

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. DOKUMENTASI KEPERAWATAN

2.1.1. Pengertian Dokumentasi Keperawatan

Dokumentasi keperawatan merupakan bentuk pencatatan yang mencakup seluruh informasi penting yang dibutuhkan dalam proses keperawatan, mulai dari pengkajian pasien, penetapan diagnosis, penyusunan rencana tindakan, pelaksanaan intervensi, hingga evaluasi keperawatan. Catatan ini disusun secara runtut, sah, serta dapat dipertanggungjawabkan baik secara etis maupun hukum. Dokumentasi tersebut bukan hanya sekadar memenuhi syarat administrasi atau kebutuhan akreditasi, melainkan juga berfungsi sebagai arsip permanen yang merekam seluruh peristiwa serta intervensi yang dialami oleh pasien selama menjalani asuhan keperawatan (Hutagalung, 2019).

Selain itu, dokumentasi asuhan keperawatan juga merupakan informasi tertulis yang memuat perkembangan kondisi klien dan berbagai tindakan keperawatan yang telah dilakukan oleh perawat. Menurut Nursalam (2008), dalam penerapan standar dokumentasi asuhan keperawatan di rumah sakit menggunakan instrumen A dari Departemen Kesehatan (DEPKES) tahun 1995. Instrumen ini terdiri atas enam standar utama, yaitu: Standar I (pengkajian keperawatan), Standar II (diagnosis keperawatan), Standar III (perencanaan keperawatan), Standar IV (intervensi keperawatan), Standar V (evaluasi keperawatan), dan Standar VI (catatan asuhan keperawatan) (Raisya Mahdiyah, 2020).

2.1.2. Manfaat dan Pentingnya Dokumentasi Keperawatan

Dalam pandangan Nursalam, sebagaimana dikutip oleh Nasution (2020) dalam dokumentasi keperawatan mempunyai manfaat dan makna penting bisa dilihat dari berbagai aspek antara lain:

a. Hukum

Setiap catatan informasi yang berkaitan dengan klien dalam praktik keperawatan merupakan bagian dari dokumentasi resmi yang memiliki kekuatan hukum. Apabila terjadi suatu permasalahan atau pelanggaran etika (*misconduct*) dalam profesi keperawatan di mana perawat bertindak sebagai penyedia layanan dan pasien sebagai penerima layanan dokumen ini dapat dijadikan sebagai alat bukti yang sah dan digunakan sewaktu-waktu dalam proses hukum, termasuk di pengadilan. Oleh karena itu, sangat penting bagi perawat untuk mencatat data secara lengkap, terperinci, dan objektif. Selain itu, seluruh catatan harus disertai dengan tanda tangan perawat yang bertanggung jawab, serta diberi tanggal pencatatan. Penulisan harus dilakukan dengan hati-hati agar tidak menimbulkan makna ganda atau kesalahan penafsiran yang bisa merugikan pihak terkait di kemudian hari.

b. Kualitas Pelayanan

Pencatatan data klien secara lengkap dan akurat sangat membantu perawat dalam menangani permasalahan yang dihadapi oleh pasien. Melalui dokumentasi yang baik, perawat dapat menilai sejauh mana masalah klien sudah ditangani, serta sejauh mana permasalahan tersebut dapat dikenali dan dipantau secara berkelanjutan. Dengan begitu, dokumentasi yang tepat akan berkontribusi besar terhadap peningkatan mutu dan kualitas layanan keperawatan secara keseluruhan.

c. Komunikasi

Catatan dokumentasi kondisi klien berfungsi sebagai alat pencatat yang merekam berbagai permasalahan yang berkaitan dengan pasien. Informasi ini dapat diakses oleh perawat maupun tenaga kesehatan lainnya, dan berperan penting sebagai media komunikasi yang digunakan sebagai acuan atau panduan dalam memberikan asuhan keperawatan yang sesuai dengan kebutuhan pasien.

d. Keuangan

Dokumentasi keperawatan juga memiliki nilai secara ekonomi. Setiap tindakan asuhan keperawatan baik yang direncanakan, sedang berlangsung, maupun yang telah dilaksanakan jika didokumentasikan secara lengkap dan terstruktur, dapat dijadikan sebagai dasar atau bahan pertimbangan dalam menentukan besarnya biaya keperawatan yang akan dikenakan kepada klien.

e. Pendidikan

Dokumentasi juga memiliki nilai penting dalam bidang pendidikan, karena memuat rangkaian kronologis dari seluruh kegiatan asuhan keperawatan yang telah dilakukan. Catatan ini dapat dimanfaatkan sebagai bahan ajar atau referensi belajar bagi mahasiswa keperawatan maupun tenaga keperawatan profesional dalam upaya meningkatkan pengetahuan dan keterampilan mereka.

f. Penelitian

Dokumentasi keperawatan juga memiliki nilai strategis dalam bidang penelitian. Informasi yang tercantum di dalamnya memuat data-data penting yang dapat dimanfaatkan sebagai sumber atau objek kajian dalam berbagai Penelitian, sekaligus menjadi dasar untuk mendukung pengembangan ilmu dan praktik dalam profesi keperawatan.

g. Akreditasi

Melalui dokumentasi keperawatan, dapat diketahui sejauh mana keterlibatan serta peran perawat dalam memberikan asuhan keperawatan kepada pasien. Dari informasi tersebut, dapat disimpulkan tingkat keberhasilan pelayanan keperawatan yang telah dilakukan, yang selanjutnya dapat digunakan sebagai dasar dalam pembinaan dan pengembangan praktik keperawatan ke arah yang lebih baik. Selain berkontribusi terhadap peningkatan mutu layanan, dokumentasi ini juga memberikan manfaat secara langsung bagi perawat dalam mendukung proses jenjang karier dan pencapaian kepangkatan yang lebih tinggi.

2.1.3. Model Dokumentasi Keperawatan

Dalam buku Modul Dokumentasi Keperawatan Sensussiana (2019) terdapat 5 jenis dokumentasi keperawatan meliputi :

a. Dokumentasi Keperawatan SOR

Salah satu model dalam pendokumentasian sistem pelayanan kesehatan berfokus pada sumber informasi sebagai acuannya. Dalam model ini, pencatatan dilakukan berdasarkan disiplin atau profesi dari masing-masing individu yang bertanggung jawab terhadap pencatatan tersebut. Setiap anggota tim kesehatan membuat catatan secara mandiri berdasarkan hasil observasi mereka. Setelah itu, seluruh catatan yang dibuat akan digabungkan menjadi satu kesatuan dokumentasi.

b. Model Dokumentasi Asuhan Keperawatan POR

Sebuah model pendokumentasian dalam sistem pelayanan kesehatan yang berfokus pada permasalahan klien dapat melibatkan berbagai disiplin ilmu, dengan menerapkan pendekatan pemecahan masalah. Pendekatan ini bertujuan untuk mengarahkan pemikiran dan ide-ide dari setiap anggota tim agar lebih terkoordinasi dan terfokus pada solusi bagi klien.

c. Model Dokumentasi Asuhan Keperawatan CBE

Merupakan sistem dokumentasi yang hanya mencatat secara naratif temuan atau hasil yang menyimpang dari kondisi normal atau standar yang telah ditetapkan.

d. Model Dokumentasi Asuhan Keperawatan PIE

PIE (*Problem, Intervention, Evaluation*) merupakan singkatan dari identifikasi masalah, intervensi, dan evaluasi. Sistem dokumentasi PIE adalah pendekatan yang berorientasi pada proses dalam pencatatan, dengan penekanan khusus pada proses keperawatan serta diagnosis keperawatan yang menyertainya..

e. Model Dokumentasi Asuhan Keperawatan POS

Model dokumentasi POS (*process oriented system*), yang juga dikenal sebagai model dokumentasi fokus, merupakan jenis

dokumentasi yang berpusat pada proses keperawatan. Model ini mencakup mulai dari tahap pengumpulan data klien, penetapan diagnosis keperawatan (masalah yang ditemukan), penyebab dari masalah tersebut, hingga karakteristik yang ditunjukkan sesuai dengan kondisi klien.

2.1.4. Macam Macam Data Dalam Dokumentasi Keperawatan

Dalam buku modul praktikum konsep dasar keperawatan Kartika (2018) macam macam data terbagi menjadi 2 yaitu :

1. Data Objektif

Data objektif merupakan hasil pengamatan atau pengukuran yang dilakukan langsung oleh pengumpul data, atau data yang diperoleh melalui pemeriksaan menggunakan standar yang telah diakui dan berlaku. Contohnya meliputi warna kulit, tanda-tanda vital, tingkat kesadaran, dan sebagainya. Data ini dikumpulkan melalui pancaindra, seperti penglihatan, penciuman, pendengaran, perabaan, dan pengecap.

2. Data Subjektif

Data subjektif adalah persepsi atau pandangan pribadi klien mengenai kondisi kesehatannya, dan hanya klien sendiri yang dapat menyampaikan informasi tersebut. Data ini biasanya diperoleh dari keluhan-keluhan yang diutarakan oleh klien, seperti rasa nyeri, pusing, mual, rasa takut, kecemasan, hingga kurangnya pengetahuan tentang suatu hal.

2.1.5. Pengkajian Keperawatan

Dokumentasi pengkajian keperawatan adalah catatan yang memuat hasil dari proses pengkajian yang dilakukan untuk mengumpulkan informasi dari pasien, menyusun data dasar pasien, serta mencatat respons pasien terhadap kondisi kesehatannya. Pengkajian yang dilakukan secara menyeluruh, sistematis, dan logis akan membantu dalam mengarahkan serta mendukung proses identifikasi masalah-masalah yang dialami pasien. Masalah-masalah tersebut kemudian dirumuskan menjadi diagnosis keperawatan dengan

menggunakan data hasil pengkajian sebagai dasarnya (Leniwita & Anggraini, 2019a).

Pengkajian yang dilakukan secara sistematis dalam praktik keperawatan terdiri dari empat tahapan utama, yaitu pengumpulan data, analisis data, penyusunan data secara sistematis, dan penentuan masalah. Dalam melakukan pengkajian, beberapa hal penting perlu diperhatikan, seperti memastikan bahwa data yang dikumpulkan bersifat menyeluruh dan mencakup aspek bio-psikososial serta spiritual. Pengkajian juga perlu memanfaatkan berbagai sumber informasi yang relevan dengan masalah klien dan dilakukan menggunakan metode pengumpulan data yang sesuai dengan kebutuhan klien. Proses ini harus berlangsung secara sistematis dan berkelanjutan, dengan pencatatan yang juga dilakukan secara runtut dan konsisten. Data yang diperoleh perlu dikelompokkan berdasarkan kebutuhan bio-psiko-sosial dan spiritual, serta dianalisis menggunakan dasar pengetahuan yang sesuai (Leniwita & Anggraini, 2019).

Dalam buku proses keperawatan Polopadang & Hidayah, (2019) Pengkajian keperawatan dimulai dengan pengumpulan data identitas pasien, seperti nama, usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, dan informasi administratif lainnya yang penting untuk keperluan dokumentasi. Setelah itu, dilakukan pengkajian riwayat kesehatan yang mencakup keluhan utama, keluhan saat ini, riwayat penyakit terdahulu, riwayat rawat inap atau operasi, serta pengobatan yang sedang atau pernah dijalani. Keadaan umum pasien juga menjadi perhatian, termasuk tingkat kesadaran dan pemahaman pasien terhadap penyakit yang dialaminya. Selanjutnya, perawat menilai kebutuhan dasar pasien, seperti nyeri dan kenyamanan, status nutrisi, kebersihan diri, pola eliminasi, oksigenasi, kemampuan dalam beraktivitas dan berlatih, serta pola tidur dan istirahat. Pengkajian juga mencakup kondisi sistem tubuh seperti fungsi neurologis dan sensoris, serta kondisi psikososial yang meliputi cara pasien menghadapi stres, dukungan keluarga, dan peran dalam struktur sosial. Aspek seksualitas dan reproduksi pasien juga

dikaji bila diperlukan, sebagai bagian dari pendekatan perawatan yang holistik. Dalam hal penyuluhan dan pembelajaran, perawat menilai kemampuan pasien dalam menerima informasi, kebutuhan edukasi, serta potensi hambatan dalam proses belajar. Riwayat keluarga dan faktor risiko genetik dicatat dalam bentuk genogram, dan hasil pemeriksaan penunjang seperti laboratorium dan diagnostik turut dilampirkan untuk melengkapi data objektif.

Aspek lain yang di kaji pada pengkajian keperawatan dalam buku modul praktikum konsep dasar keperawatan Kartika (2018) meliputi :

a. Pengkajian Pola Fungsi Gordon

Pengkajian berdasarkan pola fungsi memiliki aplikasi yang luas bagi perawat dari berbagai latar belakang praktik. Model pola fungsional ini merupakan bagian dari interaksi antara klien dan lingkungannya, dan dapat diterapkan baik pada individu, keluarga, maupun komunitas. Berikut ini adalah pengkajian keperawatan berdasarkan 11 pola fungsi Gordon:

1) Persepsi sehat – manajemen Kesehatan

Menggambarkan penjelasan pribadi klien mengenai sebagian dan kesejahteraan, bagaimana klien mengelola kesehatannya dan pengetahuan tentang praktik pencegahan. Komponen pengkajiannya meliputi :

- (1) Pola kesehatan dan kesejahteraan yang dirasakan
- (2) Pengetahuan tentang gaya hidup dan hubungannya dengan Kesehatan
- (3) Pengetahuan tentang tindakan pencegahan
- (4) Kepatuhan pada program keperawatan dan medis
- (5) Frekuensi kunjungan ke penyedia layanan sebagian dan kepatuhan terapi di rumah.

2) Pola nutrisi – metabolic

Menggambarkan pola makan dan minum klien sehari-hari atau dalam jangka waktu seminggu. Komponen pengkajiannya meliputi:

- (1) Pola kebiasaan asupan makanan dan minuman (frekuensi, waktu, porsi)
 - (2) Jenis asupan makanan dan minuman
 - (3) Berat badan saat ini, peningkatan atau penurunan berat badan, IMT (Indeks Massa Tubuh)
 - (4) Selera makan, jenis makanan dan minuman yang disukai, jenis makanan atau minuman yang tidak disukai
- 3) Pola eliminasi
- Menggambarkan pola ekskresi (usus, kandung kemih dan kulit).
Komponen pengkajiannya meliputi:
- (1) Pola defekasi, perubahan (adanya gangguan atau tidak, frekuensi, jumlah, konsistensi, warna, waktu)
 - (2) Pola eliminasi urine, perubahan (adanya gangguan atau tidak, frekuensi, jumlah, warna, bau, waktu)
 - (3) Penggunaan alat bantu saat eliminasi
 - (4) Penggunaan obat-obatan
- 4) Pola aktivitas – latihan
- Menggambarkan pola latihan, aktivitas, liburan dan rekreasi, kemampuan untuk dapat menjalankan aktivitas sehari-hari.
Komponen pengkajiannya meliputi:
- (1) Pola latihan fisik (sebutkan jenisnya, frekuensi, durasi)
 - (2) Kemampuan dalam aktivitas yang dilakukan sehari-hari
 - (3) Waktu luang untuk rekreasi (sebutkan jenisnya, waktu)
 - (4) Kemampuan perawatan diri
- 5) Pola tidur istirahat
- Menggambarkan pola tidur, istirahat dan relaksasi. Komponen pengkajiannya meliputi:
- (1) Pola tidur dalam sehari (frekuensi, durasi, waktu, ada atau tidak gangguan yang dialami)
 - (2) Aktivitas istirahat yang dilakukan (sebutkan jenisnya, waktu, durasi)

6) Pola kognitif persepsi

Menggambarkan pola persepsi sensorik, kemampuan berbahasa, ingatan dan pembuatan keputusan. Komponen pengkajiannya meliputi:

- (1) Penglihatan, pendengaran, pengecap, perasa, penghidu
- (2) Kecakapan bahasa dan bahasa yang digunakan sehari-hari
- (3) Kemampuan ingatan
- (4) Kemampuan mengambil keputusan

7) Pola persepsi – konsep diri

Menggambarkan pola konsep dan persepsi diri klien. Komponen pengkajiannya meliputi:

- (1) Sikap terhadap diri sendiri, perasaan berharga
- (2) Persepsi terhadap kemampuan
- (3) Pola emosional
- (4) Citra tubuh, identitas diri

8) Pola peran-hubungan

Menggambarkan pola klien yang berhubungan dengan ikatan atau hubungan. Komponen pengkajiannya meliputi:

- (1) Pola hubungan dengan keluarga atau teman
- (2) Tanggung jawab dalam melaksanakan perannya
- (3) Kepuasan terhadap hubungan dan tanggungjawab

9) Pola seksualitas – reproduksi

Menggambarkan pola kepuasan dan ketidakpuasan seksual klien, pola reproduksi klien, masalah *pre* dan *post menopause*. Komponen pengkajiannya meliputi:

- (1) Pola menstruasi (awal mendapat menstruasi, waktu menstruasi, lama menstruasi, jumlah, gangguan yang dialami selama menstruasi)
- (2) Masalah pramenstruasi dan pasca menstruasi
- (3) Reproduksi (status pernikahan, jumlah anak, pernah mengikuti KB atau tidak)
- (4) Kepuasan terhadap hubungan seksual dan identitas seksual

(5) Pola dan masalah menopause

10) Pola koping- toleransi stress

Menggambarkan pola koping klien dalam menangani stres, sumber dukungan, efektifitas pola koping yang klien miliki dalam menoleransi stres. Komponen pengkajiannya meliputi:

- (1) Kemampuan mengatasi stres
- (2) Pengetahuan tentang toleransi stress
- (3) Sumber pendukung klien
- (4) Jumlah peristiwa hidup yang penuh dengan 14ebagi dalam satu tahun terakhir

11) Pola nilai – keyakinan

Menggambarkan pola nilai, kepercayaan (termasuk aktivitas keagamaan), dan tujuan yang mempengaruhi pilihan dan keputusan klien. Komponen pengkajiannya meliputi:

- (1) Nilai, tujuan dan keyakinan (ungkapkan persepsi dari klien)
- (2) Aktivitas spiritual (agama, kegiatan ibadah yang dilakukan)
- (3) Konflik nilai yang dirasakan

b. Pengkajian *Head To Toe*

Pengkajian keperawatan Head to Toe adalah suatu proses untuk mengumpulkan data dari klien dengan cara melakukan pemeriksaan fisik secara menyeluruh, mulai dari kepala hingga kaki. Proses ini dilakukan melalui observasi, wawancara, inspeksi, palpasi, auskultasi, dan perkusi, yang kemudian dituangkan dalam dokumentasi pengkajian Head to Toe. Pemeriksaan fisik bertujuan untuk mengevaluasi kondisi kesehatan klien dan mengidentifikasi masalah kesehatan yang mungkin ada. Pemeriksaan fisik dapat dilakukan dengan berbagai metode, di antaranya adalah :

- a. Inspeksi adalah pemeriksaan yang dilakukan dengan cara mengamati langsung bagian tubuh yang diperiksa. Hasil dari inspeksi ini dapat berupa temuan seperti mata yang berwarna kuning (ikterus), adanya pembesaran kelenjar tiroid di leher (struma), kulit yang berwarna kebiruan (sianosis), dan lain-lain.

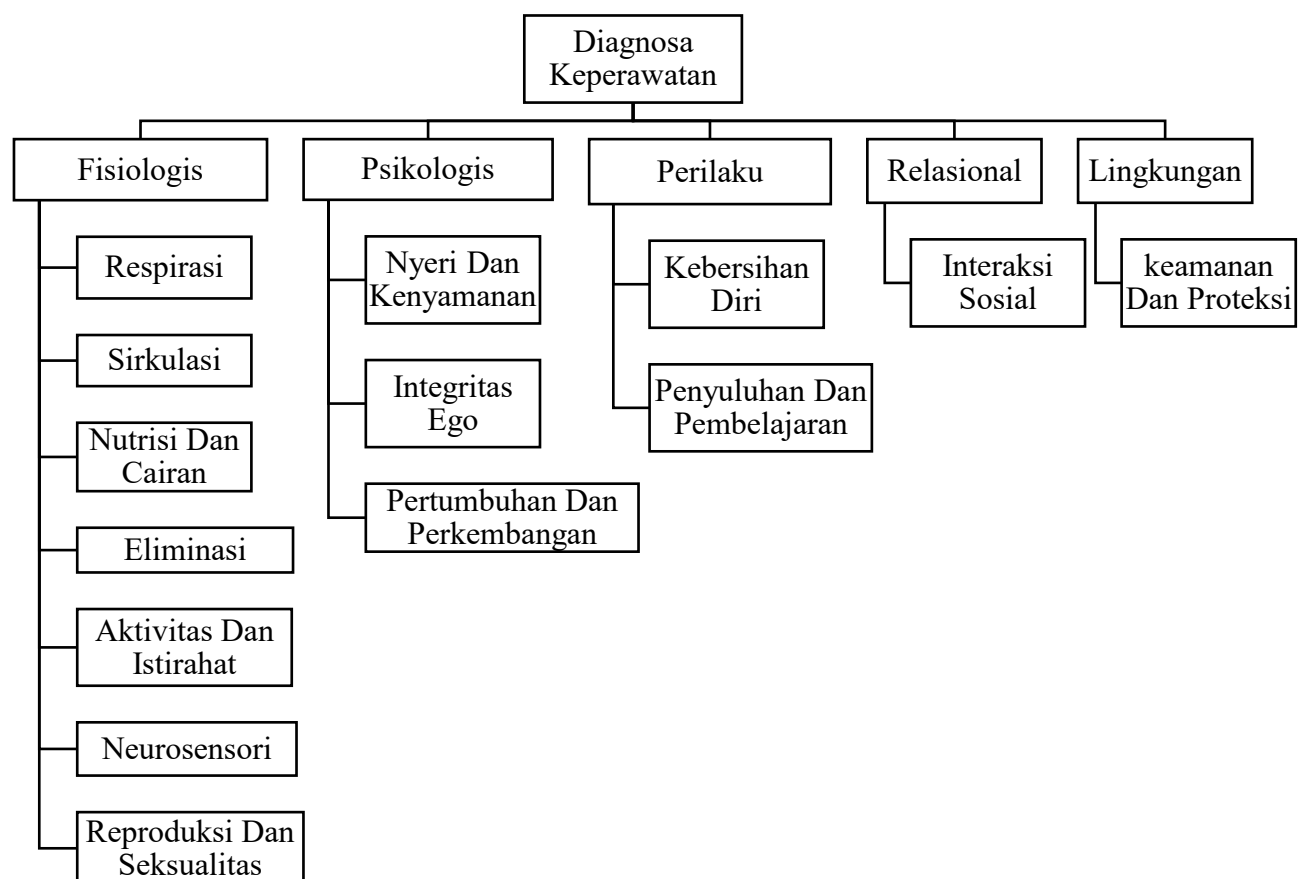
- b. Palpasi adalah pemeriksaan fisik yang dilakukan dengan meraba bagian tubuh yang diduga mengalami kelainan. Beberapa contoh temuan yang bisa dideteksi melalui palpasi antara lain adanya tumor, pembengkakan (edema), atau krepitasi (bunyi atau sensasi pada patah atau retak tulang), dan lain-lain.
- c. Auskultasi adalah pemeriksaan fisik yang dilakukan dengan cara mendengarkan suara-suara tubuh, biasanya menggunakan alat yang disebut stetoskop. Suara-suara yang biasa didengarkan dalam auskultasi meliputi bunyi jantung, suara pernapasan, serta bising usus.
- d. Perkusi adalah pemeriksaan fisik yang dilakukan dengan cara mengetuk bagian tubuh menggunakan jari tangan atau alat bantu seperti palu refleks untuk mengevaluasi refleks seseorang (yang akan dibahas secara khusus). Selain itu, perkusi juga digunakan untuk pemeriksaan lain yang berkaitan dengan kondisi fisik klien, seperti mendeteksi kembung, menentukan batas-batas jantung, serta batas antara hati dan paru-paru (untuk mengetahui pengembangan paru), dan sebagainya.

2.1.6. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis terhadap respons atau pengalaman individu, keluarga, maupun komunitas terhadap masalah kesehatan, risiko kesehatan, atau proses kehidupan yang sedang dialami. Namun, penegakan diagnosis keperawatan yang sesuai dengan standar masih menjadi tantangan dalam praktik dokumentasi keperawatan. Untuk menghasilkan dokumentasi keperawatan yang berkualitas, dibutuhkan dukungan dari instrumen dokumentasi yang baik dan terstruktur. Sistem ideal dalam penegakan diagnosis keperawatan seharusnya mampu menyajikan informasi klien secara menyeluruh, menggambarkan hasil serta standar yang diharapkan dari klien, mendukung proses klaim dari pemerintah maupun perusahaan asuransi, dan berfungsi sebagai dokumen legal. Penetapan diagnosis dalam praktik keperawatan memiliki peran yang

sangat penting, terutama dalam menjawab berbagai tuntutan masyarakat yang semakin kritis dan dalam meningkatkan kesadaran masyarakat terhadap hak-haknya dalam pelayanan kesehatan (Barimbing, 2020).

Dalam buku Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2018) klasifikasi diagnosis keperawatan ICNP membagi diagnosis keperawatan menjadi lima kategori, yaitu Fisiologis, Psikologis, Perilaku, Relasional dan Lingkungan. Kategori dan subkategori diagnosis keperawatan dapat dilihat pada skema di bawah ini

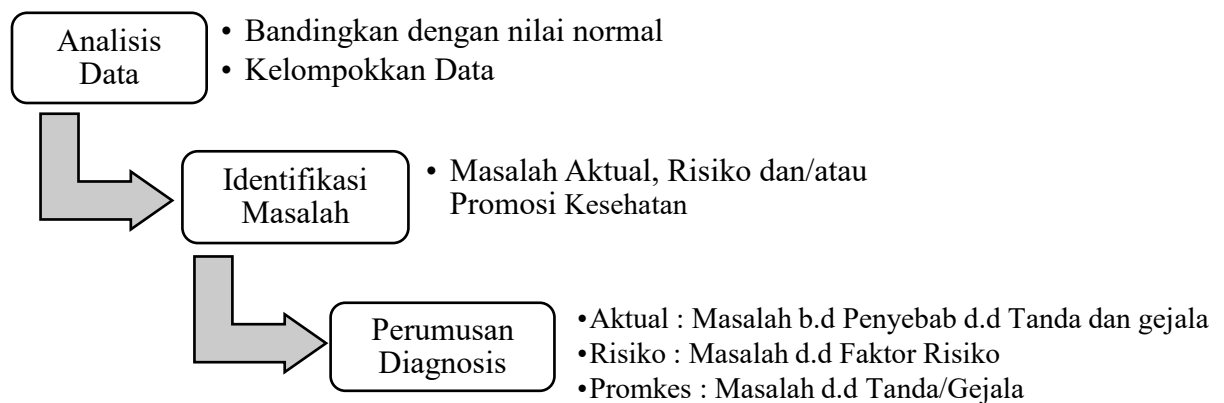


Gambar 2.1 Klasifikasi diagnosis keperawatan Sumber : PPNI (2018)

Komponen-komponen dalam pernyataan diagnosis keperawatan menurut Asmadi (2008) dalam buku (Polopadang & Hidayah, 2019), adalah masalah (*problem*), penyebab (*etiology*), dan tanda dan gejala (*sign and symptom*). Untuk memudahkan biasanya disingkat dengan kata PES.

- 1) Masalah (*problem*) Diagnosis keperawatan merupakan pernyataan yang menggambarkan adanya perubahan kondisi pada sebagian pasien. Perubahan ini menimbulkan suatu masalah yang perlu ditangani dalam praktik keperawatan.
- 2) Penyebab (*etiology*) Merupakan pernyataan yang sebagian mencerminkan faktor penyebab munculnya masalah pada pasien, yang selanjutnya menjadi dasar bagi perencanaan intervensi keperawatan. Etiologi ini dapat berkaitan dengan faktor patofisiologis, psikososial, perilaku, perubahan gaya hidup atau situasi, tahap perkembangan usia, serta unsur budaya dan lingkungan. Frasa "berhubungan dengan" (*related to*) digunakan untuk menghubungkan antara masalah keperawatan dan penyebabnya.
- 3) Tanda dan gejala (*sign and symptom*) Merupakan data yang dikumpulkan selama proses pengkajian, yang menjadi bukti adanya masalah tertentu pada pasien. Informasi ini sangat penting untuk merumuskan diagnosis keperawatan. Frasa "ditandai oleh" digunakan untuk mengaitkan data dengan pernyataan masalah. Tanda dan gejala ini dibedakan menjadi dua kategori:
 - a) Mayor. Tanda/gejala ditemukan sekitar 80% - 100% untuk validasi diagnosis.
 - b) Minor: Tanda/gejala tidak harus ditemukan, namun jika ditemukan dapat mendukung penegakan diagnosis.

Proses penegakan diagnosis (*diagnostic process*) atau mendiagnosis merupakan suatu proses yang sistematis yang terdiri atas tiga proses, yaitu analisis data, identifikasi masalah dan perumusan diagnosis (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2018).



Gambar 2.2 Proses penegakan diagnosis Sumber : PPNI (2018)

2.1.7. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah segala treatment yang di kerjakan oleh perawat yang di dasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (*outcome*) yang di harapkan (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018). Pada tahap ini, perawat menyusun rencana tindakan keperawatan guna mengatasi permasalahan yang dihadapi pasien sekaligus untuk meningkatkan status kesehatannya. Perencanaan keperawatan merupakan serangkaian aktivitas yang mencakup penentuan langkah-langkah pemecahan masalah beserta prioritasnya, perumusan masalah, penyusunan rencana tindakan, serta penilaian asuhan keperawatan kepada pasien atau klien berdasarkan hasil analisis data dan diagnosis keperawatan (Leniwita & Anggraini, 2019b).

Perencanaan ini disusun dalam bentuk petunjuk tertulis yang secara jelas menggambarkan tindakan keperawatan yang akan dilakukan kepada klien, disesuaikan dengan kebutuhan klien berdasarkan diagnosis yang telah ditegakkan. Tahap perencanaan disebut sebagai inti dari proses keperawatan, karena di sinilah keputusan awal ditetapkan yang akan menentukan arah pencapaian tujuan, jenis tindakan yang akan dilakukan, cara pelaksanaan, waktu pelaksanaan, serta siapa yang bertanggung jawab dalam pelaksanaan tindakan keperawatan tersebut. (Anggeria & Maria, 2019).

Sistem klasifikasi standar intervensi keperawatan indonesia dalam buku Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2018) terdiri atas 5 kategori dan 14 sub kategori dengan uraian :

1). Fisiologis

Kategori intervensi keperawatan yang ditujukan untuk mendukung fungsi fisik dan regulasi homeostatis, yang terdiri atas:

- a) Respirasi, memuat kelompok intervensi keperawatan yang memulihkan fungsi dari pernapasan dan oksigenasi pasien
- b) Sirkulasi, memuat kelompok intervensi yang memulihkan fungsi dari jantung dan pembuluh darah pasien
- c) Nutrisi dan Cairan, memuat kelompok intervensi yang memulihkan fungsi dari gastrointestinal, metabolisme dan regulasi cairan/elektrolit pasien
- d) Eliminasi, memuat kelompok intervensi yang memulihkan fungsi dari eliminasi fekal dan urinaria pasien
- e) Aktivitas dan Istirahat, memuat kelompok intervensi yang memulihkan fungsi dari muskuloskeletal, penggunaan energi serta istirahat/tidur pasien
- f) Neurosensori, memuat kelompok intervensi yang memulihkan fungsi dari otak dan saraf pasien
- g) Reproduksi dan Seksualitas, memuat kelompok intervensi yang melibatkan fungsi dari reproduksi dan seksualitas

2). Psikologis

Kategori intervensi keperawatan yang ditujukan untuk mendukung fungsi dan proses mental, yang terdiri atas:

- a) Nyeri dan Kenyamanan, memuat kelompok intervensi yang meredakan rasa nyeri dan meningkatkan kenyamanan pasien
- b) Integritas Ego, memuat kelompok intervensi yang memulihkan kesejahteraan diri sendiri secara emosional
- c) Pertumbuhan dan Perkembangan, memuat kelompok intervensi yang memulihkan fungsi pertumbuhan dan perkembangan pasien

3). Perilaku

Kategori intervensi keperawatan yang ditujukan untuk mendukung perubahan perilaku atau pola hidup sehat, yang terdiri atas:

- a) Kebersihan Diri, memuat kelompok intervensi yang memulihkan perilaku sehat dan merawat diri
- b) Penyuluhan dan Pembelajaran, memuat kelompok intervensi yang meningkatkan pengetahuan dan perubahan perilaku sehat

4). Relasional

Kategori Intervensi keperawatan yang ditujukan untuk mendukung hubungan interpersonal atau interaksi sosial, terdiri atas:

- a) Interaksi Sosial, memuat kelompok intervensi yang memulihkan hubungan antara individu dengan individu lainnya.

5). Lingkungan

Kategori intervensi keperawatan yang ditujukan untuk mendukung keamanan lingkungan dan menurunkan risiko gangguan kesehatan, yang terdiri atas:

- a) Keamanan dan Proteksi, memuat kelompok intervensi yang meningkatkan keamanan dan menurunkan risiko cedera akibat ancaman dari lingkungan dari dalam (*internal*) maupun dari luar (*eksternal*).

Pengklasifikasian intervensi keperawatan didasarkan pada analisis kesetaraan (*similarity analysis*) serta pertimbangan penilaian klinis (*clinical judgement*). Jika suatu intervensi keperawatan termasuk ke dalam lebih dari satu kategori karena sifatnya yang multikategori, maka pengelompokannya ditentukan berdasarkan kecenderungan yang paling menonjol atau dominan terhadap salah satu kategori atau subkategori yang ada.

Komponen intervensi keperawatan dalam buku Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2018) setiap intervensi keperawatan pada standar ini terdiri atas tiga komponen ya label, definisi dan tindakan, dengan uraian sebagai berikut:

1). Label

Komponen ini merupakan nama dari intervensi keperawatan yang merupakan kata kunci untuk memperoleh informasi terkait intervensi keperawatan tersebut. Label intervensi keperawatan terdiri atas satu atau beberapa kata yang diawali dengan kata benda (nomina), bukan kata kerja (*verba*), yang berfungsi sebagai deskriptor atau penjelas dari intervensi keperawatan.

Terdapat sekitar 18 (delapan belas) deskriptor pada label intervensi keperawatan, yaitu:

Tabel 2.1 Tabel Label Intervensi Keperawatan

No	Deskriptor	Definisi
1	Dukungan	Memfasilitasi, memudahkan atau meluncurkan
2	Edukasi	Mengajarkan atau memberikan informasi
3	Kolaborasi	Melakukan kerjasama atau interaksi
4	Konseling	Memberikan bimbingan
5	Konsultasi	Memberikan informasi tambahan atau pertimbangan
6	Latihan	Mengajarkan suatu keterampilan atau kemampuan
7	Manajemen	Mengidentifikasi dan mengelola
8	Pemantauan	Mengumpulkan dan menganalisis data
9	Pemberian	Menyiapkan dan memberikan

Sumber : Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (2018)

2). Definisi

Komponen ini memberikan penjelasan mengenai arti dari label intervensi keperawatan. Definisi dari label intervensi tersebut dimulai dengan kata kerja (*verba*) yang menggambarkan tindakan atau perilaku yang dilakukan oleh perawat, bukan oleh pasien.

3). Tindakan

Komponen ini mencakup serangkaian tindakan atau aktivitas yang dilakukan oleh perawat dalam melaksanakan intervensi keperawatan. Aktivitas tersebut meliputi tindakan observasi, terapeutik, edukatif, serta kolaboratif.

a) Tindakan Observasi

Merupakan tindakan yang bertujuan untuk mengumpulkan dan menganalisis data terkait kondisi kesehatan pasien. Kata-kata yang biasa digunakan dalam tindakan ini antara lain: periksa, identifikasi, atau monitor. Disarankan untuk tidak menggunakan kata ‘kaji’, karena istilah tersebut lebih berkaitan dengan tahap awal dalam proses keperawatan (*pra-diagnosis*), sedangkan intervensi keperawatan merupakan bagian dari tahap pasca-diagnosis, sehingga perlu dibedakan secara jelas.

b) Tindakan Terapeutik

Tindakan ini secara langsung ditujukan untuk memulihkan kondisi kesehatan pasien atau mencegah kondisi pasien menjadi lebih buruk. Biasanya, kata-kata yang digunakan dalam tindakan ini meliputi: berikan, lakukan, dan sejenisnya.

c) Tindakan Edukasi

Merupakan tindakan yang bertujuan untuk meningkatkan kemampuan pasien dalam merawat dirinya sendiri, dengan cara membantu pasien memperoleh perilaku atau pengetahuan baru yang dapat membantu mengatasi masalah kesehatannya. Kata-kata yang umum digunakan adalah: ajarkan, anjurkan, atau latih.

d) Tindakan Kolaborasi

Jenis tindakan ini membutuhkan kerja sama dengan perawat lain maupun tenaga kesehatan dari profesi lain. Pelaksanaannya melibatkan perpaduan pengetahuan, keterampilan, dan keahlian dari berbagai bidang profesi kesehatan.

Penentuan intervensi keperawatan dalam menentukan intervensi keperawatan, dalam buku Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2018) perawat perlu mempertimbangkan beberapa faktor sebagai berikut :

1). Karakteristik Diagnosis Keperawatan

Intervensi keperawatan idealnya dirancang untuk mengatasi penyebab (etiologi) atau tanda dan gejala dari suatu diagnosis keperawatan. Jika penyebab tidak bisa ditangani secara langsung,

maka fokus intervensi dialihkan pada pengelolaan tanda dan gejala yang muncul. Pada diagnosis risiko, intervensi diarahkan untuk mengurangi atau menghilangkan faktor risiko yang ada.

2). Luaran (Outcome) Keperawatan yang Diharapkan

Hasil yang ingin dicapai dari intervensi keperawatan akan menjadi panduan utama dalam pemilihan tindakan keperawatan. Outcome ini merupakan tujuan akhir yang diharapkan tercapai setelah intervensi dilakukan.

3). Kemampulaksanaan intervensi Keperawatan

Sebelum merencanakan dan melaksanakan intervensi, perawat perlu mempertimbangkan ketersediaan waktu, tenaga kerja, dan sumber daya lainnya agar pelaksanaannya bisa optimal.

4). Kemampuan Perawat

Perawat harus memahami landasan ilmiah dari intervensi keperawatan yang akan dilakukan serta memiliki keterampilan psikomotorik yang memadai. Beberapa intervensi bahkan memerlukan keahlian khusus, seperti dalam manajemen alat pacu jantung, ventilasi mekanik, terapi akupresur, akupunktur, bekam, dan hipnosis.

5). Penerimaan Pasien

Intervensi yang dipilih harus sesuai dengan nilai-nilai, keyakinan, dan budaya pasien sehingga dapat diterima dengan baik dan tidak menimbulkan penolakan.

6). Hasil Penelitian

Efektivitas suatu intervensi keperawatan juga perlu didasarkan pada bukti ilmiah dari hasil penelitian, terutama yang relevan dengan kondisi pasien tertentu.

2.1.8. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan rangkaian tindakan yang dilaksanakan oleh perawat dengan tujuan membantu pasien dalam mengatasi permasalahan kesehatan yang sedang dialaminya, hingga mencapai kondisi kesehatan yang lebih baik sesuai dengan kriteria hasil

yang telah ditetapkan. Proses pelaksanaan implementasi ini harus berorientasi pada kebutuhan spesifik klien, memperhatikan faktor-faktor yang mempengaruhi kebutuhan tersebut, strategi yang digunakan dalam tindakan keperawatan, serta melibatkan komunikasi yang efektif (Leniwita & Anggraini, 2019b).

Sementara itu, intervensi keperawatan mencakup semua bentuk perlakuan atau tindakan yang dilakukan oleh perawat berdasarkan pengetahuan ilmiah dan penilaian klinis guna mencapai luaran atau hasil yang telah direncanakan. Tindakan keperawatan sendiri merupakan aktivitas atau perilaku spesifik yang menjadi bagian dari pelaksanaan intervensi tersebut (Zulaicha, 2020).

2.1.9. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan tahap terakhir dalam proses keperawatan, yang berfungsi sebagai proses penilaian sistematis dan terencana terhadap kesesuaian antara hasil yang diperoleh dengan tujuan serta kriteria keberhasilan yang sebelumnya telah ditetapkan dalam tahap perencanaan. Evaluasi ini dilakukan secara terus-menerus dengan melibatkan pasien dan tenaga kesehatan lainnya. Jika tujuan dan kriteria hasil tercapai, maka klien dapat dinyatakan keluar dari siklus proses keperawatan. Namun, jika belum tercapai, maka klien akan kembali masuk ke dalam siklus keperawatan, dimulai dari tahap pengkajian ulang (*reassessment*) (Zulaicha, 2020).

Evaluasi keperawatan umumnya dibedakan menjadi dua jenis, yaitu evaluasi formatif dan evaluasi sumatif. Evaluasi formatif dilakukan segera setelah tindakan keperawatan dilaksanakan dan berfokus pada efektivitas proses keperawatan serta hasil intervensi yang telah diberikan. Perumusan evaluasi formatif ini meliputi empat komponen yang dikenal dengan istilah SOAP, yakni subjektif (data berupa keluhan klien), objektif (data hasil pemeriksaan), analisis data (pembandingan data dengan teori), dan perencanaan. Evaluasi yaitu penilaian hasil dan proses. Penilaian hasil menentukan seberapa jauh keberhasilan yang dicapai sebagai keluaran dari tindakan. Penilaian

proses menentukan apakah ada kekeliruan dari setiap tahapan proses mulai dari pengkajian, diagnosis, perencanaan, tindakan, dan evaluasi itu sendiri (Zulaicha, 2020).

Evaluasi disusun menggunakan SOAP yaitu:

1. S: Ungkapan perasaan atau keluhan yang dikeluhkan secara subjektif oleh keluarga setelah diberikan implementasi keperawatan.
2. O: Keadaan objektif yang dapat diidentifikasi oleh perawat menggunakan pengamatan yang objektif.
3. A: Analisis perawat setelah mengetahui respon subjektif dan objektif.
4. P: Perencanaan selanjutnya setelah perawat melakukan analisis.

2.2. KERANGKA KONSEP

