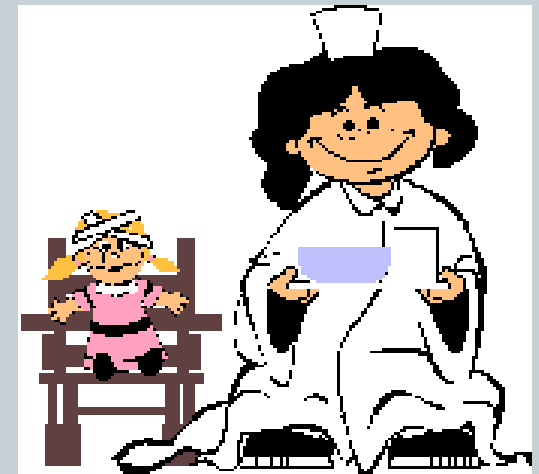


# DOKUMENTASI KEPERAWATAN

1



**BY. YUNARSIH, SKEP, MKES**

# Introduction



- Pencatatan asuhan keperawatan merupakan suatu komponen penting dari infrastruktur teknologi informasi di rumah sakit khususnya keperawatan.
- Dokumentasi proses asuhan keperawatan merupakan tampilan perilaku atau kinerja perawat pelaksana dalam memberikan proses asuhan keperawatan kepada pasien selama pasien dirawat di rumah sakit.

# Introduction

- 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

# Next.....

4

- 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

(Gregory et al, 2008).

# Pertimbangan Umum memilih sistem dokumentasi

1. Percampuran ketenagaan
2. Pengetahuan dan ketrampilan staf kep
3. Biaya implementasi
4. Waktu pembelajaran
5. Legalitas
6. Persyaratan mengakreditasi lembaga



**SISTEM  
PENDOKUMENTASIAN**

# PENCATATAN NARATIF

**Adalah** format cerita/paragraf sederhana yang digunakan untuk mendokumentasikan askep pasien yang terjadi selama jam dinas yang menggambarkan status pasien, intervensi, pengobatan serta respon pasien terhadap intervensi

Saat ini  jarang digunakan

# Keuntungan:

1. Sudah dikenal banyak perawat sejak lama
2. Dapat dikombinasikan dengan metode dokumentasi yang lain, misal: lembar alur
3. Jika ditulis dg benar: memberikan informasi secara luas
4. Sangat berguna untuk situasi darurat, karena dapat dengan cepat dan mudah mendokumentasikan kronologis situasi



# Kerugian

1. Kurang terstruktur
2. Berorientasi pada tugas dan akan menghabiskan waktu, sedikit penekanan pada evaluasi, sering tidak secara konsisten mencerminkan semua unsur aspek
3. Isi catatan perkembangan tidak didefinisikan secara seragam, masalah yang muncul tidak ditemukan pada setiap jam dinas, sehingga sulit untuk evaluasi
4. Tidak selalu mencerminkan pemikiran yang kritis

## Contoh:

Tanggal	Waktu	Catatan Perkembangan
23 Pebr. 2015	10.00	Waspada, responsif terhadap stimulasi verbal. Nafas terdengar jernis bilateral. Bisa batuk dan nafas dalam secara bebas. Bising usus rendah pada RAQ dan LAQ Saat ini tidak ada keluhan rasa tidak nyaman. IVFD pada lengan kiri

# PENCATATAN BERORIENTASI PADA MASALAH (POR)

Adalah sistem dokumentasi perawatan pasien di klinik yang memfokuskan semua pendokumentasian pada masalah pasien



sistem ini dirancang untuk dokumentasi dokter



SOAP



SOAPIE

# lima komponen model/sistem ini:



## 1. Data Dasar

Yang membantu perawat menentukan prioritas kebutuhan pasien dan membuat rencana perawatan dengan tepat

## 2. Daftar masalah

Daftar ini untuk mengidentifikasi masalah pasien. Setiap masalah diberi no.sehingga menghilangkan kebutuhan daftar masalah yang terpisah


# Lanjut...



## 3. Rencana awal

Rencana askep umumnya mencakup diagnosis kep.hasil yang diharapkan dan intervensi

## 4. Catatan Perkembangan

SOAPIE  perawat, dokter, ahli gizi dan profesional kesehatan lain melakukan pendokumentasian dalam catatan perkembangan yang sama, meskipun isi berbeda



## 5. Ringkasan pemulangan

meliputi catatan pembahasan singkat tentang setiap masalah tersebut berhasil atau tidak diselesaikan.

Untuk masalah yang belum berhasil, SOAPIE harus ditulis. Ringkasan ini menjadi referensi untuk masalah yang belum terselesaikan yang membutuhkan tindakan lebih jauh

# Keuntungan

1. Berstruktur baik, menambah konsistensi pendokumentasian
2. Mencerminkan proses keperawatan: Pengkajian–evaluasi
3. Lebih mudah digunakan untuk menelusuri masalah tertentu dalam rangka pemantauan perbaikan mutu
4. Pencatatan SOAP (IE) dapat digunakan secara efektif, masalah pada rencana diberi no.mempermudah referensi cat.perkemb
5. Pencatatan SOAP yang digunakan secara terintegrasi memudahkan komunikasi antar profesi

# Kerugian:

1. SOAP (IE) jarang diimplementasikan dalam format murni, dan modifikasi dapat menghilangkan tujuan asli dari struktur dan data logis
2. SOAP (IE) bukan metode yang paling efektif, tumpang tindih data dan intervensi sering terjadi
3. Kecenderungan pleonasme: daftar masalah dan intervensi sama2 mengidentifikasi masalah



# PENCATATAN PIE

Hampir sama dengan SOAP

Tujuannya: menyederhanakan proses dokumentasi, menyatukan rencana dan catatan perkembangan serta menulis catatan ringkas mengenai asuhan keperawatan

# Elemen Inti PIE

## 1. Lembar Pengkajian Pasien Harian

adalah lembar alur pengkajian harian 24 jam yang berisi kriteria pengkajian spesifik berdasarkan katagori kebutuhan manusia seperti respirasi dan kulit (contoh format lihat di buku Dokep. Patricia W, Nancy hal. 145)

Perawat harus menandai temuan bila terdapat penyimpangan dan harus menjelaskan pada catatan perkembangan. Lebar alur juga memberi runag untuk mendok.tentang pengobatan dan prosedur

Lanjut.....

## 2. Catatan perkembangan

Penggunaan daftar masalah: NANDA

Tgl	waktu	Catatan Perkembangan
23/2	08.00	P#1 Resti trauma b.d. Adanya rasa pusing
	12.00	IP#1 Instruksikan pasien untuk meminta bantuan bila turun TT EP#1 Pasien secara konsisten meminta bantuan perawat bila turun TT. Pasien masih merasa pusing

# Keuntungan PIE

- **Memungkinkan penggunaan proses keperawatan**
- **Rencana tindakan dan catatan perkembangan dapat dihubungkan**
- **Memungkinkan pemberian asuhan keperawatan yang kontinue karena secara jelas mengidentifikasi masalah klien dan intervensi keperawatan**
- **Perkembangan klien mulai dari klien masuk sampai pulang dapat dengan mudah digambarkan**

# Kerugian:

1. Tidak dapat dipergunakan untuk pencatatan untuk semua disiplin ilmu
2. Pembatasan rencana tindakan yang tidak aplikatif untuk beberapa situasi keperawatan
3. Karena menggabungkan intervensi kedalam cat.perkembangan, rencana perawatan akhirnya menjadi TJ ---RN
4. PIE mencatat perubahan status pasien, maka tidak efektif untuk masalah pasien yang tidak berubah dari hari ke hari
5. Pencatatan setiap 8 jam dalam 24 jam menimbulkan dokumentasi yang panjang, terutama jika pasien punya banyak masalah

# PENCATATAN FOKUS

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

**Model ini muncul karena keterbatasan format SOAP**

# Elemen Inti

## 1. Identifikasi masalah

Masalah yang muncul diberi label fokus, untuk menghilangkan konotasi negatif kata masalah

Contoh:

Fokus	Contoh
Tanda gejala	Demam , mula
Perubahan akut pada status	Henti jantung, kejang
Kejadian perawatan pasien	Kemoterapi, pembedahan
Diagnosis keperawatan	Koping tidak efektif
	Resti infeksi

## 2. Pengorganisasian catatan perkembangan

tanggal	waktu	Fokus	Catatan perkembangan
23/2	08.00	nyeri	<b>D</b> : pasien mengeluh nyeri <b>A</b> : pasien diberi posisi yang nyaman <b>R</b> : pasien menyatakan nyeri berkurang





# Keuntungan dan kerugian

- .....

# CBE

- Dikembangkan th. 1983
- Motivasi pengembangan sistem CBE:  
dapat mengatasi masalah pendokumentasian dengan membuat kecenderungan pada status kesehatan yang lebih nyata, dapat menghemat waktu serta membuat informasi terbaru mengenai status pasien

# Elemen Inti

1. Lembar alur  
    contoh lihat di hal. 150)
2. Standar praktek
3. Protokol dan instruksi insidental
4. Data Dasar
5. Rencana askep
6. Catatan perkembangan

# Keuntungan dan kerugian

- Tugas baca

