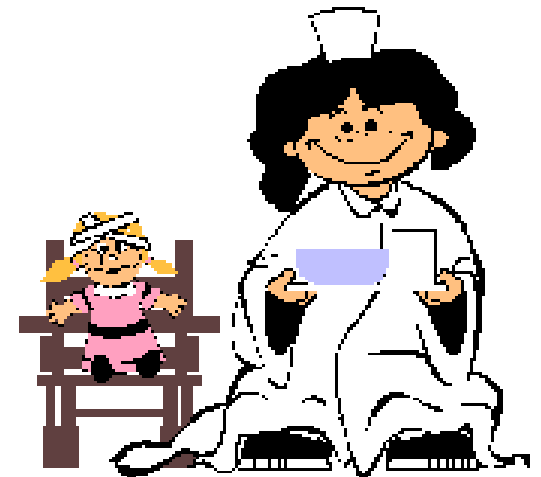


DOKUMENTASI KEPERAWATAN

By. YUNARSIH, SKep



Sistem Dokumentasi Keperawatan

1. **Dokumentasi Keperawatan dengan Kode (Coded Nursing Documentation/CND)**
 - *Adalah* dokumentasi menggunakan sistem komputer dimana catatan keperawatan yang terlihat hanya kode saja. Kode sendiri berdasarkan standar asuhan keperawatan yang telah dirumuskan. Virginia, dkk (2008) pengembangan dokumentasi yang dilakukan berupa dokumentasi keperawatan dengan sistem pengkodean.

Cont....

- Pengkodean dilakukan dengan memasukkan data pasien ke komputer, pada akhirnya akan terlihat data dokumentasi hanya berupa kode secara lengkap menguraikan mulai dari penyakit hingga evaluasi yang akan dicapai oleh pasien tersebut. Sistem pengkodean ini, tidak menuntut perawat untuk melakukan aktivitas menulis lebih banyak.

Sistem Dokumentasi Keperawatan

2. Clinical Care Clasification (CCC)

- Model Sistem CCC menggambarkan dokumentasi perawatan pasien oleh perawat dan semua penyedia layanan kesehatan dalam pengaturan perawatan kesehatan sebagai interaktif, saling berkaitan, dan proses umpan balik yang terus-menerus.

Tehnik Dokumentasi

adalah cara menggunakan dokumentasi keperawatan dalam penerapan proses keperawatan.

Ada 3 tehnik dokumentasi:

1. S O R
2. Kardex
3. POR

SOR (Source Oriented Record)

- *Adalah* tehnik dokumentasi yang dibuat oleh setiap anggota tim kesehatan. Dalam melaksanakan tindakan mereka tidak tergantung dengan tim lainnya.
- Catatan ini cocok untuk pasien rawat inap.
- Contoh : formulir grafik, format pemberian obat, catatan perawat, pemeriksaan Lab...dll

Kardex

- Teknik dokumentasi ini menggunakan serangkaian kartu dan membuat data penting tentang klien dengan menggunakan ringkasan problem dan terapi klien
- Cocok pada pasien rawat jalan.

POR (Problem Oriented Record)

- POR merupakan teknik yang efektif untuk mendokumentasikan system pelayanan keperawatan yang berorientasi pada masalah klien.
- Teknik ini dapat digunakan untuk mengaplikasikan pendekatan pemecahan masalah, mengarahkan ide pemikiran anggota tim mengenai problem klien secara jelas.

POR

- Sistem POR ini mempunyai 4 komponen:
 1. Data dasar
 2. Daftar masalah
 3. Rencana awal
 4. Catatan perkembangan

FORMAT DOKUMENTASI

- Aziz Alimul (2001) mengemukakan ada lima bentuk format yang lazim digunakan:
 1. Naratif
 2. SOAPIER
 3. Format Focus/DAR
 4. Format DAE
 5. Catatan Perkembangan ringkas

Format Naratif

Merupakan format yang dipakai untuk mencatat perkembangan pasien dari hari ke hari dalam bentuk narasi.

Keuntungan:

1. Meningkatkan dok.yang kronologis →
dpt.menginterpretasikan kejadian secara berurutan
2. memberikan kebebasan kepada perawat untuk memilih bagaimana informasi akan dicatat

Next

- Kerugian:
- memungkinkan terjadinya fragmentasi kata2 yang berlebihan, pesan mudah terlupakan, pengulangan pada beberapa bagian

Format SOAPIER

- Format ini dapat digunakan pada catatan medic yang berorientasi pada masalah (problem oriented medical record) yang mencerminkan masalah yang diidentifikasi oleh semua anggota tim perawat.
- Keuntungan:
perawat dapat menghubungkan setiap pencatatan SOAP dengan diagnosa yang telah ditulis pada rencana Askep

Next

Mudah mencatat klien ke arah pemecahan masalah

Kerugian:

Catatan SOAP tidak dapat memperlihatkan urutan kejadian

Format Fokus/DAR

- Semua masalah pasien atau diagnosa kep.diidentifikasi dalam catatan perawatan dan terlihat pada rencana keperawatan.
- Kolom fokus dapat berisi masalah klien, diagnosa kep, dan kejadian penting
- Tetapi, diagnosa kep. Lebih ditekankan

Format DAE

- **Merupakan** sistem dokumentasi inti dengan konstruksi data, tindakan, dan evaluasi, dimana setiap diagnosa kep.yang diidentifikasi dalam catatan kep.,terikat pada rencana kep.atau daftar masalah

Catatan perkembangan ringkas

Dalam menuliskan catatan perkembangan diperlukan beberapa hal yang perlu diperhatikan antara lain :

1. Adanya perubahan kondisi pasien
2. Berkembangnya masalah baru
3. Pemecahan masalah lama
4. Respon pasien terhadap tindakan
5. Kesiediaan pasien terhadap tindakan
6. Kesiediaan pasien untuk belajar
7. Perubahan rencana keperawatan
8. Adanya abnormalitas atau kejadian yang tidak diharapkan

Next...

Petunjuk membuat catatan perkembangan :

1. Memulai catatan dengan melihat diagnose keperawatan
2. Masukkan seluruh pengkajian (objectif dan subjectif)
3. Dokumentasikan masalah baru dan masalah sudah teratasi.
4. Identifikasi tindakan yang diberikan berdasarkan perencanaan.
5. Catat hasil dari implementasi berdasarkan tujuan dan hasil yang di harapkan.

Catatan perkembangan yang dibuat dapat menggunakan bentuk lembar alur (flow sheet) dan daftar check list

Keuntungan:

1. Mengurangi fragmentasi data pasien dan kep
2. meningkatkan ketersediaan data pasien,
3. memperkuat perbandingan data dari beberapa periode waktu,
4. menyesuaikan catatan yang relevan secara legal dan info yang berguna

Keuntungan

5. membatasi narasi yang terlalu luas

Kerugian:

1. Memperluas catatan medik dan menciptakan penyimpangan
2. Memungkinkan duplikasi data, rancangan dan format
3. Pencatatan aktual memungkinkan bagian penting dari format tidak digunakan

Agar lembar alur dan daftar chek list sesuai dengan standar maka harus memenuhi syarat sebagai berikut :

1. Perhatikan dan ikuti petunjuk
2. Lengkapi format dengan menggunakan kunci
3. Gunakan tanda cek (√) atau (x) atau tanda (o) pada waktu mengidentifikasi bahwa parameter tidak diobservasi/diintervensi
4. Jangan tinggalkan lembar format dalam keadaan kosong. Tulis (o) untuk mengidentifikasi bahwa parameter tidak diperlukan

Next....

5. Tulis (o) untuk mengidentifikasi bahwa parameter tidak diperlukan
6. Tambahkan uraian secara detail jika diperlukan
7. Pertahankan agar letak lembar alur tetap pada tempatnya
8. Beri tanda tangan dan nama jelas
9. Dokumentasikan waktu dan tanggal

Model/tehnik dokumentasi yang lain (Nursalam, 2001)

Charting By Exception (CBE)

adalah sistem dokumentasi yang hanya mencatat secara naratif dari penemuan yang menyimpang dari standar

CBE mengintegrasikan 3 komponen kunci, yaitu:

1. Flowsheet yang berupa kesimpulan penemuan yang penting, menjabarkan indikator pengkajian dan penemuan, termasuk instruksi dokter/perawat, grafik, catatan pendidikan dan pencatatan pemulangan klien

Lanjut....

2. Dokumentasi dilakukan berdasarkan standar praktek kep. → mengurangi pencacatan ttg hal rutin

Keuntungan:

1. Tersusunnya standar minimal untuk pengkajian dan intervensi
2. Data yg tdk normal nampak jelas, mudah ditandai dan dipahami
3. Data normal atau respon yang diharapkan tdk mengganggu informasi lain

Lanjut keuntungan:

4. Menghemat waktu karena catatan rutin dan observasi tidak perlu dituliskan
5. Data klien dapat dicatat pada format klien secepatnya
6. Informasi terbaru dpt diletakkan pd TT klien
7. Rencana tind.kep.disimpan sebagai catatan yang permanen

Kerugian:

1. Pencatatan secara narasi sangat singkat, sangat tergantung pada chectlist

Kerugian

2. Kemungkinan masih ada pencatatan yang masih kosong atau tdk ada
3. Pencatatan rutin sering diabaikan
4. Adanya pencatatan kejadian yang tdk semuanya didokumentasikan
5. Tidak mengakomodasi pencatatan disiplin ilmu lain

Pedoman penulisan CBE

1. *Data dasar dicatat untuk setiap klien dan disimpan sebagai catatan yang permanen*
2. *Daftar diagnosa keperawatan disusun dan ditulis pada waktu MRS dan menyediakan daftar isi unt. Semua diagnosa*
3. *Ringkasa pulang ditulis unt semua diag.kep.pada saat klien pulang*
4. *SOAPTEER sebagai catatan respon klien*
5. *Kartu kardex dan rencana tindakan dikembangkan setiap klien*

PIE (problem, intervention and evaluation)

Adalah suatu pendekatan orientasi proses kep.dan diagnosa keperawatan

Keuntungan:

1. Memungkinkan penggunaan proses kep.
2. Rencana tind.dan cat.perkemb.dapat dihubungkan
3. Memungkinkan pemberian askep kontinyu
4. Perkemb.klien dari masuk sampe plg dgn mudah digambarkan

Lanjut

5. Dapat diadaptasi untuk catatan yang otomatis

Kerugian:

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