yang berkaitan dengan klien. Perawat atau tenaga kesehatan lain akan bisa melihat catatan yang ada sebagai alat komunikasi yang dijadikan pedoman dalam memberikan asuhan keperawatan.

4. Keuangan

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

5. Pendidikan

   Dokumentasi dapat bernilai pendidikan, karena isinya menyangkut kronologi dari kegiatan asuhan keperawatan yang dapat dipergunakan sebagai bahan atau referensi pembelajaran bagi mahasiswa atau profesi keperawatan.

6. Penelitian

   Data yang tersimpan didalamnya mengandung informasi yang dapat di jadikan bahan atau obyek dari riset dan pengembangan profesi keperawatan.

7. Audit keperawatan

   Catatan pasien digunakan untuk memantau mutu pelayanan kesehatan yang diberikan kepada pasien dan kompetensi tenaga yang memberikan pelayanan tersebut.

   Pada audit keperawatan aspek yang dikasi antara lain, data dasar, identifikasi masalah, rencana keperawatan, tindakan keperawatan, evaluasi terhadap tujuan keperawatan yang dicapai serta mengkaji pengetahuan dan ketrampilan dari tenaga pemberi jasa pelayanan (Depkes, 2000).

2.4.7 Model Dokumentasi Keperawatan

Ada beberapa model dokumentasi yang digunakan didalam sistem pelayanan kesehatan di Indonesia menurut Nursalam (2001) adalah:

1. Dokumentasi berorientasi pada sumber *(Source-Oriented Record-SOR)*
2. Dokumentasi berorientasi pada masalah *(Problem-Oriented Record-POR)*
3. Dokumentasi berorientasi pada perkembangan atau kemajuan *(Progress-Oriented Record)*
4. *Charting By Exeption (CBE)*
5. *Problem-Intervension-Evaluation* (PIE)
6. *Process-Oriented System* (FOCUS)

1. *Source-Oriented Record* (Catatan berorientasi pada sumber)

Model ini menempatkan catatan atas dasar kedisiplinan orang atau sumber yang mengelola pendokumentasian. Bagian penerimaan klien mempunyai lembar isian tersendiri seperti dokter yang menggunakan lembar untuk mencatat instruksi, lembar riwayat penyakitdan perkembangan penyakit sedangkan perawat menggunakan catatan keperawatan, begitu pula disiplin lain mempunyai catatan masing-masing.

Catatan berorientasi pada sumber terdiri dari lima komponen, yang lain:

a. Lembar penerimaan berisi biodata
b. Lembar instruksi dokter
c. Lembar riwayat medis atau penyakit
d. Catatan perawat
e. Catatan dan laporan kasus

Keuntungan:

1. Menyajikan data yang berurutan dan mudah diidentifikasi
2. Memudahkan perawat untuk secara bebas menentukan bagaimana data akan didokumentasikan
3. Format dapat menyederhanakan proses pendokumentasian masalah, kejadian, perubahan, intervensi dan respon klien atau hasil

Kerugian :

1. Potensial terjadinya pengumpulan data yang terfregmentasi karena tidak berdasarkan urutan waktu
2. Kadang-kadang mengalami kesulitan untuk mencari data sebelumnya tanpa harus mengulang dari awal
3. *Superficial* pendokumentasian tanpa data yang jelas
4. Memerlukan pengkajian data dari beberapa sumber untuk menentukan masalah dan intervensi yang akandiberikan kepada klien
5. Waktu pelaksanaan asuhan keperawatan memerlukan waktu yang banyak
6. Data yang berurutan mungkin menyulitkan dalam tahap interpretasi analisa data
7. Perkembangan klien sulit dipantau

2. *Problem-Oriented Record* (Catatan Berorientasi pada Masalah)

Model ini memusatkan data klien didokumentasikan dan disusun menurut masalah klien. Sistem dokumentasi ini mengintegrasikan semua data mengenai masalah yang dikumpulkan oleh dokter, perawat atau profesi kesehatan lain yang terlibat dalam pemberian layanan kepada klien. Model dokumentasi ini terdiri dari empat komponen, yaitu:

a. Data dasar

Data dasar berisi semua informasi yang telah dikaji dari klien ketika pertama kali masuk rumah sakit. Data dasar mencakup pengkajian

keperawatan, riwayat penyakit atau kesehatan, pemeriksaan fisik, pengkajian ahli gizi dan hasil laboratorium. Data dasar yang telah terkumpul selanjutnya digunakan sebagai sarana mengidentifikasi masalah klien.

b. Daftar masalah

Daftar masalah berisi tentang yang telah teridentifikasi dari data dasar. Selanjutnya masalah disusun secara kronologis sesuai tanggal identifikasi masalah. Daftar masalah ditulis pertama kali oleh perawatan yang pertama kali bertemu dengan klien atau orang yang diberi tanggung jawab. Daftar masalah mencakut masalah fisioligis, psikologis, sosiokultural, spiritual, tumbuh kembang, ekonomi dan lingkungan

c. Daftar awal rencana asuhan keperawatan

Rencana asuhan keperawatan ditulis oleh perawat yang menyusun daftar masalah. Dokter menulis instruksi keperawatan atau rencana asuhan keperawatan.

Perencanaan awal terdiri dari tiga bagian:

1) Diagnostik

Dokter mengidentifikasikan apa pengkajian diagnostik yang perlu dilakukan terlenbih dahulu. Menetapkan prioritas untuk mencegah duplikasiintervensi dan memindah pemenuhan kebutuhan klien. Koordinasi pemeriksaan untuk menegakkan diagnostik sangat penting.

2) Usulan terapi

Dokter menginstruksikan terapi khusus berdasarkan masalah. Termasuk pengobatan, kegiatan yang tidak boleh dilakukan, diet, penanganan secara khusus dan observasi yang harus dilakukan. Jika masalah awal diagnosis keperawatan, perawat dapat menyusun urutan intervensi asuhan keperawatan.

3) Pendidikan klien

Diidentifikasi kebutuhan pendidikan klien bertujuan jangka panjang. Tim kesehatan mengidentifikasi jenis informasi atau ketrampilan yang diperlukan

4) Catatan perkembangan

Catatan perkembangan *(progress notes)* berisikan perkambangan kemajuan dari tiap-tiap masalah kesehatan yang telah dilakukan intervensi dan disusun oleh semua perawat yang terlibat dengan menambahkan catatan perkembangan yang dapat digunakan, antara lain: SOAP *(Subjective, Analysis/Assesment, Plan)*, SOAPIER *(Subjective, Objective, Analysis/Assesment, Plan, Intervention, Evaluation, Revisi), PIE (Problem, Intervention, Evaluation).*

Keuntungan dari model dokumentasi beorientasi pada masalah antara lain:

a. Fokus catatan keperawatan lebih menekankan pada pada masalah klien dan proses penyelesaian masalah dari pada tugas dokumentasi
b. Pendokumentasian tentang kontinuitas dari asuhan keperawatan

c. Evaluasi penyelesaian masalah secara jelas didokumentasikan, data disusun berdasarkan masalah yang spesifik
d. Daftar masalah merupakan checklist untuk diagnosis keperawatan dan untuk masalah klien
e. Daftar masalah membeantu mengingatkan perawat untuk suatu perhatian
f. Data yang perlu diintervensi dijabarkan dalam rencana asuhan keperawatan

Kerugian dari model dokumentasi yang berorientasi pada masalah anatara lain:

a. Penekanan hanya berdasarkan masalah, penyakit dan ketidak mampuan dapat mengakibatkan pada pendekatan pengobatan yang negatif
b. Kemungkinan adanya kesulitan jika daftar masalah belum dilakukan intervensi atau munculnya masalah yang baru
c. Dapat menimbulkan kebingungan jika setiap hal harus masuk dalam daftar masalah
d. SOAPIER dapat menimbulkan pengulangan yang tidak perlu, jika sering adanya target evaluasi atau tujuan perkembangan klien sangat lamabat
e. Perawatan yang rutin mungkin diabaikan dalam dokumentasi jika *flow sheet* untuk pendokumentasian tidak tersedia
f. *Plan* atau perencanaan mungkin terjadi duplikasi dengan rencana asuhan keperawatan

Adapun pedoman penulisan catatan SOAPIER :

a) Rujuk pada daftar masalah sebelum menuliskan data SOAP
b) Beri tanda setiap bacaan catatan SOAP dengan nomor berurutan

c) Pemisahan catatan SOAP harus ditulis untuk setiap masalah
d) Masukkan data yang relevan saja terhadap masalah yang spesifik
e) Masalah yang belum pasti harus didaftarkan dicatatan sementara
f) Tuliskan data subjektif itu apa adanya
g) Jika terjadi kebimbangan dalam pengkajian keperawatan, pergunakan diagnosis keperawatan atau uraian *(Pharaphrase)* sebagai kesimpulan status kesehatan klien
h) Catatan SOAP menyediakan data tentang keadaan fisik, status pendidikan klien dan status mental klien
i) Jika tidak ada masalah yang luar biasa, tetapi peraturan mengharuskan memasukkan dalam pendokumentasian, tiliskan catatan perkembangan tentang masalah klien ketika pertama kali masuk
j) Jika hanya menggunakan SOAP maka :
    - Evaluasi respon klien terhadap intervensi didokumentasikan untuk mendukung data
    - Gunakan A *(Assesment)* tidak hanya nuntuk mencatat analisis dan pengkajian, tetapi juga evaluasi respons klien terhadap intervensi
k) Istilah P *(Plan)* dapat dinyatakan sebagai standart asuhan keperawatan.

3. *Progres-Oriented Record* (Catatan Perkembangan Berorientasi Pada Perkembangan atau Kemajuan)

Berisikan perkembangan atau kemajuan dari tiap masalah yang telah dilakukan tindakan, disusun oleh semua anggota tyang terlibat dengan

menambahkan catatan perkembangan pada lembar yang sama. Ada tiga jenis catatan yang berorientasi pada perkembangan yaitu: catatan perawat , *flow sheet*, dan catatan pemulangan atau ringkasan rujukan. Ketiga jenis digunakan baik pada sistem dokumetasi yang berorientasi pada sumber maupun berorientasi pada masalah, sebagian penjelasan tentang sistem dokumentasi ini telah diuraikan sebagai komponen dari pendokumentasianyang berorientasi pada masalah.

1. Catatan perawat

   Catatan perawat harus ditulis tiap 24 jam, meliputi berbagai informasi tentang :

   a. Pengkajian satu orang atau lebih tenaga keperawatan tentang klien, misalnya warna kulit pucat atau merah, urine berwarna gelap atau keruh
   b. Asuhan keperawatan yang bersifat mandiri seperti perawatan kulit , pendidikan kesehatan, dan melakukan kegiatan atas inisiatif perawat sendiri
   c. Asuhan keperawatan bersifat pendelegasian misalnya memberi obat atau intervensi penanganan lain yang diinstrusikan oleh dokter
   d. Evaluasi keberhasilan tiap asuhan keperawatan
   e. Tindakan yang dilakukan oleh dokter tetapi memengaruhi asuhan keperawatan

f. Kunjungan berbagai anggota tim kesehatan, misalnya konsultasi dokter, pekerja siosial, atau pemuka agama

Cara penulisanbergantung pada sistem dokumentasi yang berorientasi pada sumber atau masalah

2. Lembar Alur *(Flow Sheet)*

Lembar alur (flow sheet) memungkinkan perawat untuk mendokumentasikan hasil observasi atau pengukuran yang dilakukan secara berulang yang tidak perlu ditulis secara naratif, termasuk data klinik klien tentang tanda-tanda vital (tekanan darah, nadi, pernafasan, dan suhu), berat badan, jumlah *intake* dan *output* cairan selama 24 jam, dan pemberian obat. *Flow sheet* yang biasanya dipakai adalahcatatan klinik, catatan keseimbangan cairan dalam 24 jam, catatan pengobatan, dan catatan harian tentang asuhan keperawatan. *Flow sheet* merupakan cara tercepat dan paling efisien untuk mendokumentasikan informasi. Selain itu akan memudahkan profesi kesehatan lain untuk mengetahui keadaan klien hanya dengan melihat grafik yang terdapat pada *flow sheet*. Oleh karena itu *flow sheet* lebih sering digunakan unit gawat darurat, terutama data fisiologis.

3. Catatan pemulangan dan ringkasan rujukan *(Discharge summery)*

Pada catatan ini terutama dipersiapkan keltika klien akan dipulangkan atau dipindahkan ketempat perawatan klien guna perawatan lanjutan. Klien dan keluarga harus mendapatkan informasi dan sumber yang diperlukan sebelum dipulangkan. Penulisan dokumentasi pemulangan meliputi masalah kesehatan

yang masih terjadi,pengebotan terakhir,penenganan masih harus diteruskan, kebiasaan makan dan istirahat, kemampuan untuk asuhan mandiri, jaringan dukungan (support system), pola/gaya hidup, dan agama. Pencatatan pemulangan klien ditunjukan untuk profesi kegiatan yang akan meneruskan homecare dan juga informasi pada klien. Informasi untuk profesi kesehatan mencakup:

a. Uraian mengenai intervensi keperawatan (contoh : mengganti balutan, urutan perawatan luka).
b. Uraian informasi yang telah disiapkan kepada klien.
c. Uraian mengenai kemampuan klien dalam melakukan keterampilan tertentu seperti menggunakan obat dan memakai alat penyangga tubuh.
d. Penjelasan mengenai keterlibatan anggota keluarga dalam asuhan keperawatan.
e. Uraian mengenai sumberdaya yang diperlukan di rumah.

Informasi yang disampaikan untuk klien hendaknya :

a. Menggunakan bahasa singkat, jelas, dan mudah dipaham oleh klien.
b. Menjelaskan langkah–langkah prosedur tertentu, misalnya cara menggunakan obat di rumah dan perlu diberi petunjuk tertulis.
c. Mengidentifikasi tindakan pencegahan yang perlu diikuti ketika melakukan asuhan mandiri.
d. Memeriksa tanda dan gejala komplikasi yang perlu dilakukan kepada dokter.

e. Memberikan daftar nama dan nomor telepon tenega kesehatan yang dapat dihubungi klien.

4. *CTARTING BY EXCEPTION* (CBE)

CBE *(charting by Exception)*adalah sistem dokumentasi yang hanya mencatan secara naratif hasil atau penemuan yang menyimpang dari keadaan normal atau standar. Keuntungan CBE yaitu mengurangi penggunaan waktu untuk mencatat sehingga lebih banyak waktu untuk asuhan langsung pada klien, lebih menekankanpada data yang penting,pencatatan langsung ketika memberikan asuhan, pengkajian yang terstandar, meningkatkan komunikasi antara tenaga kesehatan, lebih mudah melacak respons klien dan lebih murah. CBE *(Charting by Exception)* mengintegrasikan 3 komponen penting, yaitu

1. Lembar alur *(flowsheet)*
2. Dokumentasi dilakukan berdasarkan standar praktik
3. Formulir diletakan di tempat tidur klien sehingga dapat segera digunakan unutuk pencatatan dan tidak perlu memindakan data.

Adapun keuntungan dari model dokumentasi *Charting by Exception*adalah:

1. Tersusunnya standar minimal untuk pengkajian dan intervensi.
2. Data yang tidak normal tampak jelas
3. Data yang tidak jelas normal secara mudah ditandai dan difahami.
4. Data normal atau respon yang diharapkan tidak menggangu informasi lain.
5. Menghemat waktu karna catatan rutin dan observasi tidak perlu dituliskan.

6. Pencatatan dan duplikasi dapat dikurangi.
7. Data klien dapat dicacat pada format klien secepatnya.
8. Informasi terbaru dapat diletakkan pada tempat tidur klien.
9. Jumlah halaman lebih sedikit digunakan dalam dokumentasi.
10. Rencana tindakan keperawatan disimpan sebagai catatan permanen.

Sedangkan Kerugian dari model *Charting by Exception* adalah :

1. Pencatatan secara narasi sangat singkat. Sangat tergantung pada *"checklist"*.
2. Kemungkinan pada pencacatan yang masih kosong atau tidak ada.
3. Pencatatan rutin sering diabaikan.
4. Adanya pencatatan kejadian yang tidak semuanya didokumentasikan.
5. Tidak mengakomodasikan pencatatan disiplin ilmu lain.
6. Dokumentasi proses keperawatan tidak selalu berhubungan dengan adanya suatu kejadian.

Pedoman Penulisan CBE adalah :

1. Data dasar dicatat untuk setiap klien disimpan sebagai catatan yang permanen.
2. Daftar diagnosa keperawatan disusun dan ditulis pada waktu masuk rumah sakit dan menyediakan daftar isi untuk semua diagnosa keperawatan.
3. Ringkasan pulang ditulis untuk setiap diagnoisa keperawatan pada saat klien pulang.

4. SOAPIER digunakan sebagai catatan respon klien terhadap intervensi melalui tempat tinggal klien.
5. Data diagnosa keperawatan dan perencanaan data dikembangkan.
6. Kartu Kardek dan rencana tindakan dikembangkan setiap klien.

5. Focus *(Process Oriented System)*

Pencacatan focus adalah suatu proses orientasi dan klien fokus.Hal ini digunakan proses keperawatan untuk mengorganisir dokumentasi asuhan.Jika menuliskan catatan perkembangan, format DAR *(Data-Action-Response)* dengan 3 kolom.

Data : Berisi tentang data subyektif dan obyektif yang mengandungdokumntasi fokus.

Action :Merupakan tindakan keperawatan yang segera atau dilakukan berdasarkan pengkajian/evaluasi keadaan.

Response: Menyediakan keadaan respon klien terhadap tindakan medis atau keperawatan.

Penggunaan focus dapat dipergunakan untuk menyusun fungsi DAR sebagai kunci dan pedoman terhadap kewajiban orientasi proses.

Keuntungan dari model focus adalah.

1. Istilah focus lebih luas dan positif dibandingkan penggunaan istilah *"Problem"*

2. Pernyataan focus,pada tingkat tinggi, adalah diagnosa keperawatan.
3. Focus dengan DAR adalah fleksibel dan menyediakan kunci dan pedoman pencatatan diagnosa keperawatan.
4. Catatan keperawatan merupakan pencacatan Index berdasarkan tanda fokus yang memudahkan informasi untuk dikenali.
5. Waktu lebih singkat tanpa harus menuliskan pada beberapa bagian pada format.
6. Sistem ini mudah dipergunakan dan dimengerti oleh tenaga kesehatan lainya.Bahasa dan proses pencatatan menggunakan istilah umum.

Sedangkan Kerugian dari model dokumentasi focus adalah.

1. Penggunaan pencatatan *action* dapat membingungkan,khususnya tindakan yang akan atau yang telah dilaksanakan.
2. Penggunaan Focus pada kolom tidak konsisten dengan istilah pada rencana tindakan keperawatan.

6. *PROBLEM INTERVENTION DAN EVALUATION* (PIE)

PIE adalah suatu singkatan dari *(Indetifikasi Problem Intervention Evaluation).* Sistem pencatatan adalah suatu pendekatan orientasi proses pada dokumentasi dengan penekaan pada proses keperawatan dan diagnosa keperawatan.

Penggunaan Format PIE tepat digunakan untuk sistem pemberian asuhan keperawatan primer. Pada keadaan klien yang akut, perawat primer

dapat melaksanakan dan mencacat pengkajian waktu klien masuk dan pengkajian sistem tumbuh dan diberi tanda PIE setiap hari.

Setiap itu perawat *Associte* (PA) akan melaksankan tindakan sesuai yang telah direncanakan. Karena PIE didasarkan proses keperawatan, akan membantu memfasilitasi perbedaan antara pembelajaran di kelas dan keadaan nyata pada tatanan praktik pendokumentasian yang sesungguhnya. Model dokumentasi PIE memiliki karakteristik sebagai berikut:

1. Proses dokumentasi PIE dimulai pengkajian waktu klien masuk diikuti pelaksanaan pengkajian sistem tubuh setiap pergantian jaga (8 jam).
2. Data masalah hanya dipergunakan untuk asuhan keperawatan klien jangka waktu yang lama dengan masalah yang kronis.
3. Intervensi yang dilaksanakan dan rutin dicatat dalam *flowsheet*
4. Catatan perkembangan digunakan untuk pencatatan intervensi keperawatan yang spesifik berhubungan masalh spesifik.
5. Intervensi langsung terhadap penyelesaian masalah ditandai dengan “1” (intervensi) dan nomor masalh klien yang releven dicatat.
6. Keadaan klien sebagai pengaruh dari intervensi diidentifikasi dengan tanda “E” (evaluasi) dan nomor masalah.
7. Setiap masalah yang diindentifikasi dievaluasi minimal setiap 8 jam (setiap pegantian jaga).

   Keuntungan penggunaan model dokumentasi PIE adalah :

   1. Memungkinkan penggunaan proses keperawatan.

2. Rencana tindakan dan catatan perkembangan dapat dihubungkan.
3. Memungkinkan pemberian asuhan keperawatan yang kontinyu karena secara jelas mengidentifikasi masalah klien dan intervensi keperawatan.
4. Perkembangan klien, mulai dari masuk sampei pulang dapat dengan mudah digambarkan.

Kerugian penggunaan model dokumentasi PIE adalah:

1. Tidak dapat dipergunakan untuk pencatatan pada semua ilmu.
2. Pembatasan rencana tindakan yang tidak aplikatif untuk beberapa situasi keperawatan.

2.4.8 Faktor-faktor yang mempengaruhi pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan (Nursalam, 2008)

1. Sumber daya Manusia

   Tenaga atau sumber daya manusia mempunyai peranan penting diruimah sakit. Tanpa tenaga maka sumber daya yang lain tidaklah punya arti apa-apa. Semua proses manajemen berhubungan dengan manajemen ketenagaan dirumah sakit. *Staffing* sendiri menurut Willian (1990) pada umumnya mengandung arti bagaimana mencocokan seseorang dengan pekerjaan tang ada serta bagaimana mengembangkan kemampuan mereka (Aditama, 2003) sumberdaya manusia ini dalam pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan yaitu: jumlah SDM, pendidikan, dan pengalaman.

2. Beban Kerja

   Beban kerja dibedakan menjadi dua yaitu beban kerja kualitatif yaitu beban kerja yang berhubungan dengan kemampuan menyelesaikan tugas. Dan beban kerja kuantitatif yaitu beban kerja yang harus diselesaikan dalam waktu tertentu. (Ashar, 2001). Beban kerja sumber tidak maksimalhasil kerja, yang dalam hal ini adalah tidak lengkapnya penulisan dokumentasi asuhan keperawatan disebabkan oleh kelebihan beban kerja secara kuantitatif ataupun kualitatif.

3. Sarana dan Prasarana

   Rumah sakit adalah sebuah instansi yang fungsi utamanya memberikan pelayanan kepada pasien baik diagnostik maupun terapeutik untuk berbagai penyakit dan masalah kesehatan baik yang bersifat bedah maupun non bedah (Aditama, 2003). Agar kualitas pelayanan rumah sakit pada pasien bermutu terutama pelayanan keperawatan harus ditunjang dengan sarana dan prasarana yang memenuhi standart. Yang merupakan sarana dan prasaranan dokumentasi asuhan keperawatan yaitu format dokumentasi dan standart dokumentasi keperawatan. Standart tersebut berisi kriteria-kriteria yang perlu dilaksanakan dalam penyelenggaraan praktek keperawatan, sehingga asuhan keperawatan yang dihasilkan mempunyai mutu, efektifitas sesuai dengan harapan (Depkes, 2000).

4. Metode Asuhan Keperawatan

   Menurut Marquis dan Huston yang dikutip Bahtiar, 2010 terdapat lima model asuhan keperawatan profesional yang sudah ada dan akan terus dikembangkan

dimasa depan, dalam menghadapi tren pelayanan keperawatan, dimana masing-masing model asuhan keperawatan ini memiliki kelebihan dan kekurangan. Bentuk terbaik model praktik keperawatan tergantung pada: ketrampilan dan keahlian staff, ketersedian perawat profesional, akuiti pasien, kemampuan ekonomi organisasi, dan kompleksitas tugas yang harus diselesaikan. Sebelum memilih model praktik keperawatan hendaknya melakukan evaluasi efektifitas model terakhir yang digunakan, untuk menentukan apakah ada kebutuhan untuk merancang ulang pekerjaan sebelum merubah struktur organisasi, melibatkan individu atau departemen keperawatan yang dipengaruhi perubahan.

1. Keperawatan fungsional

   Model fungsional dilaksanakan oleh perawat dalam pengelolaan asuhan keperawatan. Dilaksanakan model ini karena dulu masih terbatasnya jumlah dan kemampuan perawat, maka perawat hanya melakukan 1-2 jenis intervensi keperawatan kepada semua pasien bangsal

2. Keperawatan TIM

   Model ini menggunakan tim yang terdiri atas anggota yang berbeda-beda dalam memberikan asuhan keperawatan terhadap sekelompok pasien. Perawat dibagi menjadi 2-3 tim yang terdiri atas tenaga profesional, tenaga tehnis dan pembantu yang saling membantu.

Kelebihan:

a. Memungkinkan pelayanan keperawatan menyeluruh
b. Mendukung pelaksanaan proses keperawatan

c. Memungkinkan komunikasi anta tim, sehingga konflik mudah diatasi dan memberi kepuasan kepada anggota tim

3. Keperawatan primer

Metode dimana penugasan satu orang perawat bertanggung jawab penuh selama 24 jam terhadap asuhan keperawatan pasien

Kelibihan:

1. Bersifat kontinyu dan komprehensif
2. Perawat primer mendapatkan akuntabilitas yang tinggi terhadap hasil dan memungkinkan pengembangan diri

4. Manajemen kasus

Dalam model ini perawat ditugaskan melayanai seluruh kebutuhan pasien saat berdinas. Pasien akandirawat oleh perawat yang berbeda setiap shift. Penugasan untuk kasus biasa menggunakan metode satu pasien satu perawat, umumnya untuk intensive care.

Kelebihan:

a. Perawat lebih memahami kasus perkasus
b. Sistem evaluasi dan managerial menjadi lebih mudah

5. Modifikasi Tim-Primer

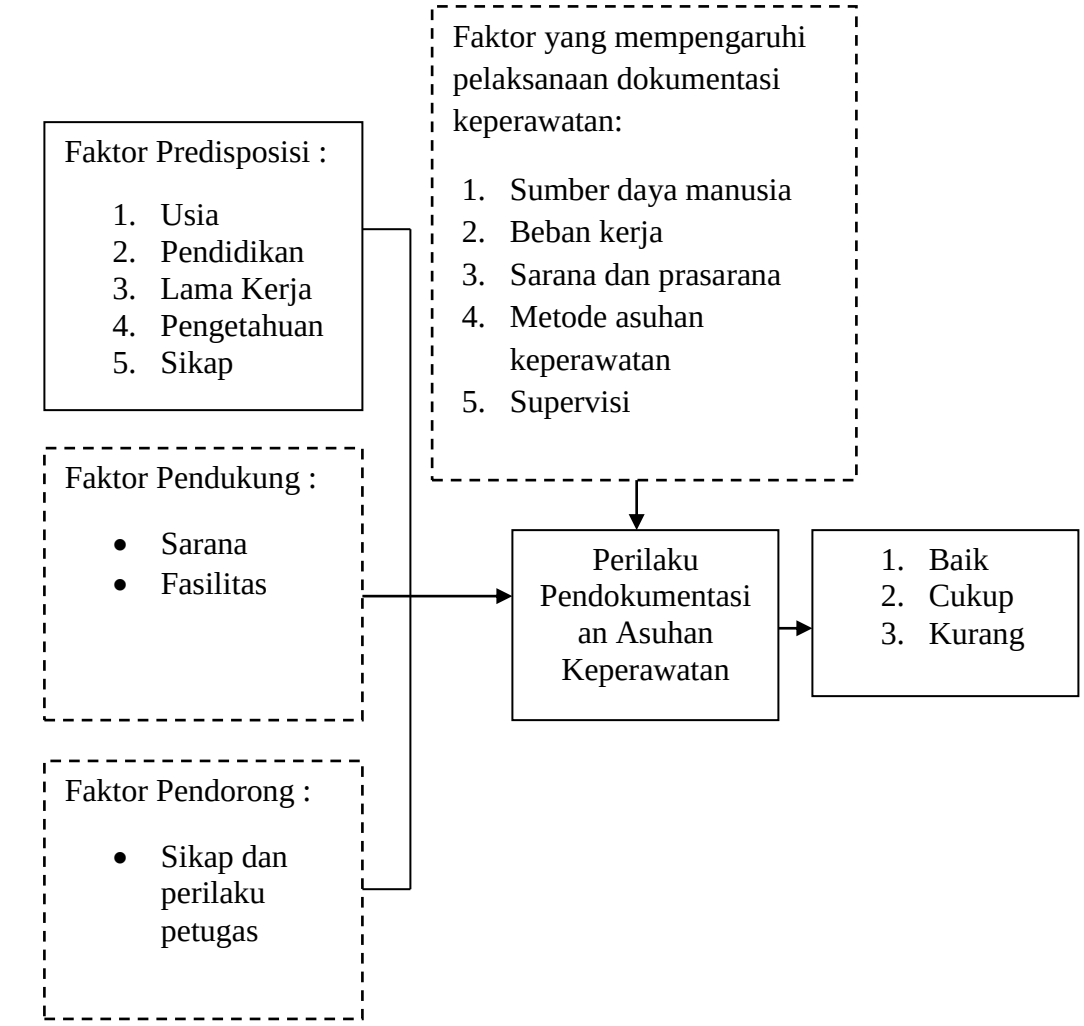
Model ini merupakan kombinasi dari dua sistem, yaitu keperawatan tim dan keperawatan primer

5. Supervisi

Pengertian supervisi menurut yayan, 2010 adalah melakukan pengamatan secara langsung dan berkala oleh atasan terhadap pekerjaan yang dilakukan bawahan

untuk kemudian bila ditemukan masalah segera dilakukan bawahan untuk kemudian ditemukan masalah segera dilakukan bantuan yang bersifat langsung guna mengatasinya. Kemudian supervisi berupa dorongan, bimbingan dan kesempatan pertumbuhan keahlian dan kecakapan. Fungsi dari supervisi bukan hanya kontrol apakah segala kegiatan yang dilaksanakan sesuai dengan rencana, tetapi juga bersama perawat bagaimana memperbaiki asuhan keperawatan yang sedang berlangsung.

2.5 Kerangka Konsep



Gambar 2.1 Kerangka konsep Analisis faktor yang berhubungan dengan perilaku pendokumentasian asuhan keperawatan perawat di RS PKU Muhammadiyah Surabaya

Dokumentasi keperawatan adalah bukti pencatatan dan pelaporan yang dimiliki perawat dalam catatan perawatan yang berguna untuk kepentingan klien, perawat dan tim kesehatan dalam memberikan pelayanan kesehatan dengan dasar data yang akurat dan lengkap secara tertulis sebagai tanggung jawab perawat (Wahid & Suprapto, 2012). Perilaku pendokumentasian asuhan keperawatan dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu faktor predisposisi yang meliputi : usia, jenis kelamin, lama kerja, sikap dan pengetahuan, kemudianada faktor pendukung yang meliputi fasilitas dan sarana prasarana serta faktor pendukung yaitu motivasi perawat (Notoatmojo, 2002). Dari faktor-faktor tersebut bisa mempengaruhi perilaku perawat dalam pendokumentasian asuhan keperawatan sehingga perilaku perawat dalam pendokumentasian bisa dikatakan baik, cukup ataupun kurang.

2.6Hipotesis Penelitian

Adanya hubungan antara faktor-faktor tersebut terhadap perilaku pendokumentasian asuhan keperawatan perawat di RS PKU Muhammadiyah Surabaya.

1. Adanya hubungan faktor usia dengan perilaku pendokumentasian asuhan keperawatan
2. Adanya hubungan faktor lama kerja dengan perilaku pendokumentasian asuhan keperawatan
3. Adanya hubungan faktor pendidikan dengan perilaku pendokumentasian asuhan kepeawatan

4. Adanya hubungan faktor pengetahuan dengan perilaku pendokumentasian aasuhan keperawatan
5. Asanya hubungan faktor sikap dengan perilaku pendokumentasian