

MODEL PENDOKUMENTASIAN

DANIYATIK, S.KEP.,NS.,M.K

Tahun Ajaran 2023/2024



PROSES KEPERAWATANI

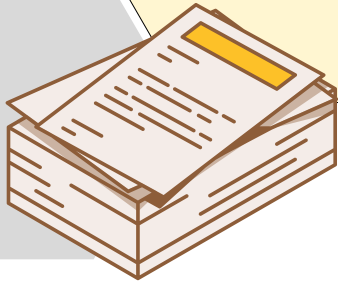
Proses keperawatan yaitu pendekatan sistematis untuk perawatan menggunakan prinsip-prinsip dasar berpikir kritis, pendekatan berpusat pada klien untuk pengobatan, tugas berorientasi tujuan, rekomendasi praktik berbasis bukti, dan intuisi keperawatan (Toney-Butler & Thayer, 2020).

Proses keperawatan adalah alur kerja praktik keperawatan yang berupa siklus yang dinamis.



DEFINISI

DOKUMENTASI KEPERAWATAN



- Proses pencatatan informasi-informasi terkait perawatan kesehatan pasien.
- Bagian dari pelaksanaan asuhan keperawatan yang menggunakan pendekatan proses keperawatan yang memiliki nilai hukum yang sangat penting.
- “pegangan” bagi perawat dalam mempertanggungjawabkan dan membuktikan pekerjaannya.
- Bukti otentik yang dituliskan dalam format yang telah disediakan dan harus disertai dengan pemberian “ tanda tangan” dan nama perawat serta harus menyatu dengan status / rekam medik pasien.

DEFINISI

MODEL DOKUMENTASI KEPERAWATAN

Model dokumentasi dimana data-data klien dimasukkan kedalam suatu format, catatan dan prosedur dengan tepat yang dapat memberikan gambaran perawatan secara lengkap dan akurat.

TUJUAN

- Menyediakan catatan yang lengkap, akurat, dan dapat diandalkan sebagai dasar untuk perawatan yang efektif.
- Membantu komunikasi antarprofesional, memenuhi persyaratan hukum, dan meningkatkan kualitas asuhan pasien.

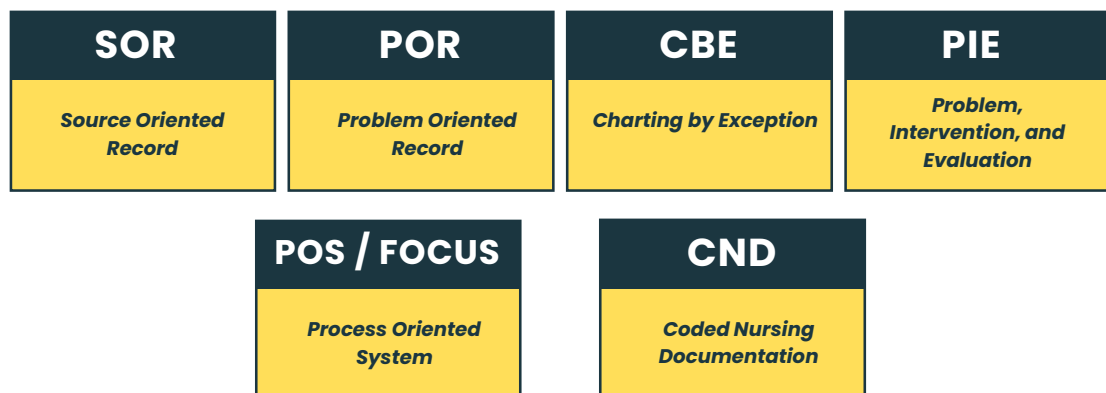
PRINSIP-PRINSIP

DOKUMENTASI KEP. YANG BAIK

Lengkap dan Akurat	Waktu dan Tanggal	Subjektif dan Objektif	Singkat dan Jelas	Privasi dan Kerahasiaan	Tanda tangan dan Identifikasi
<ul style="list-style-type: none"> Pastikan semua informasi yang dicatat lengkap dan akurat. 	<ul style="list-style-type: none"> Catat waktu dan tanggal setiap intervensi atau perubahan status pasien. 	<ul style="list-style-type: none"> Pisahkan informasi subjektif (dilaporkan oleh pasien) dan objektif (hasil observasi atau pemeriksaan). 	<ul style="list-style-type: none"> Hindari kata-kata yang ambigu. Gunakan bahasa yang singkat dan jelas. 	<ul style="list-style-type: none"> Pastikan keamanan informasi pasien sesuai dengan regulasi privasi kesehatan. 	<ul style="list-style-type: none"> Pastikan setiap entri memiliki tanda tangan dan identifikasi petugas yang melakukan dokumentasi.

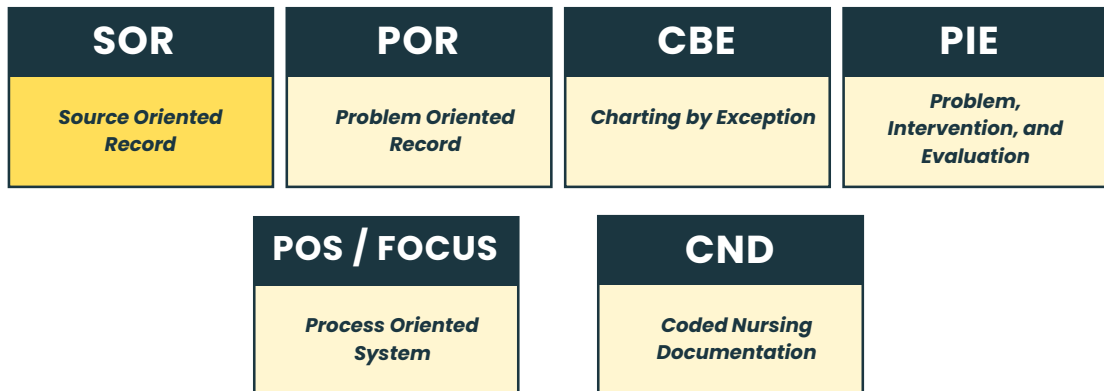
MODEL

DOKUMENTASI KEPERAWATAN



MODEL

DOKUMENTASI KEPERAWATAN



01.

Source Oriented Record

SOR

- Model dokumen keperawatan di mana informasi dicatat berdasarkan **sumber**nya.
- Artinya, setiap jenis informasi dicatat dalam bagian yang terpisah sesuai dengan sumber atau jenisnya, seperti catatan dokter, catatan perawat, atau catatan ahli gizi.

Tanggal	Waktu	Sumber	Catatan Perkembangan
Tgl./Bln./Thn	Waktu	Bidan	Catatan ini meliputi : Pengkajian, identifikasi masalah, tindakan segera, rencana tindakan, penyelesaian masalah, evaluasi, hasil. Bidan Nama dan tanda tangan
		Dokter	Catatan meliputi : observasi keadaan pasien, evaluasi kemajuan pasien, identifikasi masalah baru dan penyelesaiannya, rencana tindakan dan pengobatan terbaru. Dokter Nama dan tanda tangan
		Perawat	Catatan meliputi : pengkajian, identifikasi masalah, perlunya rencana tindakan atau menentukan kebutuhan segera, intervensi, penyelesaian masalah, evaluasi tindakan dan hasil. Perawat Nama dan tanda tangan

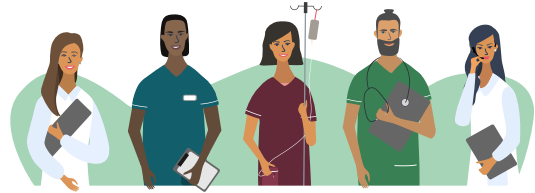
Sumber : Wildan, M., Hidayat, A. Dokumentasi Kebidanan, 2008, Hal 21.

SOR

Komponen SOURCE ORIENTED RECORD

Model dokumentasi SOR terdiri dari 5 komponen, yaitu:

- Lembar penerimaan berisi biodata
- Lembar instruksi dokter
- Lembar riwayat medik atau penyakit
- Catatan perawat
- Catatan dan laporan khusus (kajian ulang untuk menambah/melengkapi data (*re-assessment*))



KELEBIHAN

- Kejelasan asal-usul informasi
- Menyajikan data yang berurutan & mudah diidentifikasi
- Spesialisasi dokumentasi
- Komunikasi antartim
- Proses pendokumentasian menjadi sederhana

SOR



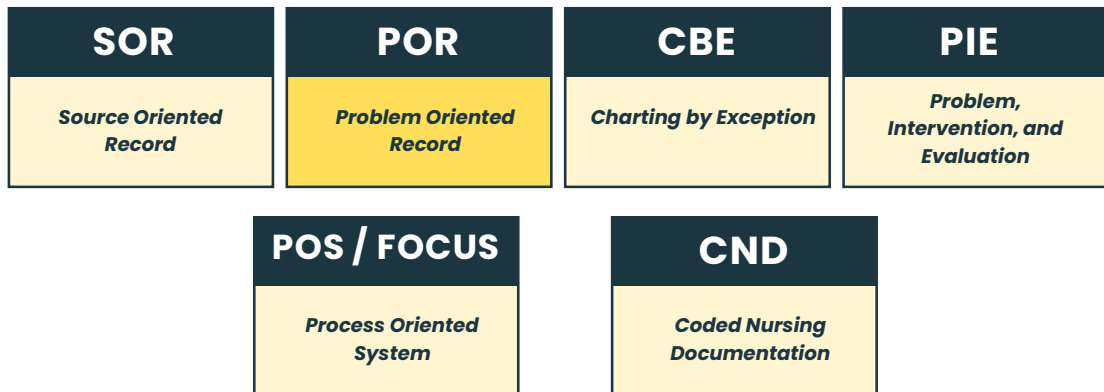
KEKURANGAN

- Ketidakberlanjutan informasi
- Data terfragmentasi
- Kesulitan perbandingan data
- Pembaruan yang lambat
- Superficial pencatatan
- Perkembangan klien sulit dimonitor

Catatan: setiap bagian format dapat disesuaikan dengan kebijakan dan format dokumentasi yang berlaku di institusi kesehatan masing-masing.

MODEL

DOKUMENTASI KEPERAWATAN



02.

Problem Oriented Record

POR

- Model dokumen keperawatan yang difokuskan pada **identifikasi** dan **penyelesaian masalah kesehatan pasien**.
- Catatan perkembangan yang terintegrasi, dengan sistem ini semua petugas kesehatan mencatat observasinya dari suatu daftar masalah.

POR

Komponen PROBLEM ORIENTED RECORD

Daftar Masalah	SOAP Note	Pendekatan Masalah	Pencatatan Terintegrasi	Educational Components
<ul style="list-style-type: none"> Daftar masalah kesehatan yang diidentifikasi pada pasien. Setiap masalah diberi nomor identifikasi dan diprioritaskan. 	<ul style="list-style-type: none"> Subjective (S): Informasi yang dilaporkan oleh pasien atau keluarga. Objective (O): Data terukur atau hasil pemeriksaan fisik. Assessment (A): Penilaian atau diagnosa dari data subjektif dan objektif. Plan (P): Rencana tindakan yang akan diambil. 	<ul style="list-style-type: none"> Setiap catatan terkait dengan pemecahan masalah kesehatan tertentu. Terdapat hubungan antara catatan dan daftar masalah. 	<ul style="list-style-type: none"> Informasi terintegrasi dengan cara yang memudahkan pemahaman hubungan antara masalah, evaluasi, dan tindakan. 	<ul style="list-style-type: none"> Rencana pendidikan pasien dan keluarga terkait dengan setiap masalah kesehatan. Memberikan informasi yang relevan untuk meningkatkan pemahaman dan keterlibatan pasien dalam perawatan.

FORMAT

POR

Format Daftar Masalah

Tanggal	No	Masalah Klien	Diidentifikasi oleh	Keterangan
	1A	Pasien Tn. Andi menderita CVA yang berakibat hemiplegia kanan dan lemah pada sisi kanan tubuh, wajah tidak simetris.	Dr. Doel	
	1B	Defisit asuhan mandiri (kebersihan tubuh, eliminasi, makan).	Ns. Rahma	
	1C	Gangguan mobilitas fisik	Ns. Aini	
	1D	Inkontinensia total Disfasia progresif.	Ns. Nunuk	
	2	Gangguan penyesuaian sehubungan dengan stresor kehidupan dan dukungan sosial yang kurang.	Dr. Basuki Ns. Titik	

Format Model Dokumentasi POR

Data Dasar	Daftar Masalah	Rencana Tindakan	Catatan Perkembangan
Data Subjektif Data Objektif	1.	1. 2. 3. Dst	S O A P I R
Data Subjektif Data Objektif	2.	1. 2 3 dst	S O A P I E R

KELEBIHAN

- Fokus pada pemecahan masalah
- Integrasi informasi
- Kontinuitas asuhan
- Pemahaman holistik

POR



KEKURANGAN

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

Catatan: setiap bagian format dapat disesuaikan dengan kebijakan dan format dokumentasi yang berlaku di institusi kesehatan masing-masing.

JENIS CATATAN

POR

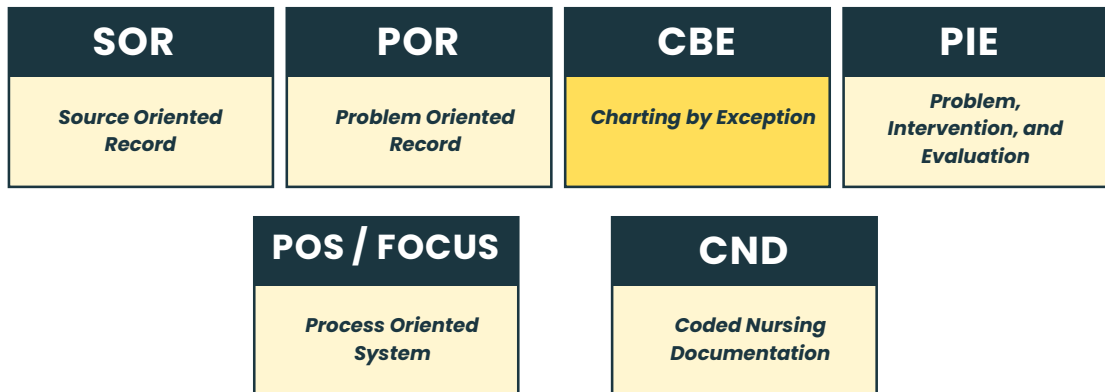
Jenis-jenis catatan yang dapat digunakan dalam model keperawatan POR:

- Catatan perawatan
- Lembar alur
- Catatan pemulangan dan ringkasan rujukan



MODEL

DOKUMENTASI KEPERAWATAN



03.

Charting by Exception

CBE

- Pendekatan dalam dokumentasi keperawatan di mana perawat hanya mencatat atau "chart" informasi yang tidak biasa atau diluar kesejahteraan normal pasien.
- Bertujuan untuk mengurangi redundansi catatan dan memfokuskan perhatian pada perubahan signifikan yang memerlukan tindakan atau pemantauan lebih lanjut.

CBE

Prinsip-Prinsip CHARTING BY EXCEPTION

- Normal adalah pengecualian
- Pendeteksian perubahan
- Tingkatkan efisiensi
- Fokus pada masalah dan perubahan



CBE

Komponen CHARTING BY EXCEPTION

- Formulir *checklist* atau skor (*flowsheet*)
- Kriteria pengecualian yang ditetapkan (*standardized criteria*)
- Catatan intervensi atau pemantauan yang dilakukan

Catatan: Pilihan yang dicentang atau diisi hanya pada item-item yang memerlukan perhatian atau memiliki perubahan. Ini membantu meningkatkan efisiensi dokumentasi dengan fokus pada pengecualian atau kejadian yang tidak biasa.

KELEBIHAN

- Efisiensi waktu
- Fokus pada perubahan signifikan
- Reduksi kesalahan manusia
- Pemantauan yang lebih efektif

CBE

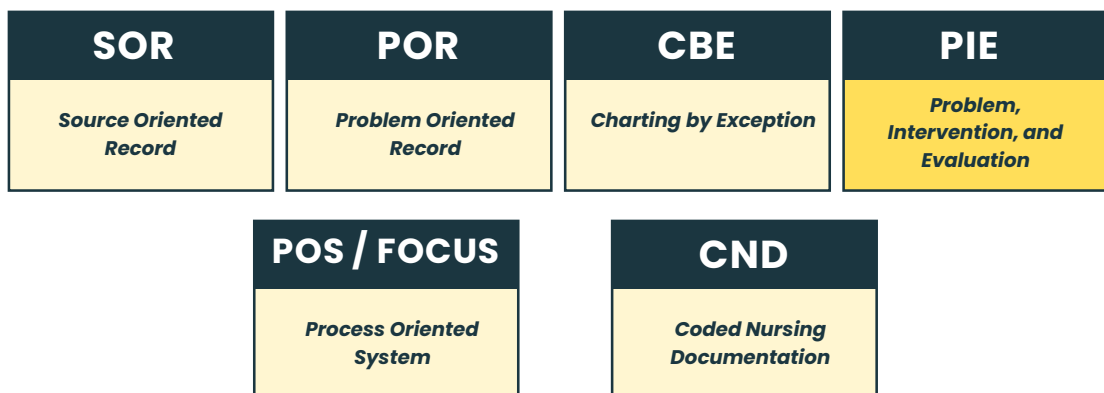


KEKURANGAN

- Pencatatan secara narasi sangat singkat, tergantung pada *checklist*.
- Kemungkinan ada pencatatan yang masih kosong atau tidak ada.
- Tidak mengakomodasi pencatatan disiplin ilmu lain.
- Pencatatan rutin sering diabaikan.

MODEL

DOKUMENTASI KEPERAWATAN



04.

Problem, Intervention, and Evaluation

PIE

- Suatu pendekatan dalam dokumentasi keperawatan yang menekankan hubungan antara masalah kesehatan pasien, tindakan atau intervensi yang dilakukan, dan evaluasi hasil dari intervensi tersebut.
- Model ini membantu perawat untuk merinci pemecahan masalah yang diidentifikasi, tindakan yang diambil, dan hasilnya.



PIE

Komponen **PROBLEM, INTERVENTION, & EVALUATION**

Masalah	Intervensi	Evaluasi
<ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi masalah kesehatan atau kebutuhan pasien yang memerlukan perhatian khusus. • Misalnya: Tekanan darah tinggi, nyeri, ketidakseimbangan nutrisi. 	<ul style="list-style-type: none"> • Menyusun rencana tindakan atau intervensi untuk menangani masalah yang diidentifikasi. • Rencana ini mencakup tindakan perawat dan kolaborasi dengan anggota tim kesehatan lainnya. • Misalnya: Pemberian obat antihipertensi, terapi nyeri, atau edukasi gizi. 	<ul style="list-style-type: none"> • Menilai efektivitas intervensi yang dilakukan terhadap masalah kesehatan. • Melibatkan pemantauan perkembangan pasien dan penentuan apakah intervensi mencapai tujuan yang diinginkan. • Misalnya: Memeriksa tekanan darah pasien setelah pemberian obat atau menilai tingkat nyeri setelah terapi nyeri.

KARAKTERISTIK

PIE

- Proses dokumentasi PIE dimulai pengkajian waktu klien masuk diikuti pelaksanaan pengkajian sistem tubuh setiap pergantian jaga (8 jam).
- Data masalah hanya dipergunakan untuk asuhan keperawatan klien jangka waktu yang lamadengan masalah yang kronis.
- Intervensi yang dilaksanakan dan rutin dicatat dalam "flowsheet".
- Catatan perkembangan digunakan untuk pencatatan intervensi keperawatan yang spesifik berhubungan dengan masalah spesifik.
- Intervensi langsung terhadap penyelesaian masalah ditandai dengan "I" (intervensi) dan nomor masalah klien yang relevan dicatat.
- Keadaan klien sebagai pengaruh dari intervensi diidentifikasi dengan tanda "E" (evaluasi) dan nomor masalah.
- Setiap masalah yang diidentifikasi dievaluasi minimal setiap 8 jam (setiap pergantian jaga).

PROSES DOKUMENTASI

PIE

- Identifikasi masalah
- Perencanaan intervensi
- Pelaksanaan intervensi
- Evaluasi hasil
- Re-evaluasi dan pembaruan

Tanggal	Jam	Pendokumentasian
		P# 1.....
		I# 1.....
		2.....
		E# S.....
		O.....
		A.....
		P.....

Tanggal	Jam	Pencatatan (Remarks)
	08.00	P # 1 Resiko injuri berhubungan dengan kelemahan fisik akibat anemia
		IP # 1 Sarankan klien untuk meminta bantuan jika ingin beraktifitas
		P # 2 kurangnya pengetahuan yang berhubungan dengan tindakan BMP
		EP # 2 Diskusikan dengan klien. Jelaskan prosedur BMP
	09.30	IP # 2, dst

KELEBIHAN

- Memungkinkan penggunaan proses keperawatan.
- Rencana tindakan & catatan perkembangan dapat dihubungkan.
- Pemberian asuhan keperawatan yang kontinyu.
- Perkembangan klien mudah digambarkan.

PIE



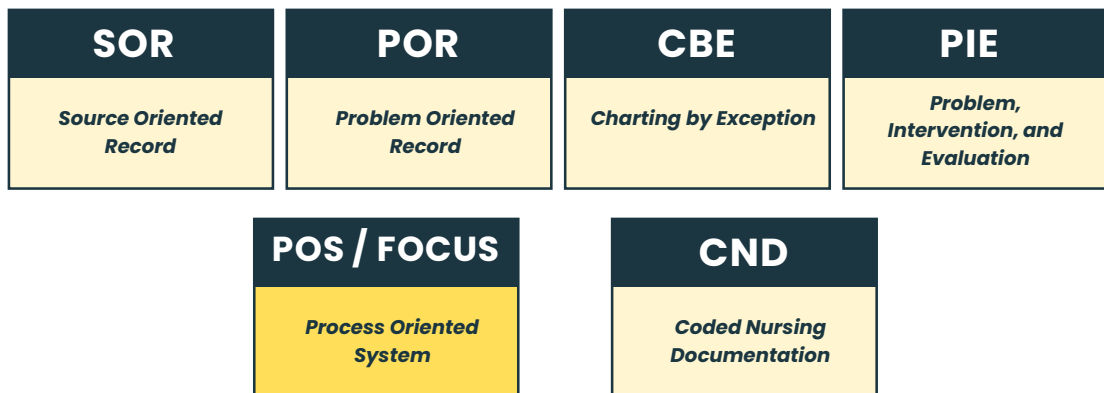
KEKURANGAN

- Tidak dapat dipergunakan untuk pencatatan pada semua ilmu.
- Pembatasan rencana tindakan yang tidak aplikatif untuk beberapa situasi keperawatan.

Catatan: setiap bagian format dapat disesuaikan dengan kebijakan dan format dokumentasi yang berlaku di institusi kesehatan masing-masing.

MODEL

DOKUMENTASI KEPERAWATAN



05.

Process Oriented System

POS / FOCUS

- Suatu pendekatan dalam pengelolaan informasi keperawatan yang menekankan pada pencatatan yang mengikuti alur atau proses perawatan pasien.
- Model ini dirancang untuk merefleksikan proses asuhan kesehatan pasien dari awal hingga akhir, memberikan gambaran yang holistik dan kontinu terhadap perawatan yang diberikan.

POS / FOCUS

Komponen

PROCESS ORIENTED SYSTEM

Catatan perkembangan pada model dokumentasi POS / FOCUS ditulis dengan menggunakan format **DAR**, yaitu:

- **Datum (D)**, yaitu data subjektif dan data objektif
- **Action (A)**, yaitu tindakan keperawatan yang segera atau yang akan dilakukan
- **Response (R)**, yaitu respon pasien terhadap tindakan medis dan tindakan keperawatan yang telah diberikan kepada pasien

Tanggal/Waktu/ Tanda Tangan	Masalah	Catatan Keperawatan (DAR)
Tanggal : Tanda Tangan	1.	Datum : Action : Response :

KELEBIHAN

- Kontinuitas asuhan yang lebih baik.
- Sifatnya fleksibel
- Memudahkan data untuk dikenali
- Waktu pendokumentasian lebih singkat
- Kolaborasi tim yang meningkat
- Mudah dipergunakan dan dimengerti oleh tenaga kesehatan lainnya, bahasa & proses pencatatan menggunakan istilah umum

POS / FOCUS

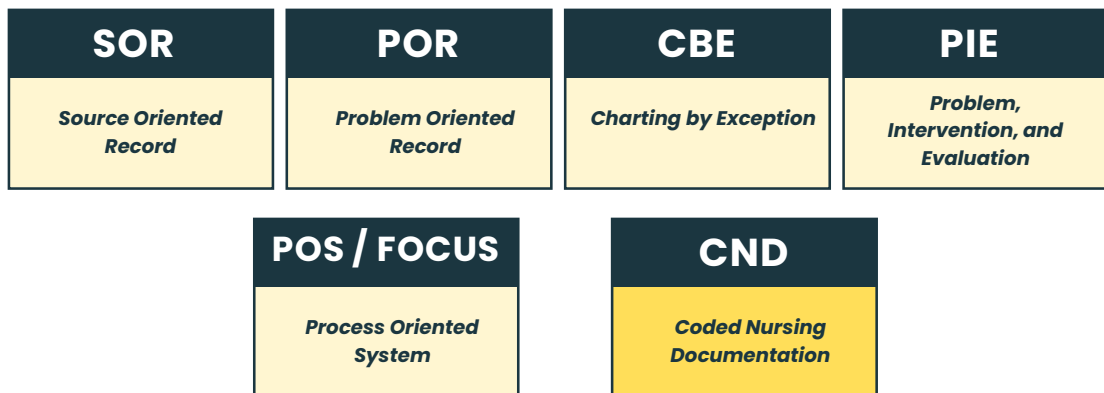


KEKURANGAN

- Dapat membingungkan, khususnya antara intervensi yang belum dan yang sudah dilakukan

MODEL

DOKUMENTASI KEPERAWATAN



06.

Coded Nursing Documentation

CND

- Pendekatan dalam pencatatan informasi keperawatan yang menggunakan sistem kode atau simbol tertentu untuk merepresentasikan data klinis dan asuhan kesehatan.
- Dokumentasi menggunakan sistem komputer dimana catatan keperawatan yang terlihat hanya kode saja.

CND

Proses

CODED NURSING DOCUMENTATION

- Identifikasi kode yang sesuai
- Pencatatan berbasis kode
- Integrasi dengan sistem informasi kesehatan
- Penggunaan kode pada sistem elektronik

NO	SLKI		SIKI	
	KODE	HASIL	KODE	HASIL
1	L.14130	Tujuan : Setelah dilakukan perawatan selama 1x24 jam, diharapkan gangguan integritas kulit/jaringan dapat teratasi dengan kriteria hasil sebagai berikut: Penyembuhan luka Outcome: 1. Pembentukan jaringan parut dari skala 4(cukup meningkat) menjadi skala 3 (sedang) . 2. Penyatuan kulit dari skala 4 (cukup meningkat) menjadi skala 3 (sedang)	L.14565	Perawatan Luka Bakar Intervensi: Observasi : 1. Monitor kondisi luka (mis. Presentasi ukuran luka, derajat luka, pendarahan, warna dasar luka, infeksi, eksudat, bau luka, kondisi tipe luka) 2. Identifikasi penyebab luka bakar 3. Identifikasi durasi terkena luka bakar dan riwayat penanganan luka sebelumnya.

Catatan: setiap kode yang digunakan harus sesuai dengan standar yang berlaku di institusi kesehatan, seperti ICD-10, NANDA-I, NIC, NOC, dan ATC.

KELEBIHAN

- Standardisasi
- Data medis terorganisir
- Keterbacaan dan akurasi
- Pertukaran informasi yang efisien
- Antar tenaga kesehatan lebih mudah berkomunikasi

CND



KEKURANGAN

- Memerlukan waktu yang cukup lama untuk mengisi form yang tersedia
- Kosakata terbatas

TERIMA KASIH