



**MODUL BUSSINESS HOME CARE
(NSA738)**

**MODUL SESI 14
STANDAR DAN DOKUMENTASI
DALAM PRAKTIK MANDIRI KEPERAWATAN**

DISUSUN OLEH

Dr. MIRA ASMIRAJANTI, SKP., MKEP

Universitas
Esa Unggul

UNIVERSITAS ESA UNGGUL

2019

MODUL 14
STANDAR DAN DOKUMENTASI
DALAM PRAKTIK MANDIRI KEPERAWATAN

A. KEMAMPUAN AKHIR YANG DIHARAPKAN

1. Mengetahui dan mengerti tentang latar belakang standar dan dokumentasi.
2. Menyebutkan dan memahami tentang standar dalam praktik mandiri keperawatan.
3. Menyebutkan dan memahami tentang dokumentasi dalam praktik mandiri keperawatan.
4. Menjelaskan dan memahami tentang standar dan dsokumentasi menggunakan sistem informasi.

B. MATERI

1. Latar Belakang

Standar dan Dokumentasi dalam setiap organisasi adalah penting sebagai acuan, arsip dan bukti untuk setiap pekerjaan yang dilakukan. Praktik mandiri keperawatan salah satu usaha yang bergerak di bidang jasa dan berhubungan dengan kesehatan manusia. Perawat harus aman dan nyaman dalam membantu memenuhi kebutuhan pasien. Pasien juga harus mendapat pelayanan kesehatan yang berkualitas, sehingga diperlukan suatu acuan dan dokumentasi untuk membantu perawat dalam melaksanakan pekerjaannya dan menuliskan bukti hasil pekerjaannya.

2. Standar dalam Praktik Mandiri Keperawatan

Praktek mandiri keperawatan menggunakan penilaian klinis dalam memberikan pelayanan keperawatan agar pasien atau klien dapat meningkatkan, mempertahankan, atau mengatasi masalah kesehatan serta untuk mencapai kualitas hidup yang sebaik mungkin. Organisasi profesi telah mengatur dan memastikan bahwa pelayanan yang diberikan harus aman untuk perawat dan pasien sehingga memerlukan standar dan ruang lingkup praktik keperawatan yang diberikan.

a. Pengertian Standar

Standar merupakan acuan atau pedoman yang harus ada dan dipergunakan sebagai petunjuk untuk menjalankan kegiatan di praktik mandiri keperawatan. Standar dapat menjadikan sumber daya manusia bekerja secara profesional dan handal serta dapat mewujudkan visi dan misi organisasi.

b. Tujuan

- 1) Agar para perawat atau petugas menjaga konsistensi dalam bekerja.
- 2) Agar mengetahui dengan jelas peran dan fungsi tiap-tiap posisi dalam organisasi.
- 3) Memperjelas alur tugas, wewenang dan tanggung jawab dari petugas terkait.
- 4) Melindungi organisasi dan petugas dari malpraktek atau kesalahan administrasi lainnya.
- 5) Untuk menghindari kesalahan, keraguan, duplikasi dan inefisiensi dalam bekerja.

c. Fungsi

- 1) Memperlancar petugas dalam bekerja.
- 2) Sebagai dasar hukum bila terjadi penyimpangan.
- 3) Mengetahui dengan jelas hambatan-hambatannya dan mudah dilacak.
- 4) Mengarahkan petugas untuk sama-sama disiplin dalam bekerja.
- 5) Sebagai pedoman dalam melaksanakan pekerjaan rutin.

d. Keuntungan

- 1) Standar yang baik akan menjadi pedoman bagi pelaksana, menjadi alat komunikasi dan pengawasan serta menjadikan pekerjaan diselesaikan secara konsisten.
- 2) Para petugas akan lebih memiliki percaya diri dalam bekerja dan tahu apa yang harus dicapai dalam setiap pekerjaannya.
- 3) Standar juga bisa dipergunakan sebagai salah satu alat training dan bisa digunakan untuk mengukur kinerja petugas.

e. Jenis

Standar-standar yang harus ada di praktik mandiri keperawatan yaitu:

1) Standar operasional Prosedur (SOP)

SOP harus dibuat sebelum pekerjaan dilakukan dan harus diuji coba sebelum diberlakukan.

a) Pengertian SOP

SOP adalah suatu standar atau pedoman tertulis yang dipergunakan untuk mendorong dan menggerakkan suatu kelompok untuk mencapai tujuan praktik keperawatan mandiri. SOP merupakan tatacara atau tahapan yang dibakukan dan yang harus dilalui untuk menyelesaikan suatu proses kerja tertentu.

b) Tujuan SOP

- Agar perawat menjaga konsistensi dan tingkat kinerja pada organisasi.
- Agar mengetahui dengan jelas peran dan fungsi tiap-tiap posisi dalam organisasi.
- Memperjelas alur tugas, wewenang dan tanggung jawab dari perawat.
- Melindungi organisasi dan perawat dari malpraktek atau kesalahan administrasi lainnya.
- Untuk menghindari kegagalan/ kesalahan, keraguan, duplikasi dan inefisiensi.

c) Keuntungan SOP

- Memperlancar tugas perawat.
- Sebagai dasar hukum jika terjadi penyimpangan.
- Mengetahui dengan jelas hambatan-hambatannya dan mudah diketahui kesalahannya.
- Alat untuk mengevaluasi pekerjaan.
- Mengarahkan perawat untuk sama-sama disiplin dalam bekerja.
- Sebagai pedoman dalam melaksanakan pekerjaan rutin.

2) Panduan Praktik Klinik.

Suatu pernyataan yang menguraikan suatu kualitas yang diinginkan terhadap pelayanan keperawatan yang diberikan untuk klien (Gillies, 2012). Fokus utama Panduan Praktik Asuhan Keperawatan adalah klien. Digunakan untuk mengetahui proses dan hasil pelayanan keperawatan yang diberikan dalam upaya mencapai pelayanan keperawatan. Melalui panduan praktek dapat diketahui apakah intervensi atau tindakan keperawatan itu yang telah diberi sesuai dengan yang direncanakan dan apakah klien dapat mencapai tujuan yang diharapkan.

Beberapa tipe panduan telah digunakan untuk mengarahkan dan mengontrol praktek keperawatan. Panduan dapat berbentuk 'normatif' yaitu menguraikan praktek keperawatan yang ideal yang menggambarkan penampilan perawat yang bermutu tinggi, panduan juga berbentuk 'empiris' yaitu menggambarkan praktek keperawatan berdasarkan hasil observasi pada sebagian besar sarana pelayanan keperawatan (Gillies, 2012).

Secara umum panduan praktek keperawatan ditetapkan untuk meningkatkan asuhan atau pelayanan keperawatan dengan cara memfokuskan kegiatan atau proses pada usaha pelayanan untuk memenuhi kriteria pelayanan yang diharapkan. Penyusunan panduan praktek keperawatan berguna bagi perawat, organisasi, klien, profesi keperawatan dan tenaga kesehatan lain.

3) Standar logistik

Panduan yang dibakukan untuk penetapan jenis logistik dan jumlah yang diperlukan untuk pelayanan praktik yang diberikan pada pelanggan serta pemeliharaan yang harus dilakukan agar logistik selalu siap pakai ketika diperlukan.

4) Standar SDM

Panduan yang dibakukan untuk menentukan standar yang diharapkan dari pekerjaan tertentu yang diharapkan, kompetensi yang diperlukan, jenis pendidikan, jumlah, jadwal dinas, pelatihan yang diperlukan, salary dan lain sebagainya yang terkait dengan sumber daya manusia agar pelayanan praktik mandiri keperawatan dapat berjalan dengan baik.

5) Standar biaya pasien

Panduan yang dibakukan untuk pembiayaan pasien. Pembiayaan dapat dibuat menurut paket layanan atau sesuai dengan aktivitas dan keperluan alat serta bahan. Standar ini dibuat agar pasien dapat mengetahui dan menyiapkan biaya yang diperlukan dalam layanan kesehatan yang akan diterima.

6) Dan standar lainnya yang digunakan untuk membantu perawat dalam bererja.

3. Dokumentasi dalam praktik mandiri keperawatan

Dokumentasi dari semua aktivitas dari petugas biasanya diperlakukan sebagai masalah hukum yang harus ditanggapi dengan sangat serius oleh organisasi. Dokumentasi yang tepat adalah sumber litigasi umum. Dokumentasi tender hukum untuk setiap interaksi dan perawatan keperawatan. Dokumentasi merupakan bukti legal pelaksanaan pelayanan. Dokumentasi yang diperlukan pada praktik mandiri keperawatan terdiri dari:

a. Registrasi pasien

Registrasi pasien merupakan dokumentasi yang terdapat di Praktik mandiri keperawatan sebagai bukti bahwa pasien akan dan sudah pernah menerima pelayanan keperawatan. Registrasi harus terdokumentasikan dengan baik yang terdiri dari nomor registrasi atau nomor pendaftaran, tanggal pendaftaran atau terapi, nomor e-KTP, nama pasien, alamat, dan catatan pelayanan yang sudah diterima pasien.

b. Kartu pasien

Kartu pasien merupakan dokumentasi yang dibawa oleh pasien sebagai bukti bahwa pasien telah melakukan terapi atau menerima pelayanan keperawatan dari Praktik Mandiri Keperawatan. Kartu pasien berisi nomor registrasi di praktik mandiri keperawatan, nama pasien dan alamat pasien.

c. Informed consent

Informed consent merupakan dokumentasi persetujuan yang diberikan oleh pasien atau keluarganya atas informasi atau penjelasan yang sudah diberikan oleh petugas. Informasi yang harus disampaikan pada pasien dan keluarganya adalah sebagai berikut:

- 1) Pelayanan yang diberikan pada pasien atau keluarga
- 2) Hak dan kewajiban pasien atau keluarga
- 3) Perubahan atau pemberhentian pelayanan.
- 4) Risiko yang mungkin terjadi, dan
- 5) Perkiraan biaya.

Informasi harus disampaikan pada pasien atau keluarga yang kompeten. Informasi dapat diberikan secara lisan, tertulis atau tersirat. Pemberian informasi secara lisan lebih dianjurkan agar terjalin komunikasi dua arah (tanya-jawab) dan dapat juga menggunakan alat bantu seperti brosur atau media informasi lain. Pergunakan bahasa yang sesuai dengan kondisi pasien agar mudah dipahami oleh pasien atau keluarga. Pastikan penjelasan yang diberikan dapat dipahami oleh pasien atau keluarganya. Tanyakan hal-hal yang belum dipahami oleh pasien atau keluarga. Dokumentasikan penjelasan yang telah diberikan dalam berkas rekam medis pasien, dengan mencantumkan tanggal, waktu, dan nama yang menerima informasi serta tandatangannya (Permenkes No. 290 Tahun 2008).

d. Pembiayaan pasien

Pembiayaan pasien merupakan dokumentasi tentang jenis, alat dan bahan yang dipergunakan selama pasien menerima layanan kesehatan. Pada

pembiayaan pasien berisi nomor registrasi, nama, alamat dan jumlah biaya yang harus dibayarkan serta tanda tangan dari pembuat pembiayaan.

e. Dokumentasi catatan keperawatan

Dokumentasi keperawatan merupakan elemen penting dalam keperawatan. Dokumentasi keperawatan penting untuk mengetahui asuhan keperawatan yang diberikan dan perkembangan pasien selama di rawat. Dokumentasi ini berisi kondisi pasien, asuhan keperawatan yang sudah dan akan diberikan serta respon pasien terhadap asuhan yang sudah diberikan. Dokumentasi keperawatan sebagai alat untuk kolaborasi interprofesional antara perawat dengan tim kesehatan lain. Dokumentasi keperawatan merupakan alat komunikasi yang efektif untuk tim pelayanan kesehatan dalam memberikan asuhan keperawatan yang berkelanjutan bagi pasien, mengevaluasi kemajuan dan outcome kesehatan pasien serta dapat mempertahankan integritasnya dari waktu ke waktu (Asmirajanti, Hamid & Hariyati, 2019). Beberapa model dokumentasi dapat dilihat di bawah ini:

1) Model dokumentasi POR (*Problem Oriented Record*)

Model dokumentasi POR (problem-oriented-record) merupakan model dokumentasi yang berorientasi pada masalah. Dimana model ini berpusat pada data klien yang didokumentasikan dan disusun menurut masalah klien. Pendekatan ini pertama kali dikenalkan oleh dr. Lawrence Weed dari Amerika Serikat. Dalam format aslinya pendekatan berorientasi masalah ini dibuat untuk memudahkan pendokumentasian dengan catatan perkembangan yang terintegrasi, dengan sistem ini semua petugas kesehatan mencatat observasinya dari suatu daftar masalah. Model dokumentasi POR terdiri dari 4 komponen yaitu:

- a) Riwayat Keperawatan
- b) Masalah
- c) Rencana/ Intervensi
- d) Catatan Perkembangan

**CONTOH FORMAT
MODEL DOKUMENTASI KEPERAWATAN POR**

Riwayat Keperawatan	Masalah	Rencana/Intervensi	Catatan Perkembangan
DS: DO:	1.	1. 2. 3.	S O A P
DS: DO:	2. Dst	1. 2. 3.	S O A P

Keuntungan menggunakan model dokumentasi

- a) Fokus catatan asuhan keperawatan lebih menekankan pada masalah klien dan proses penyelesaiannya dan proses penyelesaian masalah.
- b) Pendokumentasian asuhan keperawatan dilakukan secara kontinu.
- c) Evaluasi dan penyelesaian masalah didokumentasikan dengan jelas.
- d) Daftar masalah merupakan *check list* untuk masalah klien.

Kerugian model dokumentasi POR adalah:

- a) Dapat menimbulkan kebingungan jika setiap hal harus dimasukkan dalam daftar masalah.
- b) Pencatatan dengan menggunakan bentuk SOAPIER, dapat menimbulkan pengulangan yang tidak perlu.

2) Model dokumentasi SOR (*Source Oriented Record*)

Model dokumentasi SOR merupakan model dokumentasi yang berorientasi pada sumber informasi. Model ini menempatkan catatan atas dasar sumber yang mengelola pencatatan. Dokumentasi dibuat sendiri oleh masing-masing perawat sesuai dengan hasil observasi yang dilakukan, tanpa tergantung pada yang lain. Model dokumentasi SOR terdiri dari 5 komponen yaitu:

- a) Identitas Klien
- b) Riwayat Keperawatan
- c) Pengkajian fisik

- d) Diagnosis keperawatan
- e) Perencanaan Keperawatan

**CONTOH FORMAT
MODEL DOKUMENTASI KEPERAWATAN SOR**

I. PENGKAJIAN

Tanggal pengkajian :
Tanggal Masuk :
Ruang :
No.Register :
Diagnosa Medis :

A. Identitas klien

Nama klien :
Jenis kelamin :
Usia :
Status perkawinan :
Agama :
Suku bangsa :
Pendidikan :
Pekerjaan :
Alamat :

B. Riwayat Keperawatan

1. Riwayat kesehatan sekarang
 - a. Keluhan utama :
 - b. Kronologis keluhan :
2. Riwayat kesehatan masa lalu
 - a. Riwayat alergi :
 - b. Riwayat kesehatan masa lalu (pernah rawat inapa sebelumnya)
3. Riwayat kesehatan keluarga
4. Penyakit yang pernah diderita oleh keluarga yang menjadi factor resiko
5. Riwayat psikososial dan spiritual
6. Pola kebiasaan
 - a. Nutrisi
 - b. Pola eliminasi(BAK dan BAB)
 - c. Pola personal Hygiene
 - d. Pola Tidur
 - e. Pola kativitas
 - f. Kebiasaan yg mempengaruhi kesehatan

C. Pengkajian Fisik

1. Pemeriksaan fisik umum :
2. Pemeriksaan sistem penglihatan :
3. Pemeriksaan sistem pendengaran :
4. Pemeriksaan sistem Wicara :

- 5. Pemeriksaan sistem Pernafasan :
- 6. Pemeriksaan sistem kardiovaskuler :
- 7. Sitem Hematologi :
- 8. Sistem saraf pusat :
- 9. Sitem pencernaan :
- 10. Sistem endokrin :
- 11. Sitem integument :
- 12. Sistem urogenital :
- 13. Sitem musculoskeletal :

D. Data penunjang :

E. Penatalaksanaan Medis :

II. DIAGNOSA KEPERAWATAN

Penyusunan diagnose keperawatan berdasarkan analisa data (P+S+E)

III. PERENCANANAAN KEPERAWATAN

Perencanaan keperawatan berdasarkan pada prioritas masalah.

No. Dx	Tujuan dan Kriteria Hasil	Rencana Tindakan	Rasional	Nama dan Paraf

Keuntungan menggunakan model dokumentasi SOR

- a) Menyajikan data yang berurutan dan mudah diidentifikasi.
- b) Memudahkan perawat melakukan cara pendokumentasian.
- c) Proses pendokumentasian menjadi sederhana.

Kerugian menggunakan model dokumentasi SOR

- a) Potensial terjadinya pengumpulan data yang terfragmentasi, karena tidak berdasarkan urutan waktu.
- b) Kadang-kadang mengalami kesulitan untuk mencari data sebelumnya, tanpa harus mengulang pada awal.

- c) Superficial pencatatan tanpa data yang jelas. Memerlukan pengkajian data dari beberapa sumber untuk menentukan masalah dan tindakan kepada klien.
- d) Memerlukan pengkajian data dari beberapa sumber untuk menentukan masalah dan tindakan kepada klien.
- e) Waktu pemberian asuhan memerlukan waktu yang banyak.
- f) Data yang berurutan mungkin menyulitkan dalam interpretasi/ analisa.
- g) Perkembangan klien sulit di monitor.

4. Standar dan Dokumentasi Berbasis Sistem Informasi

Standar dan dokumentasi yang diperlukan untuk mendukung pelaksanaan pelayanan dapat menggunakan sistem informasi. Sistem informasi mempermudah prosedur registrasi pasien, meningkatkan efisiensi dokumentasi informasi. Pendokumentasian pasien dengan baik, pemberian perawatan berkelanjutan, keselamatan pasien dan pemberian pelayanan berkualitas dapat ditingkatkan.

c. LATIHAN SOAL

Untuk memperdalam pemahaman Anda mengenai materi di atas, kerjakan latihan berikut:

1. Mengapa standar pada praktik mandiri keperawatan sangat penting dan organisasi profesi mengatur hal itu?.
2. Siapa fokus panduan praktik mandiri keperawatan?.
3. Panduan praktik klinik dapat berbentuk normatif dan empiris. Bentuk panduan seperti apakah yang umumnya digunakan?
4. Mengapa dokumentasi harus dibuatkan dengan baik oleh setiap petugas kesehatan?
5. Sekarang banyak Standar dan dokumentasi di fasilitas kesehatan yang berbasis sistem informasi, apa alasannya?