

BAB 2

STUDY LITERATUR

2.1 Konsep Dasar Timbang Terima

2.1.1 Pengertian Timbang Terima

Timbang terima adalah transfer tentang informasi (termasuk tanggung jawab dan tanggung gugat) selama perpindahan perawatan yang berkelanjutan yang mencakup peluang tentang pertanyaan, klasifikasi, konfirmasi tentang pasien, tanggung jawab dan kewenangan perawat dari perawat sebelumnya ke perawat yang akan melanjutkan perawatan. (Nursalam, 2014).

Timbang terima merupakan komunikasi yang dilakukan perawat yang berisi tentang informasi apa saja tentang pasien. Apabila ada komunikasi dalam timbang terima maupun penyampaian tidak dilakukan dengan benar maka menimbulkan keterlambatan dalam diagnosis (Nursalam, 2014).

Timbang terima adalah suatu tehnik untuk menyampaikan dan menrima suatu informasi yang berkaitan dengan keadaan pasien. Timbang terima harus dilakukan seefektif mungkin dengan menjelaskan secara singkat, jelas dan lengkap tentang tindakan mandiri perawat, tindakan kolaboratif yang sudah atau belum dilakukan serta perkembangan pasien pada saat itu. Informasi yang disampaikan harus akurat sehingga

kesinambungan asuhan keperawatan dapat berjalan dengan sempurna (Nursalam, 2014).

2.1.2 Tujuan Timbang Terima

Menurut Nursalam (2014), tujuan dilaksanakan timbang terima adalah

1. Mengomunikasikan keadaan pasien dan menyampaikan informasi yang penting
2. Menyampaikan kondisi dan keadaan pasien (data focus)
3. Menyampaikan hal yang sudah atau belum dilakukan dalam asuhan keperawatan kepada pasien
4. Menyampaikan hal yang penting yang harus ditindak lanjuti oleh perawat dinas berikutnya
5. Menyusun rencana kerja untuk dinas berikutnya

2.1.3 Manfaat Timbang Terima

Menurut Nursalam (2014), dibagi menjadi 2 sebagai berikut :

- 1) Manfaat bagi perawat
 - a) Meningkatkan kemampuan komunikasi antar perawat
 - b) Menjalin hubungan kerjasama dan bertanggung jawab antar perawat
 - c) Pelaksanaan asuhan keperawatan terhadap pasien yang berkesinambungan
 - d) Perawat dapat mengikuti perkembangan pasien secara paripurna
- 2) Manfaat bagi pasien dan keluarga

Pasien dapat menyampaikan masalah secara langsung bila ada yang belum terungkap.

2.1.4 Langkah-langkah Pelaksanaan Timbang Terima

Menurut Nursalam (2014) langkah-langkah dalam pelaksanaan timbang terima adalah :

1. Kedua kelompok dinas dalam keadaan sudah siap
2. Dinas yang akan menyerahkan dan mengoperkan perlu mempersiapkan hal-hal apa yang akan disiapkan
3. Perawat primer menyampaikan kepada penanggung jawab dinas yang selanjutnya meliputi :
 - a) Kondisi atau keadaan pasien secara umum
 - b) Tindak lanjut untuk dinas yang menerima timbang terima
 - c) Rencana kerja untuk dinas yang menerima timbang terima
 - d) Penyampaian timbang terima harus dilakukan secara jelas dan tidak terburu-buru
 - e) Perawat primer dan anggota kedua dinas bersama-sama secara langsung melihat keadaan pasien

2.1.5 Prosedur Timbang Terima

- a. Persiapan
 - 1) Keadaan shift sudah dalam keadaan siap
 - 2) Shift yang akan bertugas menyiapkan buku catatan
- b. Pelaksanaan
 - 1) Timbang terima dilaksanakan setiap pergantian shift/operan

- 2) Di nurse station, perawat berdiskusi untuk melaksanakan timbang terima dengan menyampaikan perkembangan klien yang berkaitan tentang dilaksanakan serta hal-hal yang perlu di limpahkan.
- 3) Hal-hal yang sifatnya khusus dan memerlukan perincian yang lengkap sebaiknya di catat di buku khusus, kemudian di serahterimakan kepada perawat berikutnya.
- 4) Hal-hal yang perlu disampaikan pada saat timbang terima :
 - b) Identitas klien dan diagnose medis
 - c) Data fokus (keluhan subyektif dan obyektif)
 - d) Masalah keperawatan yang kemungkinan masih muncul
 - e) Tindakan keperawatan yang sudah dan belum dilaksanakan
 - f) Tindakan kolaborasi dan dependensi
 - g) Rencana umum dan persiapan yang perlu dilakukan dalam kegiatan selanjutnya
- 5) Perawat yang melakukan timbang terima dapat melakukan klarifikasi tanya jawab terhadap hal-hal yang di timbangterimakan dan berhak menanyakan mengenai hal-hal yang kurang jelas.
- 6) Penyampaian saat timbang terima secara singkat dan jelas
- 7) Lama timbang terima untuk setiap pasien tidak lebih dari 5 menit kecuali pada kondisi khusus dan memerlukan penjelasan yang lengkap dan rinci.
- 8) Kepala ruangan dan semua perawat keliling ke tiap klien dan melakukan validasi data.

- 9) Pelaporan untuk timbang terima pasien ditulis secara langsung pada format laporan ruangan oleh perawat pelaksana dan ditandatangani kedua perawat pelaksana.

2.1.6 Faktor- faktor Yang Mempengaruhi Timbang Terima

Faktor penghambat terdiri dari tujuh elemen utama yaitu :

1. Hambatan komunikasi
2. Masalah yang berhubungan dengan standart
3. Ketersediaan sumber daya
4. Faktor lingkungan
5. Efektifitas waktu
6. Kesulitan yang berhubungan dengan kompleksitas keadaan pasien
7. Pendidikan dan pelatihan yang kurang serta faktor individu

Sedangkan faktor pendukung terdiri dari enam elemen utama yaitu :

2. Ketrampilan komunikasi
3. Strategi atau standart timbang terima
4. Penggunaan teknologi
5. Dukungan lingkungan
6. Pendidikan dan pelatihan
7. Keterlibatan staf serta kepemimpinan

2.1.7 Hal-Hal Yang Perlu Diperhatikan Saat Timbang Terima

1. Dilaksanakan tepat waktu pada saat pergantian dinas yang disepakati
2. Dipimpin oleh penanggung jawab klien/perawat primer
3. Diikuti oleh semua perawat yang telah dan akan dinas

4. Adanya unsur bimbingan dan pengarahan dari penanggung jawab
5. Informasi yang disampaikan harus akurat, singkat, sistematis dan menggambarkan kondisi klien pada saat ini serta kerahasiaan pasien
6. Timbang terima harus berorientasi pada masalah keperawatan yang ada pada klien, dengan kata lain informasi yang diberikan berawal dari masalahnya terlebih dahulu (setelah diketahui melalui pengkajian), baru kemudian terhadap tindakan yang telah dilakukan dan belum dilakukan serta perkembangan setelah dilakukan tindakan
7. Timbang terima dilakukan didekat pasien, menggunakan volume suara yang pelan dan tegas (tidak berisik) agar klien disebelahnya tidak mendengarkan apa yang dibicarakan untuk menjaga privasi pasien, terutama mengenai hal-hal yang perlu dirahasiakan sebaiknya tidak dibicarakan secara langsung didekat klien.
8. Bila ada informasi yang mungkin membuat klien terkejut sebaiknya jangan dibicarakan didekat klien tetapi di ruang perawat.

2.1.8 Dokumentasi

1. Pengkajian keperawatan
 - B. Pengumpulan data dilakukan secara sistematis, menyeluruh, akurat, singkat, dan berkesinambungan.
 - C. Pengelompokan data, kriteria :
 - a) Data biologis, yaitu yaitu hasil observasi tanda- tanda vital dan pemeriksaan fisik dan IPPA(Inspeksi, Palpasi, Auskultasi) serta pemeriksaan diagnostik atau penunjang (laboratorium, foto rontgen).

- b) Data psikologis, sosial, spiritual melalui wawancara dan observasi.
- c) Format pengkajian data awal menggunakan model ROS (review of system) yang meliputi data demografi pasien, riwayat keperawatan, observasi dan pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang atau diagnostic.

2. Diagnosa keperawatan

- a) Status kesehatan dibandingkan dengan norma untuk melakukan kesenjangan.
- b) Siagnosis keperawatan dihubungkan dengan penyebab kesenjangan dan pemenuhan pasien.
- c) Siagnosis keperawatan dibuat sesuai dengan wewenang perawat.
- d) Komponen diagnosis terdiri dari masalah, penyebab, tanda atau gejala, terdiri atas masalah dan penyebab.
- e) Melakukan pengkajian ulang dan merevisi diagnosis berdasarkan data terbaru.

3. Intervensi keperawatan

Perawat membuat rencana asuhan keperawatan untuk mengatasi masalah dan meningkatkan status kesehatan.

Kriteria :

- a) Perencanaan terdiri atas penetapan prioritas masalah, tujuan, dan rencana asuhan keperawatan.

- b) Bekerja sama dengan klien dalam menyusun rencana asuhan keperawatan.
- c) Perencanaan bersifat individual sesuai dengan kondisi atau kebutuhan klien.
- d) Mendokumentasikan rencana asuhan keperawatan

Perawat mengimplementasikan intervensi yang telah diidentifikasi dalam rencana asuhan keperawatan.

- a) Bekerja sama dengan klien dalam pelaksanaan implementasi asuhan keperawatan.
- b) Mengolaborasi asuhan keperawatan untuk mengatasi masalah kesehatan klien.
- c) Melakukan asuhan keperawatan untuk mengatasi masalah kesehatan klien
- d) Melakukan supervise terhadap tenaga pelaksana keperawatan dibawah tanggung jawabnya.
- e) Menjadi koordinator pelayanan dan advokasi terhadap klien untuk mencapai tujuan kesehatannya.
- f) Menginformasikan kepada klien tentang kesehatannya tentang kesehatannya dan fasilitas- fasilitas pelayanan kesehatan yang dapat dimanfaatkan olehnya.
- g) Memberikan pendidikan kesehatan pada klien dan keluarga mengenai konsep, keterampilan asuhan diri, serta membantu klien memodifikasi lingkungan yang akan digunakan.

- h) Mengkaji ulang dan merevisi implementasi asuhan keperawatan berdasarkan respon klien.

4. Evaluasi

Perawat mengevaluasi kemajuan (respon) klien terhadap asuhan keperawatan dalam pencapaian tujuan dan merevisi data dasar serta perencanaan.

Kriteria :

- a) Menyusun perencanaan evaluasi hasil dari implementasi secara komprehensif, tepat waktu, dan terus menerus.
- b) Menggunakan data dasar dan respon klien dalam mengukur perkembangan kearah pencapaian tujuan.
- c) Memvalidasi dan menganalisis data baru dengan rekan sejawat dan klien.
- d) Bekerja sama dengan klien dan keluarga klien untuk memodifikasi asuhan keperawatan.
- e) Mendokumentasikan hasil evaluasi dan memodifikasi perencanaan.

5. Dokumentasi

Perawat mendokumentasikan hasil yang telah atau belum dicapai pada rekam medis. Penggunaan istilah yang perlu ditekankan pada penulisannya untuk menghindari salah persepsi dan ketidak jelasan menyusun asuhan keperawatan lebih lanjut. (Nursalam, 2014).

2.2 Konsep Dasar Buku Catatan Harian

2.2.1 Pengertian Buku Catatan Harian

Buku Catatan Harian adalah kumpulan kertas atau bahan lainnya yang dijilid menjadi satu pada salah satu ujungnya dan berisi tulisan atau gambar. Setiap lembaran yang terdapat pada buku disebut dengan halaman., merupakan buku yang berisi catatan harian atau catatan harian itu sendiri, misalnya catatan harian Buku catatan harian adalah buku untuk menuliskan catatan harian untuk mendokumentasikan hasil sementara agar tidak terjadi kesalahan pada saat menulis di buku catatan pasien buku ini sangat penting dalam menjaga pendokumentasian setelah selesai timbang terima dilakukan. Isi dari buku catatan harian ini ada nama kamar, diagnose keperawatan, masalah keperawatan, data subjektif dan objektif, intervensi yang sudah dilakukan dan yang belum dilakukan, hal- hal yang perlu diperhatikan (laboratorium, obat, advis medis). (Nursalam, 2014).

2.2.2 Manfaat Buku Catatan Harian

- a. Menjadi lebih menghargai waktu dan mempercepat pekerjaan
- b. Menjadi lebih ringkas mencatat ide-ide dengan baik
- c. Menjadi catatan harian yang mudah digunakan dan tidak mudah hilang.

2.3 Konsep Dokumentasi Keperawatan

2.3.1 Pengertian Dokumentasi Keperawatan

Menurut Nursalam (2014) Dokumentasi proses asuhan keperawatan merupakan tampilan perilaku atau kinerja perawat pelaksana dalam memberikan proses asuhan keperawatan kepada pasien selama pasien dirawat di rumah sakit. Kualitas pendokumentasian perawat dilihat dari kelengkapan dan keakuratan menuliskan proses asuhan keperawatan yang diberikan kepada pasien, yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, rencana tindakan dan evaluasi. Selain itu, dokumentasi keperawatan dapat meningkatkan kualitas keperawatan serta membantu perawat dalam memberikan perawatan secara optimal dan berkelanjutan dengan cara memandu perawat untuk dapat menulis dokumentasi dengan benar.

2.3.2 Tujuan Dokumentasi Keperawatan

Menurut Nursalam (2014) tujuan utama dokumentasi adalah:

1. Mengidentifikasi status kesehatan klien dalam rangka mendokumentasikan kebutuhan klien.
2. Dokumentasi untuk penelitian, keuangan hukum, dan etika. Hal ini juga menyediakan:

a. Bukti asuhan keperawatan

- b. Bukti legal dokumentasi sebagai pertanggungjawaban kepada klien
- c. Informasi terhadap perlindungan individu
- d. Bukti aplikasi standart praktik keperawatn
- e. Sumber informasi statistic untuk santard dan riset keperawatan
- f. Pengurangan biaya informasi
- g. Sumber infomasi untuk data yang harus dimasukkan
- h. Komunikasi konsep resiko asuhan keperawatan
- i. Informasi untuk peserta didik keperawatan
- j. Persepsi hak klien
- k. Dokumentasi untuk tenaga professional, tanggung jawab etik, dan menjaga kerahasiaan informasi klien
- l. Suatu data keuangan sesuai
- m. Data perencanaan pelayanan kesehatan yang akan datang

2.3.3 Manfaat Dokumentasi Keperawatan

Menurut Nursalam (2014) manfaat dokumentasi keperawatan adalah:

1. Hukum
2. Kualitas Pelayanan

3. Komunikasi

4. Keuangan

5. pendidikan

6. Penelitian

7. Akreditasi

2.3.4 Model Dokumentasi Keperawatan

a. Model dokumentasi SOR (*Source-Oriented-Record*) merupakan model pendokumentasi yang berorientasi pada sumber informasi. Model ini menempatkan catatan atas dasar sumber yang mengelola pencatatan. Dokumentasi dibuat dengan cara setiap anggota tim kesehatan membuat catatan sendiri dari hasil observasi.

b. Model dokumentasi POR (*Problem-Oriented-Record*) merupakan model pendokumentasian system pelayanan kesehatan yang berorientasi pada masalah klien, dapat menggunakan multi disiplin dengan mengaplikasikan pendekatan pemecahan masalah, mengarahkan ide- ide di pikiran anggota tim.

c. Model dokumentasi CBE (*Charting –By- Exception*) merupakan system dokumentasi yang hanya mencatat secara naratif dari hasil atau penemuan yang menyimpang dari keadaan normal atau standart.

2.3.3 Faktor- faktor yang Mempengaruhi Dokumentasi Keperawatan

1. Pengetahuan

Kurangnya tingkat pengetahuan mengenai konsep dan dasar-dasar dokumentasi keperawatan karena latar belakang pendidikan dan pengalaman berbeda- beda, sehingga tidak ada keseragaman dalam pelaksanaan dokumentasi keperawatan.

2. Persepsi

Seorang perawat dalam melakukan setiap tindakan, sangat dipengaruhi oleh bagaimana persepsi perawat itu sendiri. Ketika perawat mempersepsikan dokumentasi keperawatan bukan sebagai tanggung jawabnya, maka perawat akan melakukan dokumentasi keperawatan tidak sesuai dengan standart.

3. Motivasi

Perawat yang mempunyai motivasi, tidak hanya sekedar melakukan dokumentasi keperawatan namun perawat dapat mengetahui serta memahami apa yang perawat catat dalam dokumentasi keperawatan, sehingga dapat membuat dokumentasi keperawatan yang berkualitas.

4. Beban kerja

Semakin tinggi beban kerja perawat, maka semakin rendah kualitas pendokumentasian asuhan keperawatan. Banyaknya lembar format yang harus diisi untuk mencatat data dan intervensi keperawatan pada pasien membuat perawat terbebani.

5. Kondisi kerja

Kurangnya tenaga dalam suatu tatana pelayana kesehatan memungkinkan perawat bekerja hanya beroientasi pada tindakan saja. Tidak cukup waktu untuk menuliskan setiap tindakan yang telah diberikan pada lebar dokumentasi keperawatan.

6. Pedoman pendokumentasian

Penulisan pendokumentasian keperawatan yang tidak mengacu pada pedoman yang sudah ditetapkan dapat mengakibatkan dokumentasi keperawatan tidak lengkap dan akurat.

7. Format dokumentasi keperawatan

Lembar format keprawatan yang tidak lengkap, panjang dan tidak focus dapat menyebabkan dokumentasi keperawatan tidak lengkap.

8. Supervisi

Supervise dapat meningkatkan motivasi dan rasa tanggung jawab perawat dalam mencatat tindakan yang telah dilajukan dan respon pasien.

9. *Reward* dan *punishment*

Bentuk *reward* baik lisan maupun berbentuk jasa pelayanan akan sangat memotivas perawat dalam melakukan dokumentasi keperawatan, sedangkan *punishment* diberikan pada perawat yang tidak rajin dalam melengkapi dokumentasi keperawatan. Hal tersebut dapat mempngaruhi kualitas dokumentasi keperawatan.

2.4 Kerangka Teori

